

Contribuições da Consulta Pública - PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Imunossupressão pós transplante de Medula Óssea - 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
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não	Sim: gostaria de reforçar a importância da Fototerapia Extracorpórea como o único tratamento com alto grau de evidências científicas que proporciona respostas em DECH crônica de pele na forma esclerodérmica e na DECH aguda ambas refratárias à corticoterapia.	
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não	Sou favorável ao protocolo em questão, pois nas diversas situações clínicas que ocorrem na fase pós TCTH, em virtude da DECH, necessita-se de uso de imunossupressores diferentes.	
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não	FEC como segunda linha de tratamento	
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Sim, FEC COMO SEGUNDA LINHA DE TRATAMENTO		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Sim, FEC SEGUNDA LINHA DE TRATAMENTO		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Sim, FEC como segunda linha		

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
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Sim, FEC como segunda linha		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo parcialmente da recomendação preliminar	Sim, As recomendações para a população pediátrica incluem algumas dosagens e vias de administração diferentes, que devem ser incluídas na recomendação, como, por exemplo, pacientes com Anemia de Fanconi submetidos a transplante de medula óssea haploidêntico, devem fazer imunoprofilaxia que inclua micofenolato de mofetila EV 15 mg/kg/dose de 8/8h.	Não	
22/12/2016	Interessado no tema	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
22/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
23/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
23/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não	não	
23/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
23/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não	É fundamental a utilização de todos os imunossupressores.	
23/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	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
23/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
23/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
24/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não	Gostaria apenas de ressaltar a importância do acesso a essa medição para a prevenção e tratamento da DECH	
24/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
27/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
27/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
30/12/2016	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Sim, Acrescentar 2 alternativas terapêuticas para DECH corticorefratário como segunda e/ou terceira linha embasada por literatura ainda de menor nível de evidência, porém com estimativa de eficácia superior as demais terapias de resgate:- Casos DECH agudo ou crônico - uso do ruxolitinib a partir da dose 10mg/diaASH 2016 ORAL PRESENTATION 4561 Long-Term Follow-up of Patients with Corticosteroid-Refractory Graft-Versus-Host Disease Treated with RuxolitinibZeiser R, Burchert A, Lengerke C, et al. Ruxolitinib in corticosteroid-refractory graft-versus-host disease after allogeneic stem cell transplantation: a multi-center survey. Leukemia. 2015;29(10):2062-2068. doi:10.1038/leu.2015.212.- Uso de IL-2 (Proleukin) dose baixa - 1.000.000U/m2 subcutâneo diário por 12 semanas em DECH crônico com esclerose cutâneo ou corticorefratários ou dependentesMatsuoka K, Koreth J, Kim HT, et al. Low-dose interleukin-2 therapy restores regulatory T cell homeostasis in patients with chronic graft-versus-host disease. Science translational medicine. 2013;5(179):179ra43. doi:10.1126/scitranslmed.3005265.		

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
03/01/2017	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Sim, Referente ao tratamento de primeira linha do DECH crônico, apesar das tentativas de desmame, a mediana do tempo de descontinuação da imunossupressão foi de 23 meses, podendo chegar a 60 meses em pacientes que receberam células tronco periféricas.		Clique aqui
04/01/2017	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
05/01/2017	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
06/01/2017	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
06/01/2017	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não		
06/01/2017	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não	gostaria de reforçar a necessidade urgente de termos outras drogas imunossupressoras no cenário do TMO, principalmente no que concerne ao manejo da doença do enxerto contra o hospedeiro, tanto em sua forma aguda como crônica .	
06/01/2017	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não	Gostaria de reforçar a necessidade urgente de ampliarmos o acesso do paciente transplantado de medula óssea alogênico a outras drogas imunossupressoras, principalmente na profilaxia e no manejo da doença do enxerto contra o hospedeiro aguda e crônica.	
09/01/2017	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	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
09/01/2017	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Não	Há muitas situações nas quais os pacientes transplantados não podem fazer uso de medicação oral, tais como pós-operatório imediato, íleo paralítico e outras. Nestes casos, a única alternativa é o uso de tacrolimo injetável e, posteriormente, quando as condições forem adequadas, o tratamento do paciente deve ser convertido para tacrolimo ou tacrolimo de liberação estendida. Somente médicos com experiência em terapia imunossupressora e tratamento de pacientes com transplante de órgãos devem prescrever tacrolimo solução injetável. Pacientes que estejam usando o medicamento devem ser monitorados em instituições com recursos médicos e laboratoriais adequados. O médico responsável pela terapia de manutenção deve ter todas as informações necessárias para monitorar o paciente.	Clique aqui
09/01/2017	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Sim, Considerar a importância da saúde bucal antes de qualquer transplante.		
10/01/2017	Profissional de saúde	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	Sim, Inclusão do Sirolimus no tratamento de DECH em hospitais públicos	No hospital em que trabalho, duas pacientes fazem uso de Sirolimus por AÇÃO JUDICIAL pós TMO e com boa qualidade de vida	

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
10/01/2017	Outra	Concordo totalmente com a recomendação preliminar	<p>Sim, Gostaria de parabenizar muito e apoiar a iniciativa. Sugerimos retirar o limite de idade, pois ele se refere à realização do procedimento. Como a DECH pode surgir muitos anos depois do transplante, não faria sentido limitar o acesso dos idosos ao tratamento adequado depois que já foi feito o TCTH. A revisão é extensa e excelente mas seria mais proveitosa para os profissionais de saúde e pacientes dispor de uma versão mais objetiva, ressaltando o diagnóstico, a avaliação e o tratamento medicamentoso e de suporte necessários. Biópsia hepática para diagnóstico diferencial com doença venoclusiva pode ter excessiva morbimortalidade e não é realizada em DECH aguda em praticamente nenhum serviço. A síndrome de obstrução sinusoidal continua sendo uma preocupação mesmo com a utilização do bussulfano por via intravenosa. Não foi possível localizar referência para alcalinização da urina utilizando as baixas doses de metotrexato. A globulina anti-timocítica é aplicada fracionada no decorrer de 2-3 dias mas no texto dá a impressão de ser administrada toda antes da infusão das células do doador. PUVA (UVA e Psoralen) também pode ser utilizado na DECH aguda para auxiliar na retirada de corticóide, já que é muito barato e não teremos acesso à fotoférese pelo custo excessivo (Vogelsang et al). Metotrexato também tem custo baixíssimo e deveria ser disponível como opção terapêutica, como citado no texto. A dose profilática de metotrexato deve ser corrigida para função renal e bilirrubina e ainda, segundo alguns protocolos, também segundo o valor das transaminases. Ciclofosfamida é geralmente administrada em 1 hora (e não 2). Ciclosporina é administrada em 2-6 horas (e não 1 hora), com equipe especial. Sugiro adicionar guia com monitorização de infecções virais por PCR (e cobertura pelo SUS) e fungos filamentosos (incluindo galactomanana seriada) para pacientes com DECH grave, assim como o seu tratamento (CMV, BKV, HHV-6, adenovirus, EBV) e esquema de profilaxia contra germes encapsulados, PCP, antivirais e antifúngicos (e respectiva cobertura pelo SUS). O nível sérico de</p>	<p>É fundamental o acesso dos pacientes a palivizumab (crianças), vacina contra encapsulados - pneumococo 7 ou 10-valente, vacina contra HPV, mesmo fora da faixa etária prevista regularmente. É quase impossível fazer o CRIE concordar. O impacto de saúde é imenso com baixíssimo custo. Basiliximab pode ser uma excelente medicação de resgate (2a linha) e em geral são utilizadas apenas duas doses. Provavelmente seria a alternativa mais barata entre todas as opções. Larga experiência da equipe de Curitiba. Sugiro que seja incluída para fornecimento pelo SUS.</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>tacrolimus e sirolimus também deve estar disponível para os pacientes submetidos ao TCTH, não somente a medicação. Acesso ao tratamento local da DECH, muito caro, também seria importante: beclometasona oral para DECH intestinal, colírio de ciclosporina para DECH ocular, corticoides / tacrolimus tópicos, curativos adequados. Importante o acesso à fisioterapia para pacientes com fascíte, dentistas e oftalmologistas. As tabelas estão excelentes e são muito importantes, mas estão de difícil leitura. Sugiro alinhar o texto das colunas à esquerda e não justificadas. No consentimento, Ciclosporina causa hipo e não hipermagnesemia.</p>		