

Contribuições da Consulta Pública - PCDT - Diabetes insipido - 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
29/08/2017	Profissional de saúde	Regular	Sim, E uma proposta mais voltada para indicação cirurgica praticamente tolhindo as indicações "off lab" Temos serviços em regioes do Brasil com ótimo padrão de Hemodinamica , com resultados em triarteriais excelentes. Drenar esses pacientes para RM não me parece adequado. Quanto aos resultados a diferença entre RM e angio não está nesses valores.	O resultado cirúrgico ,pelo que sabemos , pode continuar elevado.	

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
04/09/2017	Profissional de saúde	Boa	<p>Sim, Salvador, 04 de setembro de 2017. Prezados Colegas do CONITEC, Seguem, abaixo, as sugestões do Departamento de Endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, em relação a Consulta Pública No. 40 de 17/08/2017, sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Diabetes Insipidus.(1) Sugerimos que o TCLE seja apresentado, na sua integralidade, em apenas 1 (uma) Página. No modelo disponível no site, a assinatura do médico está numa segunda página.(2) Em Neonatos e Lactentes, a avaliação do Débito Urinário não é fácil, sendo habitualmente feita por pesagem de fraldas, o que nem sempre é confiável (ex: mistura de fezes e urina inviabilizando a aferição correta da diurese). Então, nesses casos, sugerimos acrescentar, como alternativa diagnóstica ao critério isolado de poliúria, as recomendações do artigo de Djermane et al (Outcome of Central Diabetes Insipidus in Infancy. J Clin Endocrinol Metab. 2016, 101:635–643") que aborda essa população e utiliza o seguinte critério diagnóstico para DI Central: - Hipernatremia maior/igual a 146 mEq/L associada a uma osmolalidade urinária inapropriadamente baixa (< 300 mOsm/kg), com resposta positiva ao DDAVP (osmolalidade urinária > 750 mOsm/kg). Com isso, a limitação de aferição da diurese, própria dessa faixa etária, seria eliminada, ao mesmo tempo em que o diagnóstico do DI Central seria possibilitado pela utilização dos critérios laboratoriais acima descritos.(3) Ainda em relação a Neonatos e Lactentes, dose de DDAVP inicialmente prescrita para Recém-Nascidos a termo e com peso > 2,5 Kg, pela maioria dos Endocrinologistas Pediátricos é de 2,5 mcg, IN, ao invés de 5 mcg como redigido. Caso o Recém-Nascido, com DI Central, seja prematuro ou de baixo peso, doses ainda menores de DDAVP® (ex: 1,0-2,0 mcg, IN), podem ser indicadas.(4) Em "Diagnóstico Clínico" sugerimos acrescentar que a definição de Poliúria em crianças pode ser definida de 2 maneiras (Di Iorgi et al. Diabetes insipidus – Diagnosis and Management. Horm Res Paediatr.2012;77:69-84):4.1) Diurese > 2000 mL/m2/dia; ou4.2) - Diurese > 150 mL/Kg/dia ou > 6 mL/Kg/hora, ao</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>nascimento- Diurese > 100 mL/Kg/dia ou > 4 mL/Kg/hora, até a idade de 2 anos- Diurese > 50 mL/Kg/dia ou > 2 mL/Kg/hora, para crianças maiores de 2 anos(5) Na 2ª Etapa do Teste de Privação Hídrica, após a administração do DDAVP, recomendamos as seguintes modificações:- Ao invés de usar os Tempos descritos (0', 30', 60', 90'e 120'), modifica-los para os Tempos (1 hora, 2 horas, 3 horas e 4 horas), visto que a antidiurese do DDAVP®, administrado por via nasal, não ocorre tão precocemente como 30 ou 60'. - Como a duração da 2ª Etapa pode aumentar a duração total do teste, se necessário, nessa 2ª Etapa o paciente poderá ser permitido a ingerir um volume de água não superior a 50% da diurese ocorrida na 1ª Etapa.Parabenizamos a Equipe do CONITEC que atualizou esses PCDT e nos colocamos a disposição para contribuir no que for necessário.Atenciosamente,_____</p> <p>_____Dr. Cresio AlvesProfessor Associado de PediatriaFaculdade de Medicina, Universidade Federal da BahiaPresidente do Departamento de EndocrinologiaSociedade Brasileira de Pediatria</p>		