

DIABETE INSÍPIDO

Portaria SAS/MS nº 1.299, de 21 de novembro de 2013.



1 METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

Como fontes de busca de artigos foram utilizadas as bases de dados Medline/Pubmed, Embase e livros-texto de Medicina, sem restrição a data e a línguas.

Na base de dados Medline/Pubmed (acesso em 20/03/2010), utilizando-se as expressões “Diabetes Insipidus”[Mesh] restringindo-se para artigos em humanos com os filtros “Practice Guideline”[ptyp], “Guideline”[ptyp], “Clinical Trial”[ptyp], “Meta-Analysis”[ptyp] e “Randomized Controlled Trial”[ptyp], foram obtidos 92 artigos.

Na base de dados Embase (acesso em 20/03/2010), utilizando-se a expressão ‘diabetes insipidus’/exp e restringindo-se para artigos em humanos com os filtros [cochrane review]/lim OR [controlled clinical trial]/lim OR [meta analysis]/lim OR [randomized controlled trial]/lim OR [systematic review]/lim, foram obtidos 78 artigos.

A busca em livros-texto baseou-se no livro UpToDate, versão 17.3, disponível no site www.uptodateonline.com, consultado em 10/03/2010.

Todos os artigos foram revisados, e os identificados como revisões, consensos ou estudos clínicos sobre o tema foram selecionados para a elaboração deste Protocolo.

Em 08/09/2013 foi realizada atualização da busca. Na base de dados Medline/Pubmed utilizando-se as expressões “Diabetes Insipidus”[Mesh] restringindo-se para artigos em humanos com os filtros “Practice Guideline”[ptyp], “Guideline”[ptyp], “Clinical Trial”[ptyp], “Meta-Analysis”[ptyp] e “Randomized Controlled Trial”[ptyp], foram obtidos 7 estudos.

Na base de dados Embase, utilizando-se a expressão ‘diabetes insipidus’/exp e restringindo-se para artigos em humanos com os filtros [cochrane review]/lim OR [controlled clinical trial]/lim OR [meta analysis]/lim OR [randomized controlled trial]/lim OR [systematic review]/lim, foram obtidos 42 estudos.

Não foram localizadas revisões sistemáticas elaboradas pelo grupo Cochrane.

Os artigos localizados foram revisados, sendo excluídos estudos de baixa qualidade metodológica, que avaliavam tratamentos experimentais ou não aprovados no Brasil, ou com resultados inconclusivos ou insuficientes para resultar em recomendação. A atualização da busca não resultou na inclusão de estudos.

2 INTRODUÇÃO

O diabetes insípido é uma síndrome caracterizada pela incapacidade de concentração do filtrado urinário, com consequente desenvolvimento de urina hipotônica e aumento de volume urinário(1). Pode ocorrer por deficiência do hormônio antidiurético (ADH)(2) ou por resistência à sua ação nos túbulos renais(3). Quando há deficiência na síntese do ADH, o diabetes insípido é chamado central, neuro-hipofisário ou neurogênico; quando há resistência à sua ação nos túbulos renais, é dito renal ou nefrogênico.

O diagnóstico diferencial de diabetes insípido inclui polidipsia primária (polidipsia psicogênica) e causas de diurese osmótica (4). Na polidipsia primária, o distúrbio inicial é o aumento da ingestão de água, manifestando-se principalmente em pacientes com transtornos psiquiátricos e mais raramente em pacientes com lesões hipotalâmicas que afetam o centro de controle da sede. O diagnóstico de diurese osmótica ocorre por aumento da filtração de um soluto osmoticamente ativo e consequente aumento do volume urinário. A mais comum, dentre as causas de diurese osmótica, é o diabetes melito, com o aumento da diurese devido à ação osmótica da glicose na urina.

Consultores: José Miguel Dora, Rossana Corbo Ramalho de Mello, Maria Angélica Pires Ferreira, Bárbara Corrêa Krug, Candice Beatriz Treter Gonçalves, Karine Medeiros Amaral, Roberto Eduardo Schneiders, Heber Dobis Bernarde e Ricardo de March Ronsoni

Editores: Paulo Dornelles Picon, Maria Inez Pordeus Gadelha e Rodrigo Fernandes Alexandre
Os autores declaram ausência de conflito de interesses.

É importante a diferenciação entre os tipos de diabetes insípido. Os tratamentos para o diabetes insípido central e para o renal são distintos. O diabetes insípido central, associado à redução na secreção de ADH, é mais frequentemente idiopático, ou associado a trauma, cirurgia, tumores da região hipotalâmica ou a encefalopatia hipóxica/isquêmica(2). Já o diabetes insípido renal, associado a diferentes graus de resistência à ação do ADH, ocorre nas formas hereditárias, induzido por fármacos (por exemplo, lítio) ou secundário à hipercalcemia(3).

O diabetes insípido gestacional, por expressão de vasopressinas (enzimas que degradam o ADH) pela placenta, é uma forma rara e transitória da doença, que se manifesta mais comumente no terceiro trimestre da gestação e apresenta resolução do quadro alguns dias após o parto(5, 6).

O prognóstico dos pacientes com diabetes insípido depende da etiologia, das comorbidades associadas e da instituição de tratamento adequado(7, 8). O tratamento com desmopressina, um análogo do ADH, foi descrito em 1972(9) e, é desde então, o padrão para os casos de diabetes insípido central e gestacional. O diabetes insípido renal não será abordado neste Protocolo por tratar-se de doença decorrente da resistência renal à ação do ADH.

A identificação da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Em 2008 e 2009, foram registrados, no SUS, respectivamente, 63.863 e 73.768 procedimentos relacionados com o código de diabetes insípido, totalizando 137.631, dos quais 99,9% no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). De 2010 a 2012, esses números foram progressivos (respectivamente, 80.074, 86.368 e 90.119), alcançando 256.561 procedimentos, nesse triênio, com a manutenção deste mesmo percentual no SIA-SUS.

3 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- E23.2 Diabetes insípido

4 DIAGNÓSTICO

4.1 CLÍNICO

A primeira manifestação do diabetes insípido costuma ser noctúria pela perda de capacidade de concentração da urina no período da noite. A apresentação clínica ocorre com poliúria (volume urinário em 24 horas acima de 3 L [acima de 40 mL/kg] em adolescentes e adultos e acima de 2 L/m² de superfície corporal [acima de 100 mL/kg] em crianças)(2) e consequente aumento da ingestão de água (polidipsia). A velocidade de instalação dos sintomas é importante, visto que, na maioria dos pacientes com diabetes insípido renal hereditário, a manifestação se verifica já na primeira semana de vida. Nos casos de diabetes insípido central hereditário, a manifestação pode ocorrer na infância após o primeiro ano de vida ou na adolescência.

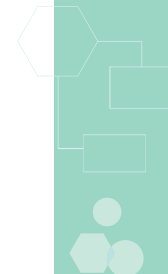
Em adultos, o início dos sintomas costuma se dar de forma súbita nos casos de diabetes insípido central e de forma insidiosa nos casos de diabetes insípido renal. O aumento do volume urinário, que pode chegar a 18 litros em 24 horas, é compensado com o aumento da ingestão hídrica. Em pacientes sem acesso livre à água (por exemplo, sedados), com alteração hipotalâmica no centro da sede (por exemplo, lesões hipotalâmicas) e naqueles com grande volume urinário, pode haver distúrbios hidroeletrólíticos graves(7).

4.2 LABORATORIAL

Em paciente com poliúria, a concentração de sódio plasmático acima de 142 mEq/L sugere o diagnóstico de diabetes insípido, ao contrário da concentração abaixo de 137 mEq/L(10). Sódio plasmático entre 137-142 mEq/L pode observado tanto em pacientes com diabetes insípido como nos com polidipsia primária.

No diagnóstico diferencial entre diabetes insípido e polidipsia primária, pode ser necessário solicitar teste de restrição hídrica(10). Para sua realização, pelo risco de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos graves, sugere-se internação hospitalar. O objetivo do teste é elevar a osmolalidade plasmática acima de 295 mOsmol/kg ou o sódio plasmático acima de 147 mEq/L e avaliar a resposta à administração de desmopressina(10). Em pacientes com osmolalidade plasmática acima de 295 mOsmol/kg ou sódio plasmático acima de 147 mEq/L, pode-se prescindir do teste de restrição hídrica, avaliando-se apenas a osmolalidade urinária e a resposta à administração desmopressina(10), que é o que diferencia diabetes insípido renal dos outros tipos de diabetes insípido (central e gestacional).

Principalmente para paciente com volume urinário acima de 10 L/24 horas, sugere-se que o teste de



restrição hídrica inicie pela manhã, com suspensão da ingestão de líquidos, pesagem do paciente, esvaziamento vesical completo, avaliação da osmolalidade urinária e da osmolalidade e do sódio plasmáticos no início do teste (tempo zero). Pesagem do paciente e avaliação de volume e osmolalidade urinárias devem ser realizadas a cada hora, e de osmolalidade e sódio plasmáticos, a cada 2 horas. Com a pesagem do paciente, verifica-se a adesão à restrição hídrica. Se o paciente apresentar perda de peso acima de 3%, a osmolalidade e o sódio plasmáticos devem ser avaliados, mesmo que o período de 2 horas da avaliação anterior não tenha transcorrido.

Abaixo, propõe-se um modelo para a anotação dos parâmetros avaliados durante a realização do teste de restrição hídrica.

PARÂMETROS PARA O TESTE DE RESTRIÇÃO HÍDRICA

HORA	PESO DO PACIENTE	VOLUME (U)	OSM (U)	OSM (P)	NA (P)
0					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Volume (U) = volume urinário; Osm (U) = osmolalidade urinária; Osm (P) = osmolalidade plasmática; Na (P) = sódio plasmático; Casela hachurada = não é necessário medir.

A osmolalidade urinária, a osmolalidade plasmática e o sódio plasmático podem ser critérios indicativos de encerramento do teste. O teste é finalizado quando o paciente apresentar um dos seguintes critérios:

- osmolalidade urinária acima de 600 mOsm/kg,
- osmolalidade plasmática acima de 295 mOsm/kg, ou
- sódio plasmático acima de 147 mEq/L.

O tempo máximo de duração do teste é de 6 horas para crianças com menos de 6 meses, de 8 horas para crianças entre 6 meses e 2 anos e de 12 horas para crianças com mais de 2 anos. Para adolescentes e adultos, não há limite máximo de tempo.

Valores de osmolalidade urinária acima de 600 mOsm/kg indicam adequada produção e ação do ADH e afastam o diagnóstico de diabete insípido(10).

Quando o teste for encerrado por osmolalidade plasmática acima de 295 mOsm/kg ou sódio plasmático acima de 147 mEq/L, deve-se prosseguir a avaliação para estabelecer o diagnóstico diferencial entre diabete insípido central e renal, com manutenção da restrição hídrica e administração de desmopressina(10). Para verificação da variação na osmolaridade urinária, é importante que seja realizado esvaziamento vesical completo no momento da administração da desmopressina.

Após a administração da desmopressina na dose de 10 mcg por via nasal ou 4 mcg por via subcutânea em adolescentes e adultos e 5-10 mcg por via nasal ou 1 mcg por via subcutânea em crianças, o teste prossegue com monitorização de osmolalidade e volume urinários de 30 em 30 minutos



nas 2 horas subsequentes. Transcorridas 2 horas da administração da desmopressina, o teste é encerrado, sendo permitido ao paciente ingerir líquidos livremente.

A seguir, propõe-se um modelo para a anotação dos parâmetros avaliados após a administração de desmopressina no teste de restrição hídrica.

PARÂMETROS AVALIADOS PARA O TESTE DE RESTRIÇÃO HÍDRICA

MINUTOS	PESO DO PACIENTE	VOLUME (U)	OSM (U)
0			
30			
60			
90			
120			

Volume (U) = volume urinário; Osm (U) = osmolalidade urinária; Casela hachurada = não é necessário medir.

Em relação à osmolalidade urinária, a resposta à administração de desmopressina costuma ser de aumento de:

- 100% nos pacientes com diabetes insípido central completo(3,10);
- 15%-50% nos pacientes com diabetes insípido central parcial(3,10,11);
- 10%-45% nos pacientes com diabetes insípido renal parcial(3,10);
- menos de 10% nos pacientes com diabetes insípido renal completo(3,10).

4.3 EXAMES DE IMAGEM

Todos os pacientes com diagnóstico de diabetes insípido central devem submeter-se a exame de imagem da região hipotalâmico-hipofisária, para investigação etiológica e para afastar a presença de tumor(2).

Nos casos em que a tomografia computadorizada mostrar lesão, o exame de ressonância magnética ficará reservado para quando houver dúvida diagnóstica ou necessidade de melhor resolução de imagem para intervenção cirúrgica.

Em paciente sem lesão neoplásica à tomografia computadorizada de hipotálamo/ hipófise, mas com diagnóstico de diabetes insípido central, deve-se proceder ao exame de ressonância magnética para excluir tumor de base de crânio.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

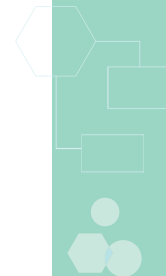
Independentemente da presença ou não de tumor, o tratamento do diabetes insípido está indicado.

Serão incluídos neste Protocolo os pacientes que tenham diagnóstico de diabetes insípido central baseado nos dois critérios abaixo:

- poliúria (volume urinário em 24 horas acima de 3 L [acima de 40 mL/kg] em adultos e adolescentes e acima de 2 L/m² de superfície corporal [acima de 100 mL/kg] em crianças); e
- resposta à administração de desmopressina na vigência de osmolalidade plasmática acima de 295 mOsm/kg ou sódio plasmático acima de 147 mEq/L com aumento na osmolalidade urinária acima 15% e osmolaridade urinária acima de 600 mOsm/kg.

6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo de tratamento os pacientes que apresentarem hipersensibilidade ou intolerância a desmopressina.



7 CASOS ESPECIAIS

Pacientes com diabete insípido gestacional que atendam aos critérios de inclusão deverão receber tratamento ao longo da gestação até a normalização do quadro, conforme especificado no item 9 Monitorização, e ser monitorizadas após o parto para identificar-se a necessidade de manutenção do uso de desmopressina.

Pacientes pós-ressecção hipofisária por tumor serão tratados se apresentarem os critérios de inclusão anteriormente referidos.

8 TRATAMENTO

A desmopressina é um análogo sintético do ADH com maior tempo de ação, maior potência antiurética e menor efeito pressórico quando comparado ao ADH. O tratamento do diabete insípido com desmopressina tem embasamento em séries de casos. O primeiro relato de seu uso no tratamento de diabete insípido central envolveu uma série de 10 pacientes com a condição(9). Nesse estudo, que utilizou como controles os dados históricos dos 10 pacientes no período em que usavam o ADH como tratamento, a desmopressina mostrou-se segura e apresentou vantagens em relação ao ADH, principalmente quanto ao número de aplicações do medicamento (6-10 doses/dia com ADH e 1-3 doses/dia com desmopressina) e aos efeitos adversos (comuns com ADH e não detectados com desmopressina)(9). Pela inequívoca demonstração de tratar-se de um fármaco com perfil de segurança e efetividade favoráveis, a desmopressina no tratamento do diabete insípido central foi amplamente adotada, não existindo ensaios clínicos randomizados comparando ADH e desmopressina no tratamento da condição. Desmopressina, que é um peptídeo resistente à ação das vasopressinas placentárias, é também o tratamento de escolha no diabete insípido gestacional(5,6), com dados de segurança favoráveis tanto para a gestante como para o feto(12)

8.1 FÁRMACO

- Desmopressina: 0,1 mg/mL (100 mcg /mL) com aplicação nasal (frasco de 2,5 mL em solução ou spray)

8.2 ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

Há duas apresentações de aplicação nasal de desmopressina disponíveis, com algumas particularidades quanto à sua administração. A solução nasal é aplicada através de túbulo plástico, que deve ser preenchido com a dose a ser utilizada, por capilaridade (encostando uma ponta do túbulo na solução contida no frasco). Após assegurar-se de que a dose está correta, uma das extremidades do túbulo é colocada na cavidade nasal, e outra, na boca do paciente. Através da extremidade colocada na boca, o medicamento é soprado para a cavidade nasal, onde é absorvido. Já a aplicação por spray nasal é realizada através de jato nasal com dose fixa de 10 mcg /jato.

O uso do spray nasal é mais simples, porém não permite a flexibilidade das doses que a solução nasal possibilita. O spray nasal fornece doses fixas múltiplas de 10 mcg (por exemplo, 10, 20, 30 mcg). Já a solução nasal possibilita a aplicação de doses múltiplas de 5 mcg (por exemplo, 5, 10, 15, 20 mcg), o que pode ser mais adequado para alguns pacientes, principalmente para os pediátricos.

A dose inicial de desmopressina recomendada é de 10 mcg em adultos e adolescentes e de 5 mcg em crianças. Sugere-se que a dose inicial seja administrada à noite e que o incremento gradual no número de aplicações e na dose seja feito de forma individualizada, de acordo com a resposta do paciente.

Existem graus muito variáveis de deficiência do ADH, o que repercute na variabilidade da dose de manutenção da desmopressina, conforme a seguir:

- desmopressina solução nasal: 5-20 mcg, 1 a 3 vezes ao dia;
- desmopressina spray nasal: 10-20 mcg, 1 a 3 vezes ao dia.



8.3 TEMPO DE TRATAMENTO

O tratamento do diabetes insípido central deve ser mantido por toda a vida, visto que a supressão de desmopressina pode causar risco ao paciente.

8.4 BENEFÍCIOS ESPERADOS

O tratamento do diabetes insípido central com desmopressina ocasiona melhora dos sintomas e da qualidade de vida e evita complicações decorrentes de distúrbios eletrolíticos em pacientes com deficiências graves do ADH(9).

8.5 EFEITOS ADVERSOS

O tratamento com desmopressina pode ocasionar retenção hídrica e consequentes hiponatremia e ganho de peso, o que, em casos mais graves, pode resultar em convulsões. Dores de cabeça, náuseas e hipotensão transitória são efeitos adversos que ocorrem com menor frequência.

9 MONITORIZAÇÃO

O acompanhamento do tratamento do diabetes insípido central deve basear-se em critérios clínicos e laboratoriais. Clinicamente, é importante avaliar o controle da noctúria e do volume urinário ao longo do dia, tendo como parâmetro a satisfação do paciente no controle desses sintomas. Laboratorialmente, deve-se realizar o controle do sódio plasmático com o objetivo de mantê-lo entre 137 e 145 mEq/L. Sugere-se que o início do tratamento e a definição da posologia da desmopressina sejam feitos com o paciente internado, com controle de volume de diurese e natremia diários, pelo risco de desenvolvimento de hiper/hiponatremia nesse período. Após estabilização do volume urinário e do sódio plasmático, o acompanhamento ambulatorial deve ser realizado, com avaliação clínica e sódio plasmático em intervalos de até 3 meses.

10 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas, a adequação de uso do medicamento e o acompanhamento pós-tratamento.

11 TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal dos potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento preconizado neste Protocolo. O TER é obrigatório ao se prescrever medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Majzoub JA, Srivatsa A. Diabetes insipidus: clinical and basic aspects. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2006;4 Suppl 1:60-5.
2. Jane JA, Vance ML, Laws ER. Neurogenic diabetes insipidus. *Pituitary.* 2006;9(4):327-9.
3. Sands JM, Bichet DG, Physicians ACo, Society AP. Nephrogenic diabetes insipidus. *Ann Intern Med.* 2006;144(3):186-94.
4. Schrier RW. Body water homeostasis: clinical disorders of urinary dilution and concentration. *J Am Soc Nephrol.* 2006;17(7):1820-32.
5. Kalelioglu I, Kubat Uzum A, Yildirim A, Ozkan T, Gungor F, Has R. Transient gestational diabetes insipidus diagnosed in successive pregnancies: review of pathophysiology, diagnosis, treatment, and management of delivery. *Pituitary.* 2007;10(1):87-93.
6. Brewster UC, Hayslett JP. Diabetes insipidus in the third trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005;105(5 Pt 2):1173-6.
7. Mavrikakis AN, Tritos NA. Diabetes insipidus with deficient thirst: report of a patient and review of the literature. *Am J Kidney Dis.* 2008;51(5):851-9.
8. Kim RJ, Malattia C, Allen M, Moshang T, Maghnie M. Vasopressin and desmopressin in central diabetes insipidus: adverse effects and clinical considerations. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2004;2 Suppl 1:115-23.
9. Andersson KE, Arner B. Effects of DDAVP, a synthetic analogue of vasopressin, in patients with cranial diabetes insipidus. *Acta Med Scand.* 1972;192(1-2):21-7.

10. Bichet D. Diagnosis of polyuria and diabete insipidus. In: Post T, editor. UpToDate v1732009.
11. Miller M, Dalakos T, Moses AM, Fellerman H, Streeten DH. Recognition of partial defects in antidiuretic hormone secretion. Ann Intern Med. 1970;73(5):721-9.
12. Ray JG. DDAVP use during pregnancy: an analysis of its safety for mother and child. Obstet Gynecol Surv. 1998;53(7):450-5.



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE DESMOPRESSINA

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos
adversos relacionados ao uso de **desmopressina**, indicada para o tratamento de **diabete insípido**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____
_____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode
trazer as seguintes melhoras:

- melhora dos sintomas e da qualidade de vida dos pacientes;
- diminuição das complicações das doenças mais graves.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos
adversos e riscos do uso deste medicamento:

- estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há pesquisas em humanos;
- efeitos adversos: dor de cabeça, cansaço, náusea, dor no estômago, dor e sangramento nasal, dor de garganta, queda da pressão com aumento dos batimentos cardíacos, vermelhidão da face, reações alérgicas;
- a segurança para o uso da desmopressina durante a amamentação ainda não foi estabelecida; em séries de casos, tem sido utilizada durante a amamentação sem registro de problemas para a mãe ou criança;
- a ingestão de líquidos deverá ser controlada de acordo com as orientações do médico para evitar intoxicação por excesso de líquidos e hiponatremia (diminuição do sódio);
- contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco;
- risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

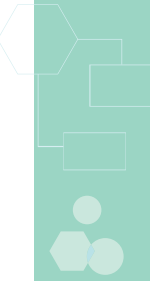
Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

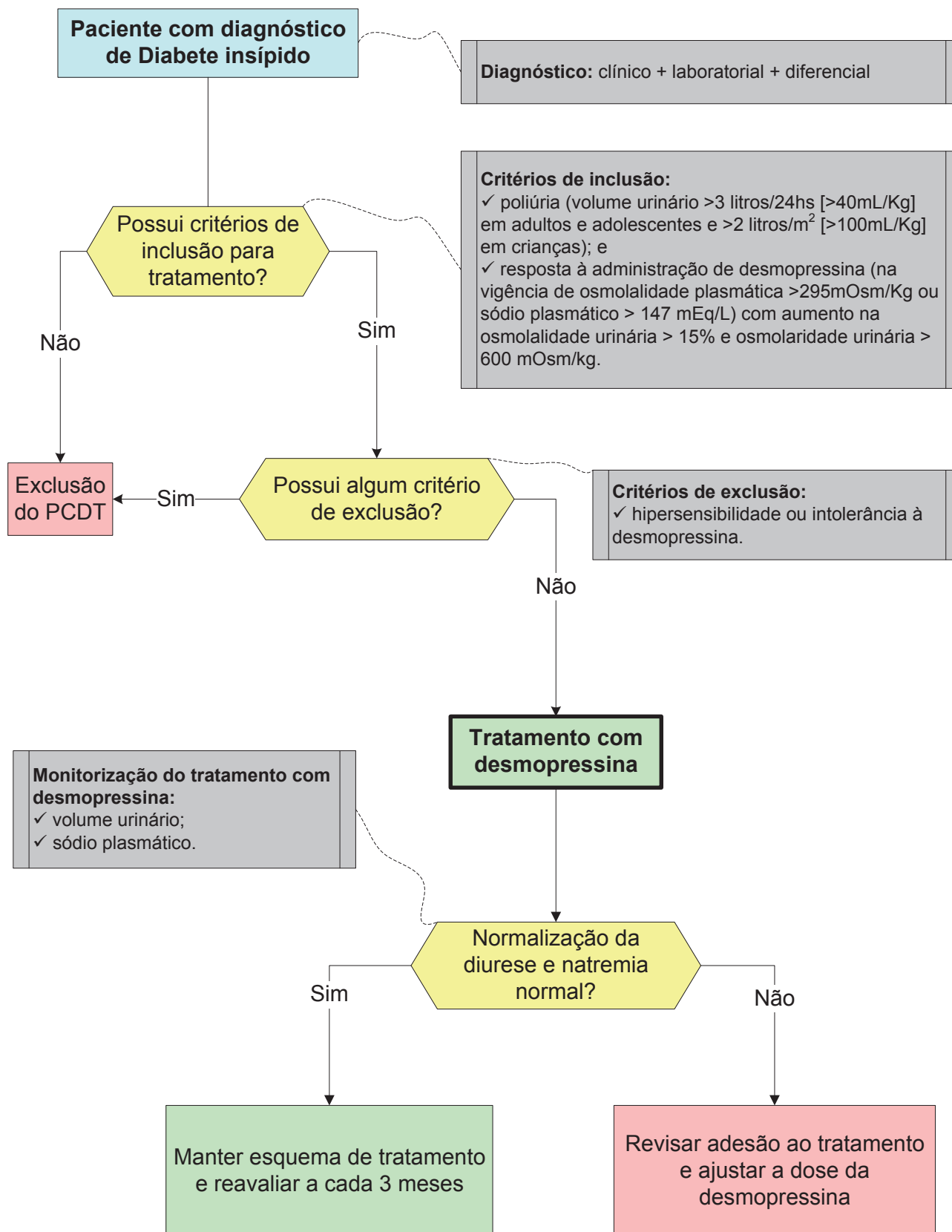
Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
<div style="text-align: center;"> _____ Assinatura do paciente ou do responsável legal </div>			
Médico responsável:		CRM:	UF:
<div style="text-align: center;"> _____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____ </div>			

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.



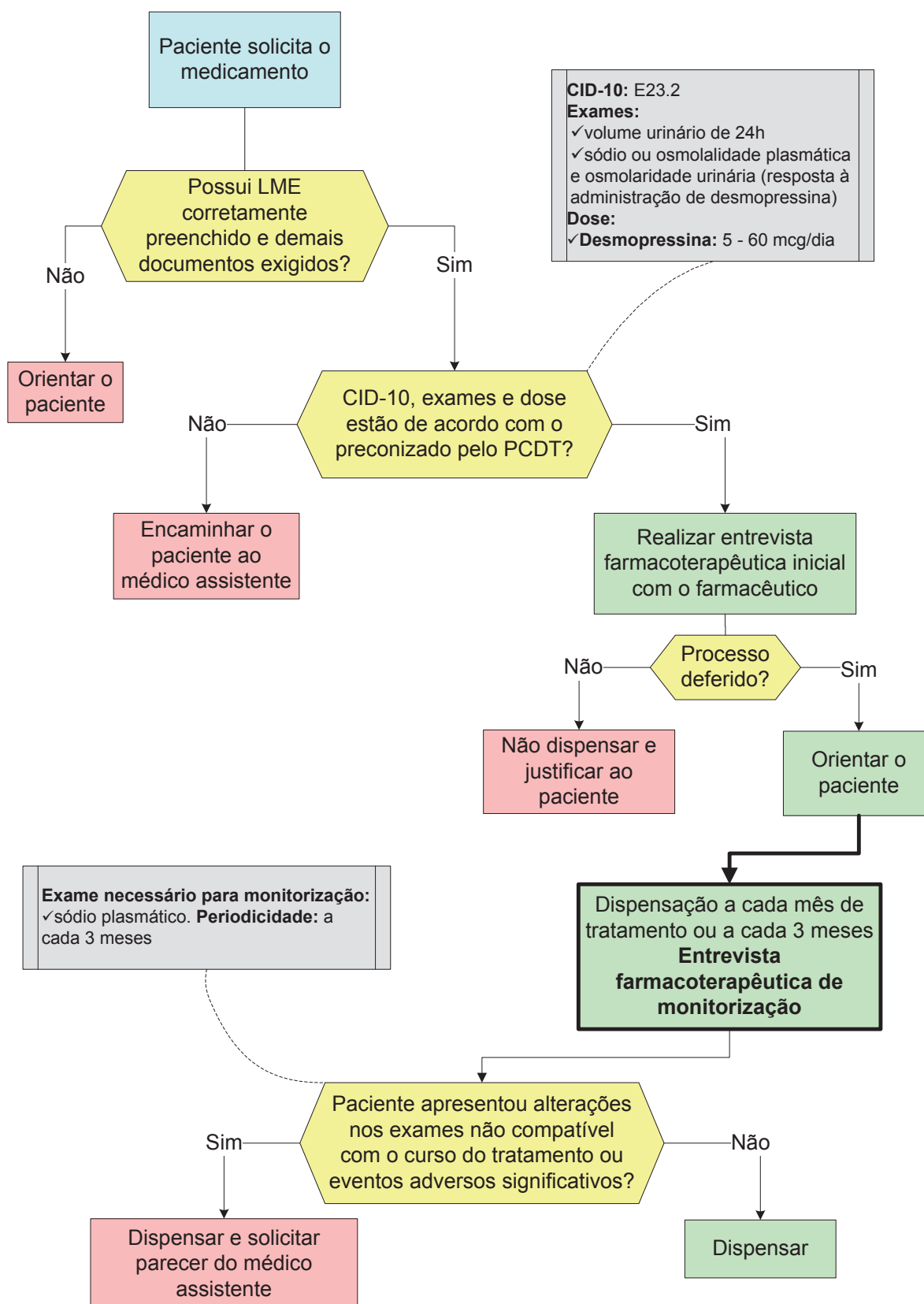
FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO

DIABETE INSÍPIDO



FLUXOGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE DESMOPRESSINA

DIABETE INSÍPIDO



FICHA FARMACOTERAPÊUTICA

DIABETE INSÍPIDO

1 DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

CNS: _____ RG: _____

DN: ____/____/____ Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ Sexo: ☐ F ☐ M

Endereço: _____

Telefones: _____

Médico assistente: _____ CRM: _____

Telefones: _____

Nome do cuidador: _____

Cartão Nacional de Saúde: _____ RG: _____

2 AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

2.1 Qual a idade do diagnóstico? _____

2.2 Qual a causa do diabetes insípido central?

☐ idiopática☐ trauma☐ cirurgia☐ tumores na região hipotalâmica☐ encefalopatia hipóxica/isquêmica

2.3 Possui outras doenças diagnosticadas?

☐ não☐ sim → Quais? _____2.4 Faz uso de outros medicamentos? ☐ não ☐ sim → Quais?

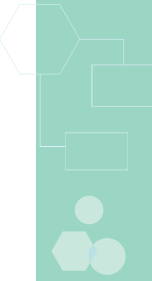
Nome comercial	Nome genérico	Dose total/dia; Via	Data de início	Prescrito
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

2.5 Já apresentou reações alérgicas a medicamentos?

☐ não☐ sim → Quais? A que medicamentos? _____

3 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Exame	Inicial	3° mês	6° mês	9° mês	12° mês
Data prevista					
Data					
Sódio plasmático					



3.1 Sódio plasmático fora da faixa preconizada como alvo terapêutico (137-145 mEq/l)?

não → Dispensar

sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente para reavaliação do tratamento

3.2 Apresentou sintomas que indiquem eventos adversos? (preencher Tabela de Eventos adversos – Anexo I)

não → Dispensar

sim → Passar para a pergunta 3.3

3.3 Evento adverso necessita de avaliação do médico assistente?

não → Dispensar

sim → Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

DIABETE INSÍPIDO

DESMOPRESSINA

ESTE É UM GUIA QUE CONTÉM ORIENTAÇÕES SOBRE SUA DOENÇA E O MEDICAMENTO QUE VOCÊ ESTÁ RECEBENDO GRATUITAMENTE PELO SUS.

SEGUINDO AS ORIENTAÇÕES, VOCÊ TERÁ MAIS CHANCE DE SE BENEFICIAR COM O TRATAMENTO.

1 DOENÇA

- É uma doença ocasionada pela deficiência do hormônio antidiurético (vasopressina) ou pela insensibilidade dos rins a este hormônio, causando sede excessiva e eliminação de grandes quantidades de urina, mesmo quando a ingestão de líquidos é reduzida.
- O hormônio antidiurético controla o modo como os rins removem, filtram e reabsorvem fluidos dentro da corrente sanguínea. Quando ocorre a falta desse hormônio (ou quando os rins não podem responder a este) os fluidos passam pelos rins e se perdem por meio da urina.

2 MEDICAMENTO

- O medicamento melhora os sintomas e a qualidade de vida, evitando complicações da doença.

3 GUARDA DO MEDICAMENTO

- Conserve o medicamento na embalagem original, bem fechado.
- Mantenha o medicamento fora do alcance das crianças.
- Guarde o medicamento na geladeira e fora da caixa de isopor. Não guarde na porta da geladeira, nem no congelador ou freezer.

4 ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- Leia atentamente as instruções do dispositivo que você usará. O medicamento pode ser apresentar nas formas de spray ou solução, ambas a serem utilizadas pela via nasal.
- Peça orientações ao médico ou farmacêutico quanto ao modo de usar. A correta utilização do medicamento é importante para o sucesso do tratamento.
- Em caso de esquecimento de uma dose, use a próxima dose assim que possível.
- Siga a orientação preconizada para seu tratamento, respeitando as doses, os horários e a duração do tratamento.

5 REAÇÕES DESAGRADÁVEIS

- Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, tais como dores de cabeça, náuseas, tontura ao levantar-se, inchaço e ganho de peso.
- Se houver algum destes ou outros sinais/sintomas, comunique-se com o médico ou farmacêutico.
- Maiores informações sobre reações adversas constam no Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, documento assinado por você ou pelo responsável legal e pelo médico.

6 USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

- Não faça uso de outros medicamentos sem o conhecimento do médico ou orientação de um profissional de saúde.



7 REALIZAÇÃO DE EXAMES DE LABORATÓRIO

- A realização dos exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

8 RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

- Converse com o farmacêutico do SUS para saber quais os documentos e exames são necessários para continuar recebendo os medicamentos.

9 EM CASO DE DÚVIDAS

- Se você tiver qualquer dúvida que não esteja esclarecida neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico do SUS.

10 OUTRAS INFORMAÇÕES

SE, POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO,

DEVOLVA-O À FARMÁCIA DO SUS.

LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA ATÉ SUA CASA E GUARDÁ-LO
IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.



GRUPO TÉCNICO

Ana Claudia Sayeg Freire Murahovschi

Fisioterapeuta
Ministério da Saúde

Karine Medeiros Amaral

Farmacêutica
Consultora do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Andry Fiterman Costa

Médico
Consultora do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Luciana Costa Xavier

Farmacêutica
Ministério da Saúde

Bárbara Corrêa Krug

Farmacêutica
Consultora do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Maria Angélica Pires Ferreira

Médica
Consultora do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Beatriz Antunes de Mattos

Médica
Consultora do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Maria Inez Pordeus Gadelha

Médica
Ministério da Saúde

Candice Beatriz Treter Gonçalves

Farmacêutica
Consultora do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Mileine Mosca

Farmacêutica
Ministério da Saúde

Clarice Alegre Petramale

Médica
Ministério da Saúde

Paulo Dornelles Picon

Médico
Consultor do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Gabriela Vilela de Brito

Farmacêutica
Ministério da Saúde

Priscila Gebrim Louly

Farmacêutica
Ministério da Saúde

Heber Dobis Bernarde

Farmacêutico
Ministério da Saúde

Ricardo de March Ronsoni

Farmacêutico Bioquímico
Ministério da Saúde

Ivan Ricardo Zimmermann

Farmacêutico
Ministério da Saúde

Roberto Eduardo Schneiders

Farmacêutico Bioquímico
Ministério da Saúde

José Miguel do Nascimento Júnior

Farmacêutico
Ministério da Saúde

Rodrigo Fernandes Alexandre

Farmacêutico
Ministério da Saúde

Júlia Souza Vidal

Farmacêutica
Ministério da Saúde

Vania Cristina Canuto Santos

Economista
Ministério da Saúde