

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde



# PROTOS COLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

## Volume 2

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília - DF  
2010

© 2010. **MINISTÉRIO DA SAÚDE.**

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

**SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS**

**TIRAGEM: 2ª EDIÇÃO - 10.000 EXEMPLARES**

**JOSÉ GOMES TEMPORÃO**

Ministro de Estado da Saúde

**ALBERTO BELTRAME**

Secretário de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde

**Elaboração, distribuição e informações:**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 9º andar  
CEP:70058-900

Brasília - DF

Tel.: (61) 3315.2626

Fax: (61) 3226.3674

e-mail: [dae@saude.gov.br](mailto:dae@saude.gov.br)

Home Page: [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas)

**HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ**

Unidade de Sustentabilidade Social

R. Javari, 182, B. Mooca

São Paulo - SP

Tel.: (11) 2081.6400

e-mail: [livroprotocolos@haoc.com.br](mailto:livroprotocolos@haoc.com.br)

Home Page: [www.hospitalalemao.org.br](http://www.hospitalalemao.org.br)

**EDITORES**

PAULO DORNELLES PICON

MARIA INEZ PORDEUS GADELHA

ALBERTO BELTRAME

**EQUIPE DA COORDENAÇÃO EXECUTIVA**

BÁRBARA CORRÊA KRUG

INDARA CARMANIM SACCILOTTO

ISABEL CRISTINA ANASTÁCIO MACEDO

KARINE MEDEIROS AMARAL

LILIANA RODRIGUES DO AMARAL

MÁRCIA GALDINO DA SILVA

MAURO MEDEIROS BORGES

VANESSA DE FARIA SANTOS KUSSLER

**GRÁFICA EDITORA PALLOTTI**

Estrada Ivo Afonso Dias, 297. B.Fazenda São Borja

CEP: 93032-550

São Leopoldo - RS

Tel.: (51) 3081.0801

CNPJ: 95.602.942/0016-32

[www.graficapallotti.com.br](http://www.graficapallotti.com.br)

**Normalização:** Scibooks/Scientific

**Revisão:** Officium-Assessoria,  
Seleção e Habilitação Ltda.

**Produção Eletrônica:** Kromak Images

**Projeto Gráfico:** Vanessa Fick

**Diagramação:** Alex Santos, Denis Xavier, Jurandir Martins

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Impresso no Brasil / Printed in Brazil  
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.  
Departamento de Atenção Especializada

Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: v. 2 / Ministério da Saúde,  
Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada.  
– Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

CD-ROM – Série A. Normas e Manuais Técnicos

ISBN 978 85 334 1765-6  
1. Protocolos clínicos. 2. Diretrizes terapêuticas. 3. Assistência à saúde. I.  
Título. II. Série.  
CDU 614

# Diabetes Insípido

Portaria SAS/MS nº 710, de 17 de dezembro de 2010



## 1 METODOLOGIA DE BUSCA 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](http://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.

## 2 INTRODUÇÃO

Diabetes insípido é uma síndrome clínica caracterizada pela incapacidade de concentração do filtrado urinário, com conseqüente desenvolvimento de urina hipotônica e aumento de volume urinário<sup>1</sup>. Pode ocorrer por deficiência do hormônio antidiurético (ADH)<sup>2</sup> ou por resistência à sua ação nos túbulos renais<sup>3</sup>. 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<sup>4</sup>. 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 conseqüente 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.

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<sup>2</sup>. 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<sup>3</sup>.

O diabetes insípido gestacional, por expressão de vasopressinases (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<sup>5, 6</sup>.

O prognóstico dos pacientes com diabetes insípido depende da etiologia, das comorbidades associadas

**Consultores:** José Miguel Dora, Rossana Corbo Ramalho de Mello, Bárbara Corrêa Krug e Karine Medeiros Amaral

**Editores:** Paulo Dornelles Picon, Maria Inez Pordeus Gadelha e Alberto Beltrame

Os autores declararam ausência de conflito de interesses.

e da instituição de tratamento adequado<sup>7, 8</sup>. O tratamento com desmopressina, um análogo do ADH, foi descrito em 1972<sup>9</sup> 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.

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).

### **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 > 3 l [ $> 40$  ml/kg] em adolescentes e adultos e > 2 l/m<sup>2</sup> de superfície corporal [ $> 100$  ml/kg] em crianças)<sup>2</sup> 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 l em 24 horas, é compensado com o aumento da ingestão hídrica. Em pacientes sem acesso livre a 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<sup>7</sup>.

### **4.2 LABORATORIAL**

Em paciente com poliúria, a concentração de sódio plasmático > 142 mEq/l sugere o diagnóstico de diabetes insípido, ao contrário da concentração < 137 mEq/l<sup>10</sup>. 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<sup>10</sup>. Para sua realização, pelo risco de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos graves, sugere-se internação hospitalar. O objetivo do teste é elevar a osmolalidade plasmática > 295 mOsmol/kg ou o sódio plasmático > 147 mEq/l e avaliar a resposta à administração de desmopressina<sup>10</sup>. Em pacientes com osmolalidade plasmática > 295 mOsmol/kg ou sódio plasmático > 147 mEq/l, pode-se prescindir do teste de restrição hídrica, avaliando-se apenas a osmolalidade urinária e a resposta à administração desmopressina<sup>10</sup>, que é o que diferencia diabetes insípido renal dos outros tipos de diabetes insípido (central e gestacional).

Principalmente para paciente com volume urinário > 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 > 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 > 600 mOsm/kg,
- osmolalidade plasmática > 295 mOsm/kg, ou
- sódio plasmático > 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 > 600 mOsm/kg indicam adequada produção e ação do ADH e afastam o diagnóstico de diabetes insípido<sup>10</sup>.

Quando o teste for encerrado por osmolalidade plasmática > 295 mOsm/kg ou sódio plasmático > 147 mEq/l, deve-se prosseguir a avaliação para estabelecer o diagnóstico diferencial entre diabetes insípido central e renal, com manutenção da restrição hídrica e administração de desmopressina<sup>10</sup>. 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 µg por via nasal ou 4 µg por via subcutânea em adolescentes e adultos e 5-10 µg por via nasal ou 1 µg 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.

Abaixo, 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<sup>3,10</sup>;
- 15%-50% nos pacientes com diabetes insípido central parcial<sup>3,10,11</sup>;
- 10%-45% nos pacientes com diabetes insípido renal parcial<sup>3,10</sup>;
- menos de 10% nos pacientes com diabetes insípido renal completo<sup>3,10</sup>.

**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<sup>2</sup>.

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 de tratamento os pacientes que tenham diagnóstico de diabetes insípido central baseado nos dois critérios abaixo:

- poliúria (volume urinário em 24 horas acima de 3 l [ $> 40$  ml/kg] em adultos e adolescentes e  $> 2$  l/m<sup>2</sup> de superfície corporal [ $> 100$  ml/kg] em crianças); e
- resposta à administração de desmopressina – na vigência de osmolalidade plasmática  $> 295$  mOsm/kg ou sódio plasmático  $> 147$  mEq/l – com aumento na osmolalidade urinária  $> 15\%$  e osmolaridade urinária  $> 600$  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 diabetes insípido gestacional que atendam aos critérios de inclusão deverão receber tratamento ao longo da gestação até a normalização do quadro, conforme especificado no Item Monitorização, e ser monitorizadas após o parto para identificar-se a necessidade de manutenção do uso de desmopressina.

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

## 8 TRATAMENTO

Desmopressina é um análogo sintético do ADH com maior tempo de ação, maior potência antidiurética e menor efeito pressórico quando comparado ao ADH. O tratamento do diabetes insípido com desmopressina tem embasamento em séries de casos. O primeiro relato de seu uso no tratamento de diabetes insípido central envolveu uma série de 10 pacientes com a condição<sup>9</sup>. 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)<sup>9</sup>. Pela inequívoca demonstração de tratar-se de um fármaco com perfil de segurança e efetividade favoráveis, a desmopressina no tratamento do diabetes 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 vasopressinases placentárias, é também o tratamento de escolha no diabetes insípido gestacional<sup>15,6</sup>, com dados de segurança favoráveis tanto para a gestante como para o feto<sup>12</sup>.

### 8.1 FÁRMACO

- Desmopressina: 0,1 mg/ml (100 µg/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 µg/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 µg (por exemplo, 10, 20, 30 µg). Já a solução nasal possibilita a aplicação de doses múltiplas de 5 µg (por exemplo, 5, 10, 15, 20 µg), o que pode ser mais adequado para alguns pacientes, principalmente para os pediátricos.

A dose inicial de desmopressina recomendada é de 10 µg em adultos e adolescentes e de 5 µg 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 µg, 1 a 3 vezes ao dia
- desmopressina *spray* nasal – 10-20 µg, 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<sup>9</sup>.



## 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 Dec;4 Suppl 1:60-5.
2. Jane JA, Jr., Vance ML, Laws ER. Neurogenic diabetes insipidus. *Pituitary.* 2006;9(4):327-9.
3. Sands JM, Bichet DG. Nephrogenic diabetes insipidus. *Ann Intern Med.* 2006 Feb 7;144(3):186-94.
4. Schrier RW. Body water homeostasis: clinical disorders of urinary dilution and concentration. *J Am Soc Nephrol.* 2006 Jul;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 May;105(5 Pt 2):1173-6.
7. Mavrakis AN, Tritos NA. Diabetes insipidus with deficient thirst: report of a patient and review of the literature. *Am J Kidney Dis.* 2008 May;51(5):851-9.
8. Kim RJ, Malattia C, Allen M, Moshang T, Jr., Maghnie M. Vasopressin and desmopressin in central diabetes insipidus: adverse effects and clinical considerations. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2004 Nov;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 Jul-Aug;192(1-2):21-7.
10. Bichet D. Diagnosis of polyuria and diabetes insipidus. In: Post T, editor. *UpToDate v.17.3*; 2009.
11. Miller M, Dalakos T, Moses AM, Fellerman H, Streeten DH. Recognition of partial defects in antidiuretic hormone secretion. *Ann Intern Med.* 1970 Nov;73(5):721-9.
12. Ray JG. DDAVP use during pregnancy: an analysis of its safety for mother and child. *Obstet Gynecol Surv.* 1998 Jul;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 **diabetes 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.

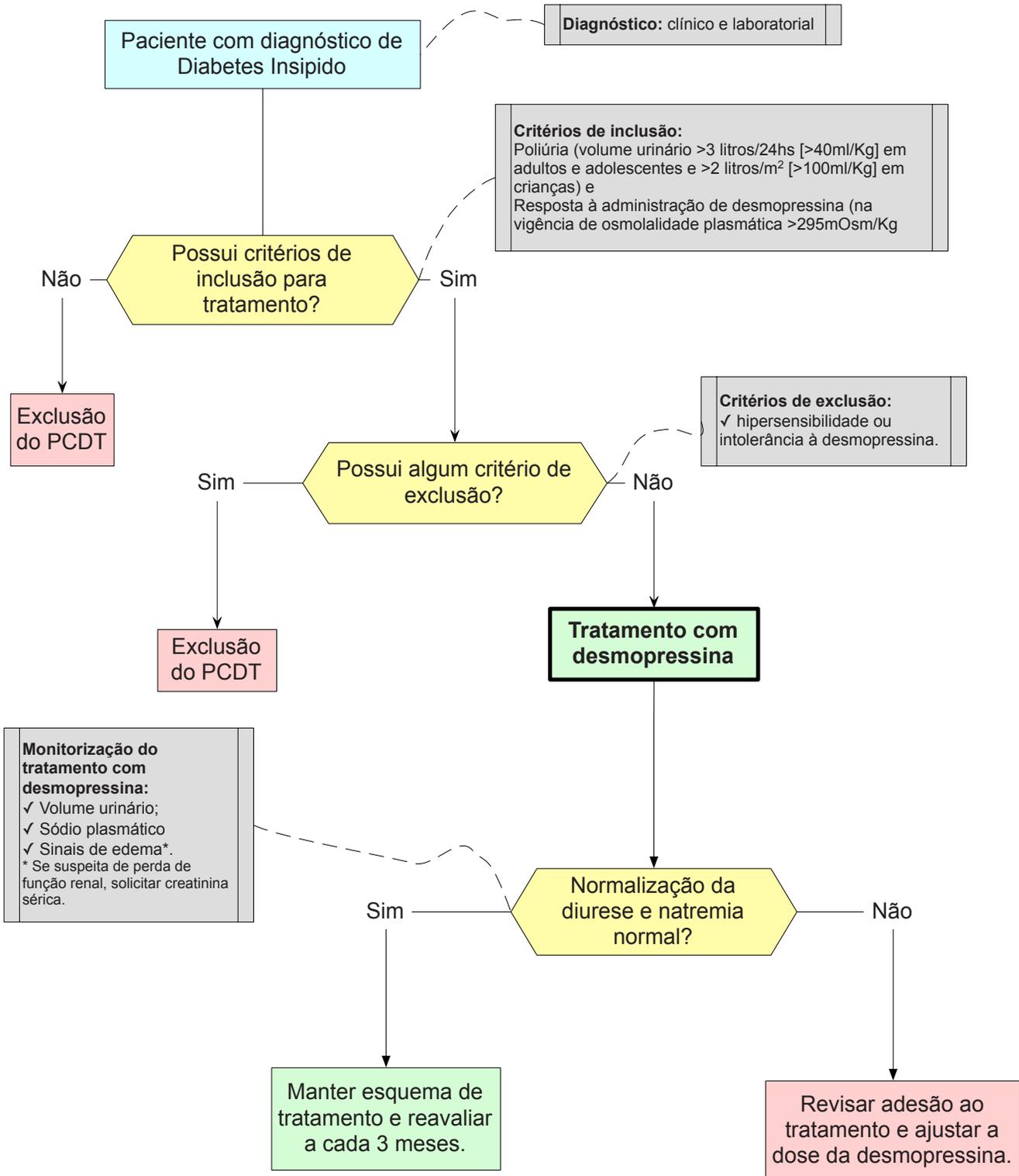
Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

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

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico responsável:		CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____			

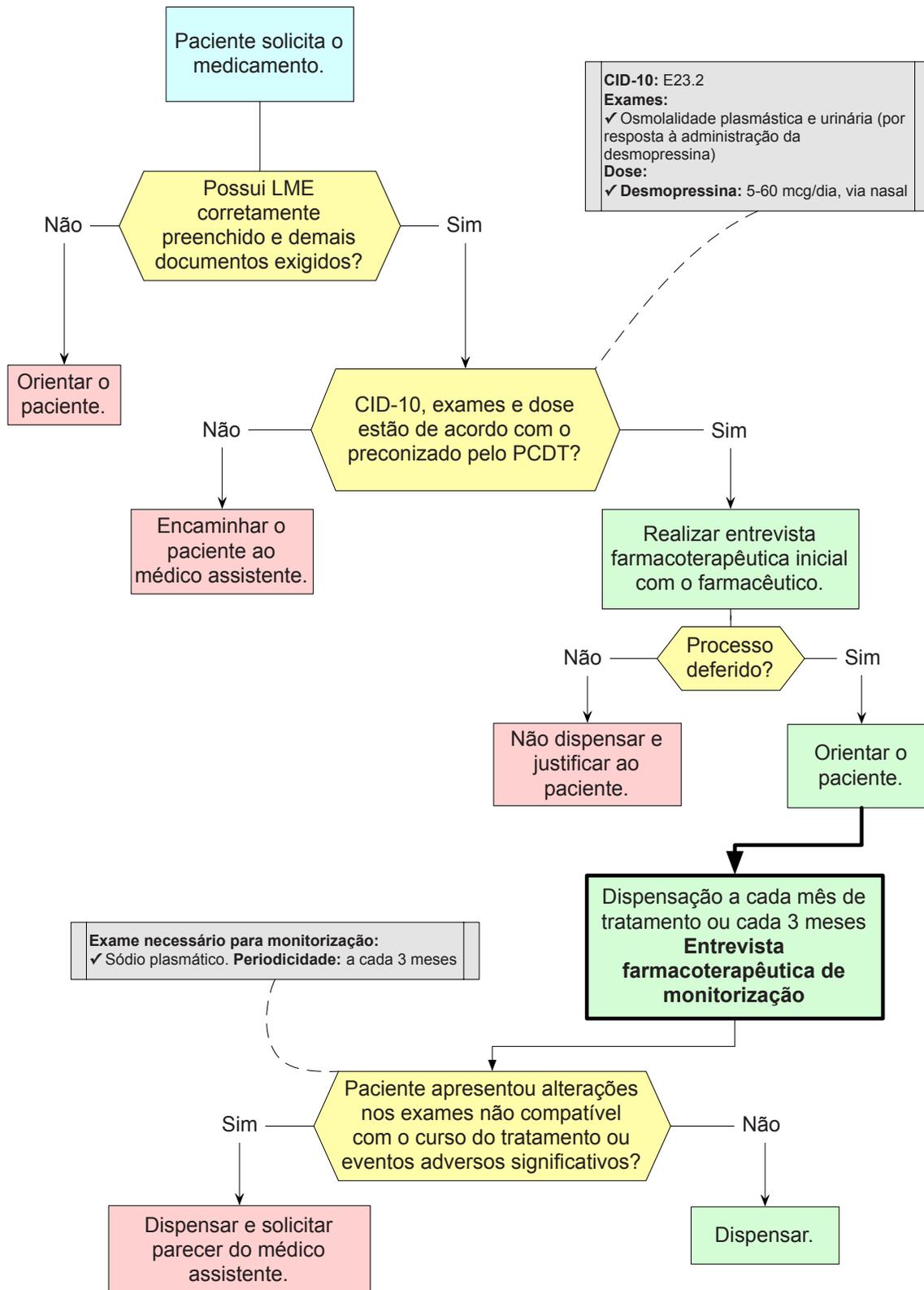
**Observação:** Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

## Fluxograma de Tratamento Diabetes Insípido





## Fluxograma de Dispensação de Desmopressina Diabetes Insípido



## Ficha Farmacoterapêutica Diabetes Insípido

### 1 DADOS DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_  
 Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Nome do cuidador: \_\_\_\_\_  
 Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Feminino DN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Telefones: \_\_\_\_\_  
 Médico assistente: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 Telefones: \_\_\_\_\_

### 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					



**TABELA DE REGISTRO DA DISPENSAÇÃO**

	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Data						
Nome comercial						
Lote/Validade						
Dose prescrita						
Quantidade dispensada						
Próxima dispensação (Necessita de parecer médico: sim/não)						
Farmacêutico/CRF						
Observações						

	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Data						
Nome comercial						
Lote/Validade						
Dose prescrita						
Quantidade dispensada						
Próxima dispensação (Necessita de parecer médico: sim/não)						
Farmacêutico/CRF						
Observações						

## Guia de Orientação ao Paciente Desmopressina

ESTE É UM GUIA SOBRE O MEDICAMENTO QUE VOCÊ ESTÁ RECEBENDO GRATUITAMENTE PELO SUS. SEGUINDO SUAS ORIENTAÇÕES, VOCÊ TERÁ MAIS CHANCE DE SE BENEFICIAR COM O TRATAMENTO.

O MEDICAMENTO É UTILIZADO NO TRATAMENTO DE **DIABETES INSÍPIDO**.

### 1 DOENÇA

- O diabetes insípido é ocasionado pela deficiência do hormônio antidiurético (vasopressina) ou pela insensibilidade dos rins a este hormônio. É caracterizada por sede excessiva e pela 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

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

### 3 GUARDA DO MEDICAMENTO

- Este medicamento deve ser guardado na geladeira (entre 2-8°C), sem necessidade de ser congelado.

### 4 ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- Leia atentamente as instruções do dispositivo que você usará. O medicamento pode ser apresentado na forma de *spray* ou solução, ambos a serem utilizados 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 do seu médico, 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 PARA SEGUIR RECEBENDO O MEDICAMENTO

- Retorne à farmácia a cada mês, com os seguintes documentos:
  - Receita médica atual
  - Cartão Nacional de Saúde ou RG
  - Exame: sódio plasmático a cada 3 meses.



**8 EM CASO DE DÚVIDA**

- 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.

**9 OUTRAS INFORMAÇÕES**

---

---

---

---

---

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

SE, POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO,  
DEVOLVA-O À FARMÁCIA DO SUS.