



Nº 195 -2015-INSN-DG

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 07 de abril del 2015

Visto el Expediente con Registro Nº 05479-2015 y el Memorando Nº 328-DG-INSN-2015, de fecha 16 de Marzo del año 2015; por el cual se hace llegar la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Insípida Central" por el Departamento de Investigación Docencia y Atención en Medicina Pediátrica; y solicita la elaboración de la Resolución Directoral correspondiente;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el Artículo 31º del Decreto Supremo Nº 013-2002-SA, Reglamento de la Ley Nº 27657 "Ley del Ministerio de Salud", establece como uno de los objetivos funcionales de los Institutos Especializados, lograr la eficacia, calidad y eficiencia en la prestación de servicios especializados de Salud;

Que, mediante la R.M. Nº 422-2005/MINSA fue aprobada la NTS Nº 027-MINSA/DGSP-V.01:"Norma Técnica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", establece el marco normativo para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud;

Que, con Memorando Nº 0433-OGC-INSN-2015, la Directora de la Oficina de Gestión de la Calidad, hace llegar a la Dirección General del INSN la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Insípida Central" de la cual ha sido elaborada por el Equipo Técnico Médico del Servicio de Endocrinología y cuenta con opinión favorable de la Dirección Adjunta, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y el Adolescente y de la Oficina de Gestión de la Calidad, para su opinión y aprobación con Resolución Directoral; y

que, en uso de las atribuciones conferidas en el Manual de Organización y Funciones aprobada por Resolución Directoral Nº 041-DG-INSN-2011; y

Con la Visación de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Medicina del Niño y el Adolescente, la Jefatura del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Medicina Pediátrica, la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño;

De conformidad con lo previsto en las Resoluciones Ministeriales Nºs 422-2005/MINSA, 083-2010/MINSA y 526-2011/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Insípida Central" que consta de 09 folios (IX) del Departamento de Investigación Docencia y Atención en Medicina Pediátrica, del Instituto Nacional de Salud del Niño; -----

Artículo Segundo.- La Guía aprobada será publicada en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.-----

Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
I.C.S.S.
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

DR. ALFONSO JUAN TAPIA BAUTISTA
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 14181 R.N.E. 4503

www.insn.gob.pe

Av. Brasil 600
Breña - Lima 5, Perú
Telf: 3300066 anexo 1101
Telf: 4241996 Telfax: (01) 425



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTEFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.
14 ABR. 2015
Lic. CARMEN LUCIA MARIÑEZ ESPINOZA
FEDATARIA



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES INSÍPIDA CENTRAL

I. **FINALIDAD:** Brindar recomendaciones, elaboradas de manera sistemática y con evidencia científica, para apoyar a los médicos especialistas en la toma de decisiones informadas para la atención de los niños con diabetes insípida central (DIC), seleccionando las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas.

II. OBJETIVO:

- Disminuir la variabilidad en la utilización de recursos en el manejo de los pacientes con DIC.
- Disminuir la incertidumbre de la práctica clínica.
- Desarrollar estándares de calidad asistencial.

III. **ÁMBITO DE APLICACIÓN:** Institutos especializados pediátricos de alta capacidad resolutive, nivel III-2. Para el manejo de pacientes neuroquirúrgicos referidos para tratamiento, con diagnóstico nosológico definitivo, comprendidos entre la etapa neonatal hasta antes de cumplir los 18 años de edad.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES INSÍPIDA CENTRAL

4.1 NOMBRE: DIABETES INSÍPIDA CENTRAL CÓDIGO CIE 10: E23.2

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 **DEFINICIÓN:** es un desorden caracterizado por la incapacidad de concentrar la orina por una disminución en la secreción de la hormona antidiurética (ADH por sus siglas en inglés o arginina vasopresina - AVP) y tiene un patrón clínico de poliuria, deshidratación e hipernatremia.^{1,2}

5.2 **ETIOLOGÍA:** A continuación se presenta un listado de las causas por orden de frecuencia:

- TUMORAL O POST QUIRÚRGICA (50%). Germinoma intracraneal, craneofaringioma y glioma óptico.
- IDIOPATICA CENTRAL (29%). Reducción en la producción de ADH sin lesión cerebral aparente, responde a la administración de ADH.
- INFILTRATIVA: Histiocitosis X (16%), sarcoidosis y leucemia.
- TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO SEVERO (2%).
- INFLAMATORIAS (2%). Secuela de infecciones como meningitis, encefalitis y abscesos cerebrales.

Son causas menos frecuentes de DIC:

- POLIDIPSIA PRIMARIA: reducción de la producción de ADH por la ingesta excesiva de agua ya sea por sed excesiva (dipsógena) o por trastornos emocionales (psicógena). Ante la supresión de agua, se produce ADH normalmente.
- FAMILIAR O GENÉTICA. Por alteración del gen de la vasopresina. A veces se asocia al síndrome de Wolfram o complejo DIDMOAD.
- VASCULAR. Síndrome de Sheehan, aneurismas, anemia de células falciformes.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he autorizado este mismo acto al interesado. www.ins.gob.pe

14 ABR. 2015

0381 *Carmen E. Martínez*

Reg. N°..... Lic. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ ESPINOZA
FEDATARIA

Av. Brasil 600 1
Breaña, Lima, 5 Perú
Central (511) 3300066
Fax (511) 425 - 1840
Insn@Insn.gob.pe.



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño

- ALTERACIONES CONGENITAS HIPOTALAMO-HIPOFISARIAS. Displasia septoóptica, síndromes de Lawrence Moon y Bardet Biedl, silla turca vacía, quistes aracnoideos, neurohipofisis ectópica.
- INFUNDÍBULOHIPOFISITIS AUTOINMUNE.
- POLIENDOCRINOPATIA AUTOINMUNE
- FÁRMACOS. (inhibidores de ADH) fenitoína, agonistas alfa adrenérgicos (clonidina), etanol, fenotiazidas, inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, glucocorticoides y morfina.

*(En los recién nacidos las causas más frecuentes son infecciones como listeriosis o meningitis y la hemorragia intraventricular).^{1,2}

5.3 FISIOPATOLOGÍA: Los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo producen la ADH, la cual es transportada por los axones de las neuronas magnocelulares a la neurohipófisis (lóbulo posterior de la glándula), donde es almacenada para luego ser secretada. La ADH es una hormona fundamental en la regulación de la homeostasis del agua corporal, así como de la presión arterial, la concentración de los electrolitos en la sangre y orina. Su secreción se incrementa progresivamente cuando la osmolalidad sérica supera los 285mOsm/kg (natremia mayor de 142mEq/l). La ADH actúa a nivel de los túbulos colectores de la corteza renal, donde se encarga de la reabsorción de agua. A este nivel, la ADH se une al receptor vasopresina, estimulando a la proteína G y a la adenil ciclasa a producir AMP cíclico. Este proceso activa a la proteína quinasa A, que moviliza a la acuaporina₂ (AQP₂) hacia la superficie de las células del epitelio tubular, formando vacuolas que realizan la absorción de las moléculas de agua del lumen de los tubos colectores hacia el interior de las células tubulares y de allí al torrente sanguíneo. En presencia de la ADH, la AQP₂ realiza este ciclo ininterrumpidamente. En cambio, en su ausencia, la AQP₂ está impedida de regresar a la superficie de las células epiteliales para repetir el proceso, deteniéndose la absorción de agua. Toda lesión que afecte la neurohipófisis o los núcleos productores de ADH del hipotálamo, puede disminuir la secreción de ADH, produciendo una DIC. Para cuando se presenta la poliuria por DIC de causa tumoral o infiltrativa, el 90% de las neuronas que producen ADH en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo están lesionadas. Por otro lado, en la forma idiopática (aislada o familiar), se produce una disminución en la secreción de la ADH sin lesión aparente.^{1, 2, 3, 4}

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS: La DIC es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en el post operatorio neuroquirúrgicos, en tumores cerebrales y en traumatismos encéfalo craneanos. Con respecto a los tumores intracraneales, el germinoma es un tumor de la línea media, ubicado en la región pineal o supraselar, es más común en el sexo masculino y puede producir metástasis; su frecuencia es del 3-8% de los tumores intracraneales en niños. El craneofaringioma es un tumor benigno, parcialmente quístico, derivado embriológicamente del epitelio de la bolsa de Rathke, lo que hace que se localice en la región selar o supraselar. Su frecuencia es de 2-4% y pueden ocurrir a cualquier edad, con un pico entre los 5 y 20 años de edad, pero un tercio de los casos se presentan antes de los 14 años. La poliuria por DIC es a veces la primera manifestación de un craneofaringioma, en un 5-10% de los casos. Si bien son benignos y de crecimiento lento, tienen la particularidad de adherirse a las estructuras vecinas tales como la hipófisis, el hipotálamo y el quiasma óptico, lo cual dificulta su exéresis y la misma puede provocar DIC transitoria o permanente. El glioma óptico es un tumor que afecta los nervios ópticos, se asocia a la neurofibromatosis. Provoca alteraciones visuales y pueden comprometer estructuras vecinas.⁵

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

5.5.1 MEDIO AMBIENTE: Debido a que la diabetes insípida puede producirse como consecuencia de una meningoencefalitis tuberculosa, viral o por meningococo, los factores socio ambientales que favorecen su transmisión en niños, tales como la desnutrición, el hacinamiento y la falta de condiciones de vida adecuadas,



MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.
 www.ins.gob.pe
 14 ABR. 2015
 0381
 Reg. N°.....
 Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
 FEDATARIA

Av. Brasil 600 2
 Breña, Lima, 5 Perú
 Central (511) 3300066
 Fax (511) 425 - 1840
 insn@ins.gob.pe.



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño

deben ser tenidas en cuenta como factores de riesgo potencial. Por otro lado, son importantes las medidas de prevención de traumatismo encefálico en niños.

5.5.2 ESTILO DE VIDA: La creencia popular en los posibles efectos benéficos de la ingesta excesiva de agua (no comprobados científicamente) puede producir un cuadro de dipsomanía y poliuria algo similar a la diabetes insípida.

5.5.3 FACTORES HEREDITARIOS: La diabetes insípida central idiopática en niños puede ser aislada o hereditaria. Esta última, puede transmitirse de manera autosómica dominante o autosómica recesiva. La forma autosómica dominante, generalmente se manifiesta después del primer año de vida y el defecto molecular es una mutación en el gen de la prepro AVP₂. La forma autosómica recesiva generalmente se presenta antes del año de vida y se produce por una deleción en 4p16, región que también está comprometida en el Síndrome de Wolfram³.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1 CUADRO CLINICO:

6.1.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS: los síntomas suelen ser de inicio brusco en los pacientes post operados de cirugía cerebral. En los casos de curso crónico de causa idiopática o tumoral, la ingesta oral de agua libre generalmente es suficiente para revertir la depleción por DIC. Los síntomas que conforman el cuadro clínico son los siguientes:

- **Poliuria:** Se considera poliuria a una diuresis superior a 5cc/kg/hora y/o >80cc/m²/hora (>2L/m²/día), orina de aspecto claro y con nicturia.
- **Polidipsia:** En niños conscientes y con acceso a agua, se observa una ingesta exagerada de agua durante el día y la noche. Esta ingesta puede ser mayor a 5 litros en pacientes preescolares. Los niños post operados de tumores cerebrales con diabetes insípida están en riesgo de deshidratación hipernatrémica severa debido a la pérdida de agua libre.
- **Fiebre de origen desconocido:** en pacientes crónicos suele asociarse a los tumores hipotalámicos.
- **Retardo pondo-estatural:** se observa en los pacientes crónicos, debido que la intensa ingesta de agua produce desnutrición crónica y anorexia. En el caso de tumores selares, también se pueden observar manifestaciones de alteración de una o varias hormonas hipofisarias, tales como la hormona de crecimiento (GH), la TSH, la ACTH, LH, FSH y Prolactina.
- **Síntomas de deshidratación hipernatrémica severa:** sed intensa, sequedad de piel y mucosas, taquicardia, fiebre, irritabilidad, hipertonía y convulsiones.
- **Síntomas de hipertensión endocraneana:** en pacientes con tumores cerebrales (nauseas, vómitos explosivos), son síntomas de organicidad.

6.1.2 INTERACCIÓN CRONOLÓGICA: La poliuria puede ser el primer síntoma de un tumor cerebral, precediendo incluso a los síntomas neurológicos y a las imágenes radiológicas. La DIC por traumatismo o neurocirugía puede tener tres formas de presentación:

- transitoria: (50-60%) por edema hipotalámico. Aparece bruscamente el primer día de la cirugía y tiene duración variable, generalmente de uno a cinco días.
- permanente: (30-40%) por lesión hipotalámica si esta es extensa y puede durar varias semanas o permanentemente.
- trifásica: (10-20%):



MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
 CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.
 www.ins.gob.pe
 14 ABR. 2015
 0881
 Lic. CARMEN LUCIA MARTÍNEZ-ESPIÑOZA
 FEDATARIA
 Reg. N°.....

Av. Brasil 600 3
Brefia, Lima, 5 Perú
Central (511) 3300066
Fax (511) 425 - 1840
lnsn@lns.gob.pe.



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño

- c) Densidad urinaria baja: entre 1.001 y 1.010, con
- d) Osmolalidad urinaria baja ($\leq 300 \text{mOsm/Kg}$),
- e) Sodio bajo en orina ($\leq 40 \text{mmol/l}$).
- f) Se puede determinar la ADH plasmática (valores normales: 1-5pg/ml).
- g) Glucemia y función renal.
- h) Según el cuadro clínico, se puede evaluar la función hipofisaria con determinaciones de TSH, T4 libre, cortisol (ritmo circadiano), LH, FSH, prolactina, y prueba de estimulación de hormona de crecimiento.⁶

6.3.2 DE IMÁGENES: De preferencia resonancia magnética nuclear (RMN) de la región selar o cerebral con contraste. De no ser posible realizar la RMN, una alternativa sería la TEM con contraste.

6.3.3 DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS: si el caso lo requiere, campimetría para evaluar campos visuales.

Prueba de restricción acuosa (test de Miller): Está indicada en casos en que es necesario hacer el diagnóstico diferencial entre la diabetes insípida central, la diabetes insípida nefrogénica o la polidipsia psicógena. Consiste en la privación temporal de agua y monitorizar la osmolalidad plasmática y urinaria, el flujo urinario, densidad urinaria y las funciones vitales del paciente. Debido al riesgo de hipotensión y deshidratación, esta prueba debe ser realizada e interpretada por personal entrenado y calificado. Esta guía clínica está dirigida al manejo clínico pre y post operatorio de pacientes neuroquirúrgicos con diabetes insípida central referidos de establecimientos de menor capacidad resolutive, con diagnóstico nosológico definitivo, motivo por el cual, el protocolo de esta prueba no está incluida en la presenta guía de práctica clínica.⁷

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA: Los pacientes neuroquirúrgicos con patologías relacionadas a la DIC deben ser atendidos en establecimientos de salud de nivel III-2, que cuenten con las especialidades de neurocirugía y endocrinología pediátrica.

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS:

En el prequirúrgico: si el paciente es referido a neurocirugía con presentando DIC, es indispensable que sea compensado hidroelectrolíticamente antes de la cirugía. También se deberá evaluar la función hipofisaria en búsqueda de otras alteraciones hormonales que requieran tratamiento de reemplazo.

En el post quirúrgico inmediato: el paciente deberá permanecer en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos donde será monitorizado para detectar signos tempranos de alteraciones en el flujo urinario y de trastornos hidroelectrolíticos para tomar las medidas correctivas necesarias.

6.4.2 TERAPÉUTICA: Las metas del tratamiento son: mantener una diuresis normal corregir la hipovolemia y la hipernatremia.

A. Fase Aguda: el paciente neuroquirúrgico que presenta DIC en el post operatorio, deberá permanecer en la Unidad de Cuidados Intensivos con monitorización continua de la función cardiaca (presión arterial, frecuencia cardiaca, presión venosa central), respiratoria (frecuencia respiratoria, saturación de hemoglobina), débito urinario, balance hídrico estricto horario, peso del paciente, así como vigilancia neurológica estrecha. Es necesario realizar análisis de electrolitos y osmolalidad plasmática frecuentes (cada 3-4 horas).

Los pacientes con DIC pueden presentar *shock hipovolémico* por deshidratación aguda, la cual se debe tratar con fluidos isotónicos (solución salina al 0.9% - SSF), en bolos (hasta dos veces en una hora) de 20ml/kg.



Av. Brasil 600 5
Breña, Lima, 5 Perú
Central (511) 3300066
Fax (511) 425 - 1840
insn@ins.gob.pe.



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño

Debemos evitar el uso de soluciones hipoosmolares por el riesgo del descenso brusco de la osmolalidad plasmática y de edema cerebral secundario. Una vez *repuesto del shock*, se deberán reponer las pérdidas urinarias. La reposición se puede realizar con SSF o suero salino al 0.45% para evitar la sobrecarga de sodio. El volumen a reponer se puede calcular fácilmente si se conoce el peso del niño antes de la deshidratación, ya que será la diferencia de peso. En caso de no tener ese dato, se calculará el déficit de líquido multiplicando el porcentaje de deshidratación estimado por el peso corporal en ml (por ejemplo un niño de 10kg (10,000ml) con un déficit estimado de 10%, el déficit de volumen será de 10% de 10,000=1,000ml). Cuando el paciente esté consciente se le ofrecerá rehidratación oral con agua a libre demanda para evitar las complicaciones de las soluciones hipotónicas.

Preparación de C1Na 0.45%: 11ml de C1Na 20% + 500ml de agua destilada o dextrosa 5%.

El fármaco de elección en la DIC es la **desmopresina** (dDAVP - análogo de acción prolongada de la vasopresina), es un agonista del receptor vasopresina y posee una potente y duradera acción antidiurética. Puede administrarse de las siguientes formas:

- **Endovenosa:** (4µg/ml): indicada en pacientes críticos. Dosis: 0.1 a 0.4 µg/día en lactantes, 0.4 µg a 1 µg/día en niños y 1 a 4 µg/día en adolescentes, dividido cada 12 horas.
- **Subcutánea:** se administra el mismo preparado que la preparación parenteral. Es útil en lactantes por producir menos fluctuaciones en la natremia que la forma intranasal. En estos casos, se inicia una dosis baja: 0.01µg/día SC, aumentando progresivamente hasta normalizar la natremia y la diuresis. Se diluye la solución parenteral (4µg/ml) con solución salina 1:10 en una jeringa antes de su aplicación subcutánea, Puede administrarse una o dos dosis al día.
- **Intranasal:** (comercializada en el país) aerosol 10µg/puff. Puede usarse en fase aguda y de mantenimiento. Un inconveniente es que con frecuencia hay importantes diferencias en la absorción debido a infecciones respiratorias o a una técnica de aplicación incorrecta. No recomendable después de cirugía transesfenoidal. Se administra una o dos dosis al día.
- **Oral:** (comercializada en el país) tabletas de 0.2mg para terapia de mantenimiento. Se administra dos a tres dosis al día.

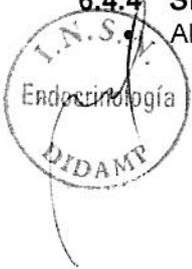
Una buena respuesta al tratamiento con desmopresina es aquella que reduce el flujo urinario, aumenta la densidad y la osmolalidad urinaria, normaliza la natremia y reduce la osmolalidad plasmática.

Otros fármacos alternativos son la vasopresina, que se administra en infusión continua pero tiene una vida media más corta y efectos secundarios reseñables (cólicos, vasoconstricción periférica, náuseas, vómitos y vértigos). Menos eficaces son la carbamazepina y la clorpropamida que mejoran la sensibilidad del túbulo renal a la ADH endógena. Su uso es poco frecuente ya que la eficacia de la desmopresina es muy superior.

B. Fase de mantenimiento: Se utiliza desmopresina oral o intranasal. Actúa a los 30 o 60 minutos, carece de acción presora y no tiene efectos secundarios reseñables. Su tiempo de acción es de 8 a 20 horas. Se inicia con una dosis antes de dormir y según respuesta clínica se aumenta la dosis y/o se acortan los intervalos de acuerdo a la respuesta del paciente (cada 12 horas).^{2, 3, 6, 8}

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO: El tratamiento con desmopresina puede producir intoxicación acuosa e hiponatremia, con disminución del flujo urinario. En estos casos se debe reducir la dosis y/o ampliar el intervalo según la respuesta clínica del paciente. Antes de hacer cualquier modificación debe verificarse una correcta técnica de aplicación.

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA: (de DIC o de intoxicación acuosa).
Alteraciones del flujo urinario



www.ins.gob.pe

Av. Brasil 600 6
Breña, Lima, 5 Perú
Central (511) 3300066
Fax (511) 425 - 1840
Insn@ins.gob.pe.



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño

- Alteraciones en la natremia
- Alteraciones en la osmolalidad plasmática y urinaria

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA:

- Paciente estable.
- Flujo urinario normal
- Natremia normal: 135-145mEq/l
- Osmolalidad sérica normal: 275–295mOsm/kg

6.4.6 PRONÓSTICO: Bueno. La DIC tratada con desmopresina y con los debidos controles especializados no es una condición de riesgo grave. Es importante en los pacientes con DIC la reevaluación de la función endocrina y neuroimágenes cada 6 meses durante los primeros 2 años del diagnóstico y anual a partir del 3er año, especialmente en DIC idiopática. Recordemos que 30 a 50% de las formas idiopáticas en algún momento del seguimiento serán reclasificadas como orgánicas ^{12, 13}

6.5 COMPLICACIONES: debido a la terapia antidiurética con desmopresina, los pacientes con DIC transitoria o permanente podrían presentar una intoxicación acuosa que requiera modificaciones en la terapia. Posterior a la cirugía, se debe evaluar la función hipofisaria y administrar terapia de reemplazo hormonal según los resultados.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

Criterios de Referencia:

- Pacientes pediátricos procedentes de establecimientos de salud de menor capacidad resolutive para tratamiento neuroquirúrgico.

Criterios de Contrarreferencia:

- Pacientes intervenidos neuroquirúrgicamente en condiciones de seguir tratamiento y control ambulatorio, incluyendo los pacientes con DIC permanente.

6.7 FLUXOGRAMA: Ver anexo 1.

VII. ANEXOS: Anexo 1: Diagnóstico diferencial de poliuria-polidipsia (página 9)

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Maghnie M, Cosi G, Genovese E, Banca-Bitti ML et al. Central diabetes insipidus in children and young adults. N Eng J Med October 2000; 14:998-1007
2. Guerrero-Fernández, J. Diabetes Insípida. Revisión. Monografía. Hospital Infantil La Paz, Madrid. Guerrero-Fdez: webPEDIátrica; 2004. http://www.webpediatrica.com/casosped/pdf/diabetes_insipida1.pdf
3. Saborio P, Tipton G, Chan J. Diabetes Insipidus. Pediatrics in Review; April 2000; 21(4):122-30 <http://pedsinreview.aappublications.org/content/21/4/22>
4. Rivkees S. Management of Central Diabetes Insipidus in Infancy. US Pediatrics;2008:66-8
5. Kawamata T, Amano K, Aihara Y, Kubo O et al. Optimal treatment strategy for craniopharyngiomas based on long-term functional outcomes of recent and past treatment modalities. Neurosurg Rev 2010;33:71-81



www.ins.gob.pe

Av. Brasil 600 7
Breaña, Lima, 5 Perú
Central (511) 3300066
Fax (511) 425 - 1840
Insn@ins.gob.pe.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

6. Arjona D, Herrera M, Montero M. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, diabetes insípida y síndrome pierde sal. Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos; 2010. http://www.secip.com/publicaciones/protocolos/cat_view/68-protocolos/121-siadh-diabetes-insipida-sdr-pierde-sal
7. Robertson G, Valtin H. Protocolo para la prueba de restricción hídrica. Fundación para la diabetes insípida. 1995
8. Jiménez S, Rodríguez J. Protocolos de endocrino metabolismo – Deshidratación aguda. Rehidratación. Bol pediátr 2006;46(supl 1):84-90
9. García García EJ. Diabetes Insípida. Endocrinología pediátrica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Asociación Española de Pediatría. www.aeped.es/protocolos
10. De los Santos MA, Del Águila C, Rojas, MI, Falen JM, Lu de Lama R, Nuñez O, Chávez E, Espinoza O, Pinto P. Características clínicas de pacientes con Diabetes Insípida Central diagnosticados en el Servicio de Endocrinología del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) durante el periodo 2001-2010. Rev. peru. pediátr. 65 (3) 2012
11. Muglia Louis J, Majzoub Joseph A. Disorders of the Posterior Pituitary. In: Sperling Mark A dir. Pediatric Endocrinology. 3rd ed. Pennsylvania, USA Saunders- Elsevier. 2008. p. 335 -373.
12. Di Iorgi N, Maria Allegri AE, Napoli F, Calcagno A, Calandra E, Fratangeli N, et al. Central Diabetes Insipidus in Children and Young Adults: Etiological Diagnosis and Long-Term Outcome of Idiopathic Cases. J Clin Endocrinol Metab 2014; 99: 1264–1272.
13. Prado Carro AM, Casano P, Marín del Barrio S. Diabetes insípida central idiopática. ¿Qué seguimiento deberíamos hacer? Rev Esp Endocrinol Pediatr 2013; 4.(1): 62-67.



www.ins.gob.pe

Av. Brasil 600 8
Breña, Lima, 5 Perú
Central (511) 3300066
Fax (511) 425 - 1840
Insn@ins.gob.pe

μ



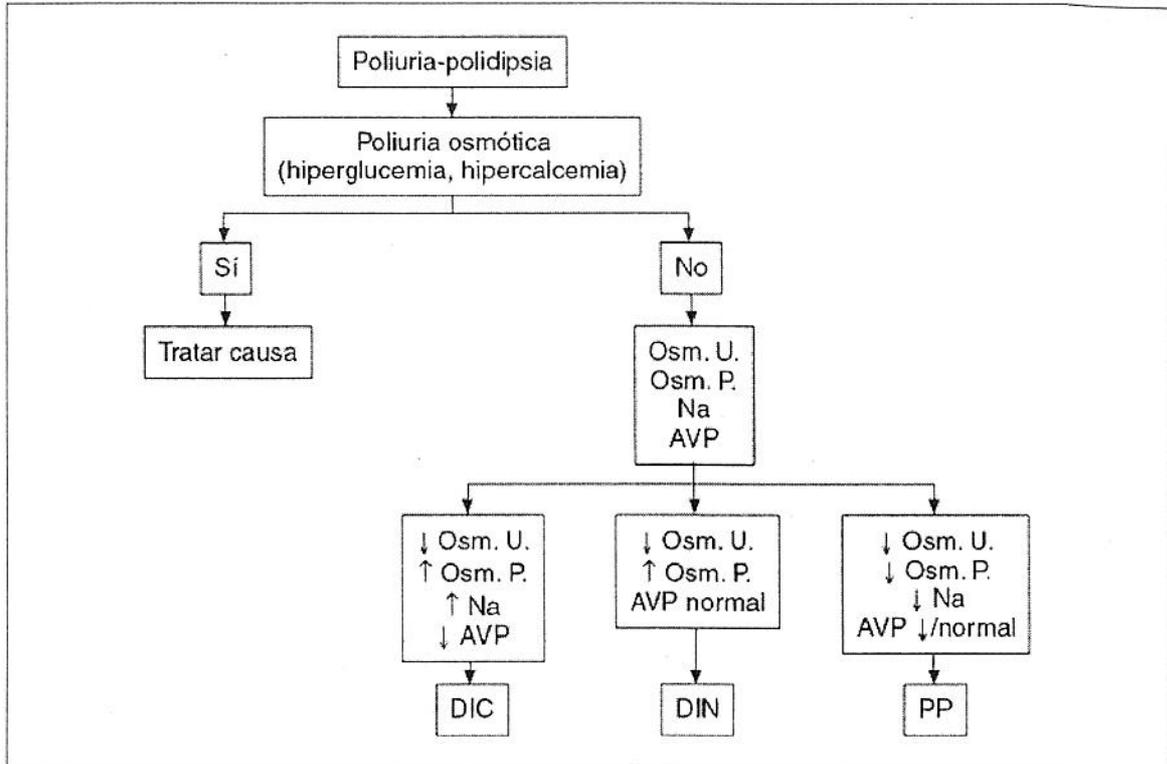
PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño

6.7 FLUXOGRAMA: Anexo 1

Diagnóstico diferencial de poliuria-polidipsia



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

Dr. CARLOS DEL AGUILA VILLAR
Jefe del Servicio de Endocrinología
C.M/P. 18157 R.N.E. 7987

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

14 ABR. 2015

0881 *Carmen L. Martínez*
LIC. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
FEDATARIA

www.ins.gob.pe

Av. Brasil 600 9
Breña, Lima, 5 Perú
Central (511) 3300066
Fax (511) 425 - 1840
Insn@ins.gob.pe.