



Dr. Augusto Pimazoni Netto

Coordenador dos Grupos de Educação e Controle do Diabetes do Hospital do Rim e Hipertensão da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP
Médico do Centro de Diabetes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Em janeiro de cada ano, a American Diabetes Association publica uma revisão dos padrões e recomendações para os cuidados médicos de pessoas com diabetes. Este nosso artigo resume os principais tópicos de terapia farmacológica abordados na publicação Standards of Medical Care in Diabetes – 2012.

Diabetes tipo 1 (DM1) - comentários e recomendações

- O estudo DCCT demonstrou claramente que a terapia insulínica intensiva (3 ou mais injeções ao dia, infusão contínua de insulina ou bomba de insulina) foi uma parte importante da melhora da glicemia e da obtenção de melhores resultados clínicos.
- Apesar de promover melhores desfechos microvasculares, a terapia intensiva com insulina esteve associada a uma alta taxa de hipoglicemia grave.
- Desde a época do estudo DCCT, várias insulinas de ação rápida e análogos de insulina de ação ultrarrápida foram desenvolvidas. O uso desses análogos esteve associado a uma menor frequência de hipoglicemia com manutenção da capacidade de redução da A1C no DM1.
- Portanto, a terapia recomendada para o DM1 consiste dos seguintes componentes: 1) múltiplas doses de insulina ou terapia de infusão contínua de insulina; 2) ajuste da dose de insulina de acordo com a ingestão de carboidratos, a glicemia pré-prandial e a intensidade da atividade prevista; 3) para muitos pacientes, especialmente se a hipoglicemia for um problema, recomenda-se o uso de análogos de insulina.

Diabetes tipo 2 (DM2) - comentários e recomendações

- À época do diagnóstico do DM2 deve-se iniciar o tratamento com metformina associada a intervenções no estilo de vida, exceto quando a metformina estiver contraindicada.

- No DM2 recém-diagnosticado aqueles pacientes bastante sintomáticos ou com elevação considerável da glicemia ou dos níveis de A1C, a terapia insulínica deve ser considerada desde o início do tratamento, associada ou não a outros agentes antidiabéticos.
- Caso a monoterapia não-insulínica em doses máximas toleradas não consiga atingir ou manter as metas de A1C em 3 a 6 meses, adicionar um segundo agente oral ou um agonista de receptor de GLP1 ou insulina.
- Sempre que as metas de A1C não forem atingidas a intensificação do tratamento está justificada com a adição de outro agente com um mecanismo de ação distinto do tratamento atual.
- Dados de literatura sugerem que, no geral, cada nova classe de agentes não-insulínicos adicionada à terapia inicial promove uma redução de 0,9% a 1,1% nos níveis de A1C.
- A American Diabetes Association (ADA) e a European Association for the Study of Diabetes (EASD) estão desenvolvendo novas diretrizes para a individualização do uso de classes de medicamentos e tipos de combinações em pacientes com DM2.
- Essas novas diretrizes, que deverão ser publicadas no início de 2012, terão características menos prescritivas do que os algoritmos anteriores e deverão abordar as diversas opções terapêuticas em termos de suas vantagens e desvantagens e, também, de considerações sobre o seu uso adequado.

- Cirurgia bariátrica – comentários e recomendações

- A cirurgia bariátrica deve ser considerada para adultos com IMC > 35 kg/m² e diabetes tipo 2, especialmente se o diabetes e as comorbidades associadas forem de difícil controle através da terapia farmacológica e de estilo de vida.
- Pacientes com DM2 submetidos à cirurgia bariátrica necessitam suporte de estilo de vida e supervisão médica durante toda a vida.
- Embora alguns estudos tenham demonstrados benefícios glicêmicos da cirurgia bariátrica em pacientes com DM2 e IMC entre 30 a 35 kg/m², não há no momento evidência suficiente para uma recomendação genérica deste tipo de cirurgia em pacientes com IMC < 35 mg/m², exceto em condições experimentais de estudo clínico.

ATENÇÃO

Vários outros tópicos relacionados às recomendações de cuidados para pessoas com diabetes estão incluídos na versão original do Standards of Medical Care in Diabetes – 2012. Por uma questão de limitação de espaço, não temos como abordar todo o conteúdo desse documento. Os interessados em maiores detalhes poderão acessar diretamente o documento original através do link:

http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11.full.pdf+html

Dr. Augusto Pimazoni Netto

Coordenador dos Grupos de Educação e Controle do Diabetes do

Hospital do Rim e Hipertensão da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Médico do Centro de Diabetes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Fonte: American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2012. Diabetes Care 35 (Suppl 1):S11-S63, 2012.

{backbutton}