

RECOMENDAÇÕES DA AMERICAN DIABETES ASSOCIATION DE 2008 – O QUE HÁ DE NOVO (OU NÃO)?

American Diabetes Association. Executive Summary: Standards of Medical Care in Diabetes - 2008. Diabetes Care 2008 Jan; 31 Suppl 1: S5-S11. Disponível em: URL: http://care.diabetesjournals.org/content/vol31/Supplement_1/ [acedido em 20/03/2008].

A American Diabetes Association (ADA) publicou, no início de 2008, novas recomendações sobre o trata-

mento da diabetes. Neste Clube de Leitura salientamos o que há de novo em relação às recomendações de 2006.

Diagnóstico e Rastreio

No que se refere aos critérios diagnósticos e ao teste indicado para o seu rastreio, não existem alterações e mantem-se como primeira abordagem o doseamento da glicemia em jejum, não havendo indicação para se utilizar a HbA_{1c} com esta finalidade.

Prevenção

As recomendações para se efectuar o rastreio da diabetes ou pré-diabetes mantêm-se inalteradas, devendo ser feito a todos os indivíduos com IMC > 25 Kg/m² e com um ou mais factores de risco para diabetes. Na sua ausência, deve iniciar-se aos 45 anos e, caso não haja alteração dos resultados da glicemia, deverá repetir-se de 3 em 3 anos.

As duas entidades que se consideram Pré-Diabetes (glicemia jejum alterada e tolerância diminuída à glucose) constituem um factor de risco para a Diabetes e doenças cardiovasculares, tendo nas recomendações de 2008 passado a haver indicação para se proceder ao rastreio anual da glicemia.

Se em 2006 se consideravam como únicas medidas a implementar na prevenção da evolução para Diabetes a alteração do estilo de vida com perda de peso (5-10% peso) e o aumento da actividade física, não havendo por norma indicação para o uso de terapêutica farmacológica, na revisão efectuada em 2008 passou a considerar-se o uso de metformina nos doentes de muito alto risco, ou seja, nos que apresentam tolerância diminuída à glucose ou glicemia jejum anormal e outros factores de risco, assim como nos doentes obesos com menos de 60 anos.

Vigilância

Na vigilância da Diabetes, o ensino do auto-controlo deve fazer parte integrante dos cuidados a prestar, sendo fundamental para a avaliação do controlo glicémico a auto vigilância da glicemia capilar e o doseamento da HbA_{1c}. A frequência do doseamento da glicemia capilar depende do esquema terapêutico instituído e do controlo glicémico atingido, devendo a determinação da HbA_{1c} ser efectuada pelo menos 2 vezes por ano se os objectivos terapêuticos forem atingidos, e trimestralmente se tiver havido alteração da terapêutica ou ainda se não se tiver conseguido atingir o valor desejado.

No que se refere ao valor da HbA_{1c}, mantêm-se os 7% para a maioria dos doentes; em alguns doentes seleccionados pode tentar-se atingir o valor próximo do normal (6%) desde que isso se consiga sem haver grande número de hipoglicemias. No caso dos doentes com história de hipoglicemias graves, crianças, esperança média de vida curta e diabetes de longa duração com complicações micro vasculares mínimas ou estáveis, pode ser-se menos restritivo nos objectivos a atingir.

Alimentação e Exercício físico

Devido aos efeitos da obesidade e do excesso de peso na resistência à insulina, a perda de peso é um importante objectivo terapêutico nestes doentes, sendo fundamental não só a terapêutica alimentar adequada, mas também a prática regular de exercício físico.

O regime alimentar a instituir deve ser individualizado, tendo em atenção o estado metabólico do doente (perfil lipídico e função renal) e o peso a atingir.

Todo o doente com Diabetes deve ser encorajado a praticar pelo menos 150 minutos por semana de activi-

dade física aeróbica de intensidade moderada. As recomendações de 2006 aconselhavam a rastrear os doentes com múltiplos factores de risco para a existência de doença coronária. Contudo, uma vez que o rastreio destes doentes é muito controverso, as recentes recomendações não o recomendam por rotina nos doentes assintomáticos. Deve-se contudo estar atento às situações que possam contra-indicar certo tipo de exercícios, tais como HTA não controlada, neuropatia do sistema nervoso autónomo grave, neuropatia periférica grave, lesões nos pés e retinopatia grave.

Terapêutica

Apesar de não terem ainda sido publicadas alterações ao algoritmo terapêutico da Diabetes tipo 2, as recomendações de 2008 chamam a atenção para a necessidade de ter precaução na utilização das glitazonas devido à existência de publicações posteriores a esta recomendação que alertam para o risco de enfarte do miocárdio com a rosiglitazona, e para o de insuficiência cardíaca congestiva com a pioglitazona e rosiglitazona, chegando mesmo a contra-indicar a sua utilização nesta entidade.

Prevenção e tratamento das complicações da Diabetes

DOENÇA CARDIOVASCULAR

A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morbidade e mortalidade nos indivíduos com diabetes e a principal causa de custos directos e indirectos. Numerosos estudos têm demonstrado a eficácia do controlo dos factores de risco na prevenção da DCV.

- *Cessação tabágica e terapêutica anti-agregante plaquetária*
Mantêm-se as indicações preconizadas nas recomendações de 2006

- *HTA*

Não há alterações no que se refere aos objectivos terapêuticos (tensão arterial sistólica < 130 mm Hg e diastólica < 80 mm Hg) e ao tipo de fármacos a utilizar (desde que não haja contra-indicação, deve ser sempre utilizado IECA ou ARA e é frequentemente necessário utilizar dois ou mais fármacos)

- *Dislipidemia*

Mantêm-se as indicações referentes aos níveis colesterol LDL a atingir (LDL < 100 mg/dl e < 70 mg/dl nos doentes sem ou com DCV, respectivamente) e ao tipo de fármacos indicados (estatinas), mas já no que se refere à população alvo há uma alteração: enquanto nas recomendações de 2006 se aconselha a prescrição de uma estatina a todos os doentes com mais de 40 anos independentemente do nível de base de LDL colesterol, nas de 2008 recomenda-se a sua utilização nestes doentes se houver um ou mais factores de risco. Na restante população alvo as indicações são sobreponíveis.

- *Doença coronária*

Nos doentes assintomáticos devem avaliar-se os factores de risco e fazer a estratificação do risco cardiovascular.

Se nos doentes com DCV as recomendações são semelhantes, preconizando-se o uso de IECA, aspirina e estatinas para reduzir o risco cardiovascular, já nos doentes sem DCV conhecida houve uma alteração nas recomendações de 2008 quanto à instituição da terapêutica profilática. Assim, a indicação para fazer IECA, aspirina e estatinas passou dos 55 para os 40 anos quando existir um outro factor de risco cardiovascular.

Em ambas as recomendações é aconselhada a realização de provas de esforço se houver sintomas típicos ou atípicos de dor pré-cordial ou

alterações no ECG de repouso. No que se refere ao rastreio dos doentes assintomáticos, as recomendações de 2008, ao contrário das de 2006, não o preconizam. A sua realização é controversa, especialmente porque, com a terapêutica médica intensiva indicada nos doentes diabéticos de alto risco para DCV, se parece obter o mesmo efeito da terapêutica invasiva com revascularização.

Retinopatia/Nefropatia/ /Neuropatia/ Pé diabético

Mantêm-se as recomendações referentes ao rastreio, prevenção e terapêutica destas situações.

Com esta revisão pretendeu fazer-se uma leitura comparada entre as duas últimas recomendações. Não há alterações muito significativas e, na prática clínica, algumas já estavam a ser preconizadas, tais como a utilização de metformina nos doentes de muito alto risco e a utilização de IECA, aspirina e estatinas nos doentes com mais de 40 anos e factores de risco cardiovascular. A reter, o facto de não haver actualmente indicação para rastreio de doença coronária em doentes com factores de risco cardiovascular uma vez que este rastreio implicava muitas vezes uma abordagem diagnóstica e terapêutica não isenta de riscos em doentes com resultados falsamente positivos.

Lúisa Rocha
USF Cova da Piedade
CS Almada