

01

TRATAMENTO

PRINCÍPIOS GERAIS E OBJETIVOS

O tratamento do Diabetes Mellitus (DM) inclui educação do paciente, modificações do estilo de vida (suspensão do fumo, realização de atividade física e reorganização dos hábitos alimentares) e uso de medicamentos.

Depois do início ou do ajuste do tratamento, o paciente sempre deve ser reavaliado, sendo seu tratamento ajustado até que se obtenham as metas propostas pelas várias sociedades nacionais e internacionais que estudam a

doença. Há discrepâncias entre as metas propostas por diferentes sociedades.

Em geral, devem-se individualizar as metas, preferindo controle glicêmico mais rigoroso para pacientes mais jovens, sem comorbidades, com diagnóstico recente de diabetes, e controle glicêmico mais frouxo para pacientes mais idosos, com comorbidades (insuficiência renal, coronariopatia), com longa duração do diabetes e com maior risco de hipoglicemia.

METAS NO TRATAMENTO DO DIABETES – SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD)

PARÂMETROS	METAS DESEJÁVEIS	METAS TOLERÁVEIS
GLICEMIAS DE JEJUM E PRÉ-PRANDIAIS	<110mg/dL	<130mg/dL
GLICEMIA PÓS-PRANDIAL	<160mg/dL	<180mg/dL
A1C	<7% na maioria dos adultos	7,5 a 8,5% (lactentes, pré-escolares) <8% (escolares) <7,5% (adolescentes) <8% em idosos <6% na gravidez

**METAS NO TRATAMENTO DO DIABETES -
AMERICAN DIABETES ASSOCIATION**

PARÂMETROS	METAS
GLICEMIAS DE JEJUM E PRÉ-PRANDIAL	80 a 130mg/dL
GLICEMIA NO PICO PÓS-PRANDIAL	<180mg/dL
A1C	<7% (individualizar)

Lembramos que o tratamento do diabetes sempre deve ser multidisciplinar e multiprofissional, buscando também o controle pressórico e lipídico e, eventualmente, a antiagregação plaquetária, para prevenção de doenças cardiovasculares e renais e demais complicações.

METAS DE CONTROLE PRESSÓRICO NO DIABETES (SBD, 2015)

Adultos com menos de 60 anos	PA <140x90mmHg
Adultos com 60 anos ou mais	PA <150x90mmHg
Pacientes mais jovens, com maior expectativa de vida, maior risco de acidente vascular cerebral ou evidência de lesão renal (se puderem ser obtidos sem eventos adversos ou risco para o paciente)	PA <130x80mmHg

O guideline da American Heart Association de 2013 considera todo portador de diabetes acima de 40 anos como sendo pelo menos de moderado risco para doença cardiovascular aterosclerótica e sugere que deve ser tratado com estatina para redução do colesterol LDL em pelo menos 30% do valor inicial. Também reforça que as estatinas de escolha sejam atorvastatina, rosuvastatina ou pitavastatina pelo efeito pleiotrópico que exercem.

A posição da SBD após essa publicação resume-se na Tabela a seguir:

TRATAMENTO DA DISLIPIDEMIA NO DIABETES (SBD, 2015)

Diabéticos com doença cardiovascular prévia devem ser tratados com estatina. A meta deve ser uma redução do colesterol LDL em pelo menos 50% do basal, sendo recomendado tratamento intensivo com estatinas.	Grau de evidência A
Diabéticos com idade acima de 40 anos e sem doença cardiovascular, mas com 1 ou mais fatores de risco (história familiar de doença arterial coronariana precoce, hipertensão, tabagismo, retinopatia ou albuminúria), devem fazer tratamento moderado com estatinas. A meta é a uma redução do colesterol LDL em pelo menos 30% do basal.	Grau de evidência C

02

MEDICAMENTOS HIPOGLICEMIANTES

INÍCIO E AJUSTE DO TRATAMENTO DO DM TIPO 2

As diretrizes de 2015 da SBD estabelecem que, no momento do diagnóstico do DM2, já se deve iniciar medicação hipoglicemiante, juntamente com mudanças do estilo de vida, em todos os pacientes. A escolha da melhor medicação vai depender do nível de glicemia e das características do paciente.

A metformina, associada às mudanças de estilo de vida, será a 1ª opção na maioria dos pacientes com DM2, mesmo naqueles com peso normal. Em pacientes com glicemia mais elevada (200 a 300mg/dL), assintomáticos, já

se deve iniciar o tratamento usando a associação de metformina com uma 2ª droga, objetivando a obtenção mais rápida das metas de tratamento. Nos pacientes com glicemia ainda mais alta (>300mg/dL), ou com sintomas, perda de peso, cetoacidose ou intercorrências graves, a insulina é a melhor opção inicial.

Sempre que é iniciada (ou ajustada) a terapêutica, o paciente deve ser reavaliado num prazo de 1 a 3 meses, e novos ajustes devem ser feitos caso as metas ainda não tenham sido atingidas.

NÍVEIS DE GLICEMIA	CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE	TRATAMENTO INICIAL
<200mg/dL	Assintomático, sem doenças agudas concomitantes	MEV + metformina
200 a 300mg/dL	Ausência de sintomas graves ou significantes ou cetonúria	MEV + metformina + 2ª droga oral
>300mg/dL	Perda de peso significativa; ou sintomas graves e significantes; ou presença de cetonúria	Insulinoterapia com ou sem metformina + MEV
>300mg/dL	Cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar; ou intercorrência grave concomitante	Hospitalização

MEV: Mudanças do Estilo de Vida.

NA ESCOLHA DA 2ª DROGA, DEVEM-SE CONSIDERAR O PERFIL DO PACIENTE E SEUS NÍVEIS GLICÊMICOS (TABELA A SEGUIR):

INICIAR COM MONOTERAPIA, A MENOS QUE:

A1C \geq 9%: considerar terapia dupla;

A1C \geq 10%, glicemia \geq 300mg/dL ou paciente com sintomatologia significativa: considerar terapia injetável combinada.

MONOTERAPIA* COM METFORMINA

EFICÁCIA	Alta
RISCO DE HIPOGLICEMIA	Baixo
INFLUÊNCIA NO PESO CORPORAL	Neutra/perda
EFEITOS COLATERAIS	Gastrintestinais, acidose láctica
CUSTO	Baixo

Observação: se a A1c não atingir os parâmetros alvo com 3 meses de monoterapia, proceder com combinação de 2 fármacos (a ordem não expressa nenhuma preferência específica – a escolha do fármaco depende de uma variedade de fatores relacionados ao paciente e à doença).

TERAPIA DUPLA* COM METFORMINA+

	SULFONILUREIA	GLITAZONA	INIBIDOR DE DPP-IV	INIBIDOR DE SGLT2	AGONISTA DE RECEPTOR GLP-1	INSULINA (BASAL)
EFICÁCIA	Alta	Alta	Intermediária	Intermediária	Intermediário	Altíssima
RISCO DE HIPOGLICEMIA	Moderado	Baixo	Baixo	Baixo	Baixo	Alto
INFLUÊNCIA NO PESO CORPORAL	Ganho	Ganho	Neutro	Perda	Perda	Ganho
EFEITOS COLATERAIS	Hipoglicemia	Edema, insuficiência cardíaca, fraturas	Raro	Geniturinário, desidratação, fraturas	Gastrintestinais	Hipoglicemia
CUSTO	Baixo	Baixo	Alto	Alto	Alto	Alto

Observação: se a A1c não atingir os parâmetros alvo com 3 meses de terapia dupla, proceder com combinação de 3 fármacos (a ordem não expressa nenhuma preferência específica – a escolha do fármaco depende de uma variedade de fatores relacionados ao paciente e à doença).

TERAPIA TRIPLA * COM METFORMINA+

SULFONILUREIA+	GLITAZONA+	INIBIDOR DE DPP-IV+	INIBIDOR DE SGLT2+	AGONISTA DE RECEPTOR GLP-1+	INSULINA (BASAL)+
Glicazona ou	Sulfonilureia ou	Sulfonilureia ou	Sulfonilureia ou	Sulfonilureia ou	Glicazona ou
Inibidor de DPP-IV ou	Inibidor de DPP-IV ou	Glicazona ou	Glicazona ou	Glicazona ou	Inibidor de DPP-IV ou
Inibidor de SGLT2 ou	Inibidor de SGLT2 ou	Inibidor de SGLT2 ou	Inibidor de DPP-IV ou	Inibidor de SGLT2 ou	Inibidor de SGLT2 ou
Agonista de receptor GLP-1 ou	Agonista de receptor GLP-1 ou	Insulina (basal)	Agonista de receptor GLP-1 ou	Insulina (basal)	Agonista de receptor GLP-1 ou
Insulina (basal)	Insulina (basal)		Insulina (basal)		

Observação: se a A1c não atingir os parâmetros alvo com 3 meses de terapia tripla:

- Em paciente em terapia combinada oral, substituir por insulina basal ou agonista de receptor GLP-1;
- Em paciente em terapia com agonista de receptor GLP-1, acrescentar insulina basal; ou
- Em paciente em terapia com insulina basal titulada, acrescentar agonista de receptor GLP-1 ou insulina de ação rápida.

Terapia com metformina deve ser mantida, enquanto outros fármacos orais podem ser retirados para evitar gastos e complicações desnecessárias no tratamento.

Mudança do estilo de vida

Fonte: http://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc_40_s1_final.pdf.

NO CASO DE O TRATAMENTO COM 2 MEDICAMENTOS NÃO TER ATINGIDO OS NÍVEIS DESEJADOS DE CONTROLE GLICÊMICO, PODE-SE OPTAR POR:

Adicionar um 3º agente oral da lista inicial, que tenha outro mecanismo de ação;

Adicionar insulina de ação basal ao deitar, mantendo-se 2 agentes orais;

Suspender os secretagogos orais e utilizar insulinoterapia intensiva, em várias doses diárias. Usualmente, esse tratamento causa aumento de peso. A manutenção do sensibilizador a insulina (metformina ou glitazona) é sempre interessante nos pacientes que passam a fazer uso de insulina.