



RECOMENDAÇÕES NACIONAIS PARA O TRATAMENTO DA HIPERGLICEMIA NA DIABETES TIPO 2 - IDEIAS-CHAVE

Autor: **Andreia Serrinha**

Local de Trabalho: **USF KosmUS - ACES Cascais**

Em Dezembro de 2018 foram publicadas, na Revista Portuguesa de Diabetes, as Recomendações Nacionais para o Tratamento da Hiperglicemia na DM2 com base em novos dados de eficácia e segurança das diferentes classes farmacológicas utilizadas no tratamento da hiperglicemia.

Segundo estas recomendações, o tratamento do doente diabético deve ter por base a **correção do estilo de vida**, ao longo de toda a evolução da doença, uma **terapêutica farmacológica individualizada**, após decisão partilhada, e a **educação terapêutica**. Os principais objetivos são prevenir e atrasar as complicações da doença e manter a qualidade de vida.

A **metformina** continua a constituir o fármaco de eleição para o tratamento inicial, exceto se contraindicada ou não tolerada. Os princípios para associação terapêutica preconizados nas anteriores recomendações mantêm-se; a principal novidade é a introdução de um algoritmo alternativo para os doentes com doença CV estabelecida, ou de elevado risco, ou com DRC prévia (estadio 3), em que as opções preferenciais incluem os fármacos com estudos que tenham demonstrado benefícios cardio-renais.

DM2 associada a:	IC ou DRC	DCI
Monoterapia farmacológica inicial	Metformina¹	
Terapêutica dupla	iSGLT2² preferenciais	arGLP-1³ preferenciais
	iSGLT2 ou arGLP-1 ↓	
	iDPP4 (Segurança CV e sem risco de IC. Evitar saxagliptina. Podem ser usados com TFG ↓, com respetiva ↓ da dose. Linagliptina não necessita de ajuste de dose.) ↓	
Terapêutica tripla	Pioglitazona (Preferencialmente na presença de DVC. Contraindicada na IC. Desaconselhada na DRC, pela retenção de líquidos.) ↓	
	Agentes hipoglicemiantes: Insulina basal (análogos lentos) ou SU (gliclazida) (Segurança CV. Na DRC: ↑risco de hipoglicemia com SU, ++ com a glibenclamida, que deve ser evitada; necessidade de titular doses de insulina.)	

Bibliografia:

Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2 – Atualização 2018/19 com Base na Posição Conjunta ADA/EASD; Revista Portuguesa de Diabetes. 2018; 13 (4): 154-180

Legenda:

- 1 Neutra em termos de risco de IC. Deve ser evitada na IC descompensada. Se TFGe entre 30 e 45mL/min: reduzir a dose. Se TFGe < 30mL/min: SUSPENDER o fármaco.
- 2 Demonstraram benefícios cardio-renais na população com DM2 e elevado risco CV ou DCA, nomeadamente na taxa de hospitalizações por IC, na mortalidade CV e na progressão de DRC estabelecida. Eficácia diminui para TFG < 45mL/min.
- 3 Demonstraram segurança CV e benefícios cardio-renais, com ↓ de eventos CV ou da mortalidade em doentes com DCA ou elevado risco CV.

Quando os objetivos terapêuticos não são atingidos, apesar da otimização do tratamento com vários agentes, deve considerar-se a utilização de uma **insulina basal**. Nas situações em que esta se revela insuficiente, as recomendações anteriores preconizavam a intensificação da insulino terapia (com insulina prandial ou insulinas pré-misturadas). No entanto, nos últimos anos, vários estudos mostraram que a **associação de um arGLP-1 à insulina basal** tem uma eficácia semelhante ou ligeiramente superior à da intensificação da insulino terapia, com as vantagens do menor risco de hipoglicemia e efeito benéfico no peso. Ambas as estratégias são legítimas, mas a associação de um arGLP-1 pode ser mais segura, pelo menos a curto prazo, e é mais atrativa para doentes obesos ou com dificuldade em aderir a esquemas mais complexos de insulino terapia. Quando há necessidade de recorrer a esquemas de insulino terapia intensiva poder-se-ão utilizar também os **iSGLT2** para melhorar o controlo glicémico e/ou diminuir as doses de insulina, sobretudo em pessoas obesas com elevados níveis de resistência à insulina.

Considerações relativamente à associação entre terapêutica oral e terapêuticas injetáveis

Metformina, iSGLT2	Manter
Tiazolidinedionas	Parar, ou reduzir a dose, se iniciar insulina (associação com alto risco de retenção de fluídos e ganho de peso)
iDPP4	Parar se for iniciado arGLP-1
Sulfonilureias	Parar ou reduzir a dose em 50% quando iniciar insulina basal. Considerar parar se for iniciada insulina prandial ou se sob regime <i>premix</i>

Face às especificidades inerentes ao tratamento da hiperglicemia nos doentes idosos e com excesso ponderal, estas recomendações incluem referências específicas para estas situações.

Bibliografia:

Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2 – Atualização 2018/19 com Base na Posição Conjunta ADA/EASD; Revista Portuguesa de Diabetes. 2018; 13 (4): 154-180

Idoso Frágil

Excesso Ponderal

Neste grupo etário há aspetos específicos a considerar:

esperança de vida encurtada, maior carga de multimorbilidades, doenças vasculares e função renal reduzida, incapacidades funcionais e disfunção cognitiva podem estar presentes.

Riscos de polimedicação e interações medicamentosas.

Maior probabilidade e risco de hipoglicemias.

Assim, o principal foco da escolha de um fármaco deve ser a sua segurança, privilegiando-se fármacos que minimizem os riscos de hipoglicemia.

- **Metformina** – 1ª opção, mas com atenção à função renal
- **iDDP4** – preferenciais, pois não induzem hipoglicemias e são bem tolerados (2ª opção)
- **iSGLT2** – risco dos efeitos secundários no idoso (desidratação, hipotensão ortostática) (outras opções)
- **arGLP-1** – risco dos efeitos secundários GE no idoso; terapêutica injetável (outras opções)

Opções menos favoráveis:

- **Sulfonilureias** – risco de hipoglicemias. Preferir a gliclazida ou a nateglinida
- **Pioglitazona** – risco de fraturas ósseas, IC e, eventualmente, cancro da bexiga (++) neste grupo etário)
- **Insulina** – risco de hipoglicemias. Preferir análogos lentos

- **A - Intervenção no estilo de vida**

- **B - Intervenção farmacológica:**

- **Metformina** – vantajosa pela neutralidade/benefício em termos de peso (1ª opção)
- **iGLT2 e arGLP-1** – devem ser considerados em associação à metformina quando não é atingido o objetivo, pela perda de peso e melhoria de outros fatores de risco CV (2ª opção)
- **iDDP4 e inibidores das alfa-glicosidades intestinais** têm perfil neutro no peso (outras opções)
- **Pioglitazona** – importante insulinosensibilizador, tem atuação benéfica no perfil lipídico da síndrome metabólica e pode diminuir a esteatose hepática. Contudo, apesar de mais eficazes nos doentes com IMC mais elevados, os ganhos ponderais associados tornam-na uma opção menos atrativa (outras opções)
- **SU/glinidas** e as **insulinas** induzem, habitualmente, aumento do peso (outras opções)

- **C – Intervenção cirúrgica:**

Na inexistência de contraindicação, o tratamento cirúrgico da diabetes (cirurgia metabólica) está recomendado:

- Em pessoas com DM2 e **IMC ≥ 40 kg/m²**, independentemente do grau de controlo metabólico
- Em pessoas com DM2 e **IMC entre 35 e 39,9 kg/m²**, se o **controlo metabólico** for inadequado

Na inexistência de contraindicação, a cirurgia metabólica pode ser considerada:

- Em pessoas com IMC entre 35 e 39,9 kg/m², apesar de DM2 com bom controlo metabólico
- Em pessoas com IMC entre 30 e 34,9 kg/m² e DM2 com controlo metabólico inadequado

Siglas e abreviaturas: SPD: sociedade portuguesa de diabetologia; ADA: American Diabetes Association; EASD: European Association for the Study of Diabetes; iSGLT2: inibidores do co-transportador tipo 2 de sódio e glicose; DM2: Diabetes Mellitus tipo 2; CV: cardiovascular; DCA: doença cardiovascular aterosclerótica; IC: insuficiência cardíaca; DRC: doença renal crónica; TFG: taxa de filtração glomerular; arGLP-1: agonistas dos receptores do GLP-1; DCI: doença cardiovascular isquémica; DVC: doença vascular cerebral; SU: sulfonilureias; IMC: índice de massa corporal

Bibliografia:

Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2 – Atualização 2018/19 com Base na Posição Conjunta ADA/EASD; Revista Portuguesa de Diabetes. 2018; 13 (4): 154-180