



RECOMENDAÇÕES 2006

Do Grupo de Estudo da Diabetes da APMCG na diabetes tipo 2 para a Prática Clínica Diária em Cuidados de Saúde Primários

As recomendações baseiam-se na evidência científica actual e em consenso de grupo. Servem de apoio à prática clínica, como orientação à actuação do MF perante a pessoa com diabetes. Devem ser adaptadas a cada pessoa.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DIABETES MELLITUS (OMS)

- Glicemia em jejum¹ ≥ 126 mg/dl (≥ 7.0 mmol/l)
ou
- Sintomas clássicos² + Glicemia ocasional³ ≥ 200 mg/dl (≥ 11.1 mmol/l)
ou
- Glicemia às 2h ≥ 200 mg/dl (≥ 11.1 mmol/l) numa prova de sobrecarga⁴

- Jejum ≥ 8 h
- Polifagia, polidipsia, poliúria, perda de peso
- Determinada em qualquer altura do dia independentemente da hora da última refeição
- Prova com 75g de glucose diluída em 2dl de água (OMS)

O diagnóstico não deve ser baseado apenas numa determinação isolada na pessoa assintomática

Grupos de risco acrescido de Diabetes:

- Anomalia da Glicemia de jejum (AGJ)*
Glicemia > 110 mg/dl (> 6.1 mmol/l) < 126 mg/dl (< 7.0 mmol/l).
- Tolerância diminuída à glucose (TDG)*
Glicemia > 140 mg/dl (> 7.8 mmol/l) < 200 mg/dl (< 11.1 mmol/l) após 75g de glucose.

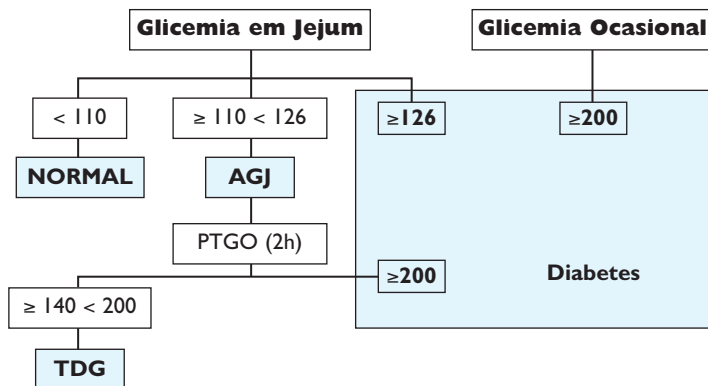
*Os estadios AGJ e TDG podem coexistir.

3. Diabetes Gestacional (DG)

Entre as 24 e as 28 semanas, rastreio com 50g de glucose em 2dl de água. Se glicemia > 140 mg/dl, fazer PTGO com 100g de glucose em 4dl de água. Faz-se diagnóstico de DG se 2 ou mais valores forem superiores aos do quadro.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DE DG	
Hora	Glicemia Plasmática
0	≥ 95 mg/dl ($\geq 5,3$ mmol/L)
1	≥ 180 mg/dl ($\geq 10,0$ mmol/L)
2	≥ 155 mg/dl ($\geq 8,6$ mmol/L)
3	≥ 140 mg/dl ($\geq 7,8$ mmol/L)

Circ. normativa 8/DGCG de 4-11-1998 DGSaúde



INDICAÇÃO DE RASTREIO OPORTUNISTICO (OMS)
População de Risco Acrescido
<ul style="list-style-type: none">História FamiliarIdade > 45 anosD. Cardiovascular prévia (HTA, dislipidemia)Obesidade (IMC > 30)<ul style="list-style-type: none">Perimetro abdominal (risco elevado) F > 88 cm / M > 102 cmIndivíduos com AGJ e/ou TDGHistória Obstétrica de risco (ex. macrosomia)Infecções recorrentes

Adaptado de ADA 2005

Objectivos do tratamento

O tratamento dos doentes diabéticos deve incluir um esforço vigoroso para reduzir os níveis de glicemia para tão próximo do normal quanto possível e simultaneamente prevenir as hipoglicemias, controlar a TA e baixar os níveis de LDL-c.

Dados	Objectivos	Grau de Evidência
Glic jj	80-110mg/dl (4,4-6,1mmol/l)	A
Glicpp	100-140mg/dl (5,6-7,8mmol/l)	E
HbA1c	<7%	B
TA	<130/80mmHg	A
Coolest.T	<200mg/dl (<5,2mmol/l)	A
HDL-Coolest	>50mg/dl (>1.0mmol/l)	C
LDL-Coolest	<100mg/dl (<2,6mmol/l)	A
TG	<150mg/dl (<1,7mmol/l)	C
IMC	<25	C
Perimetro Abdominal	Masc. <94cm/ Fem.<80cm	C

Adaptado de ADA 2005

MAIS QUE O VALOR ALTERADO DE UM PARÂMETRO INTERESSA TRATAR O PERFIL DE RISCO DE UM DIABÉTICO INDEPENDENTEMENTE DO VALOR BASE DO MESMO.

Law MR, Wald NJ, BMJ VOL XII n°2 Fevereiro 2003, 82-83

Com base na evidência científica*

- A diminuição de 1% nos valores de HbA1c determina uma redução de **35%** na incidência das complicações microvasculares (UKPDS).
- A redução da TA em **10mmHg** determina uma redução superior a 30% na incidência das complicações micro e macrovasculares (UKPDS).
- Controlo do colesterol: recomenda-se como prevenção secundária nos diabéticos mesmo com **LDL-c ≤100 mg/dl** para reduzir a morbidade cardiovascular (HPS).
- A antiagregação com AAS (75-100mg) está indicada quando o risco de DCV for elevado, **se não houver** contra-indicações para esta terapêutica e TA<145/90mmHg (NICE, 2004)

*IDF guidelines 2005

Tratamento da diabetes tipo 2

Modificações do estilo de vida (recomendação A)

- Hábitos alimentares saudáveis
- Exercício físico
- Reduzir a ingestão de álcool
- Abstinência tabágica

Tratamento oral Tratamento insulínico

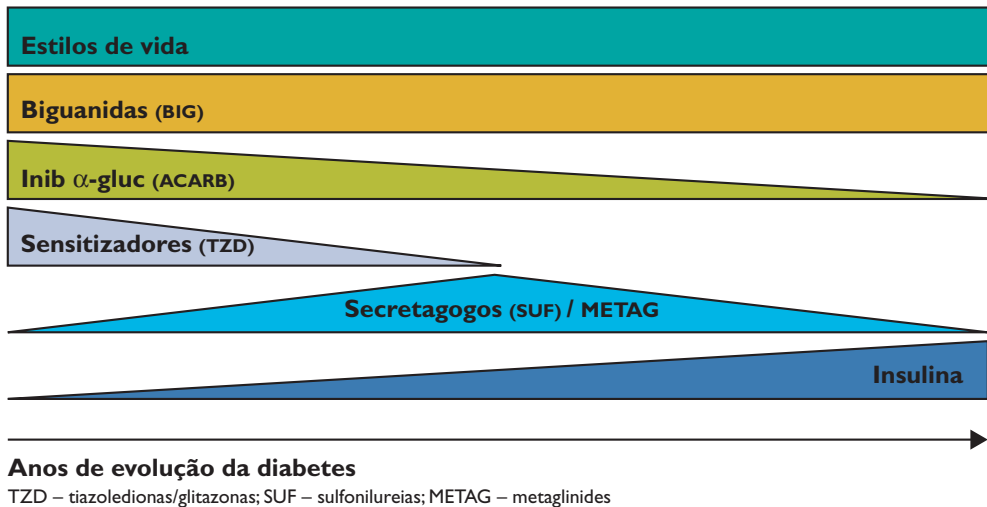
Autocontrolo Glicemia Capilar (ACGC) na D2 não insulino-tratados

Todos eles devem ser ensinados como fazer o ACGC e este deve estar associado à educação terapêutica (Recomendação A)

Frequência de monitorização deve ser individualizada segundo o controlo glicémico, mas para a maioria dos diabéticos tipo 2 não insulino-tratados deve ser 7x/semana (Recomendação C)

Canadian Diabetes Association, 2003

Intervenções terapêuticas na diabetes tipo 2



Cada pessoa com diabetes é um caso, nos diferentes momentos da evolução da sua diabetes!...

Tratamento oral da diabetes tipo 2*

O tratamento oral deve iniciar-se quando persistem glicemias elevadas mais de 4/6 semanas apesar das intervenções no estilo de vida, que devem ser mantidas.

- A introdução farmacológica deve ser iniciada em dose baixa e aumentada progressivamente.
- Nos diabéticos obesos, a droga de 1ª escolha é a metformina (UKPDS).
- Nos diabéticos com IMC ≥ 25 recomenda-se iniciar terapêutica com BIG e naqueles com IMC < 25 recomenda-se uma SUF.
- Nos diabéticos insulino-sensíveis com hiperglicemias pós-prandiais, as METAG ou a ACARB podem ser úteis em associação com a metformina como alternativa às SUF.
- Nos diabéticos insulino-resistentes, as TZD podem ser úteis em associação com a metformina.
- Preferir as associações em relação à dose máxima dos fármacos isolados.

Atenção aos efeitos acessórios, interações medicamentosas e clearance da creatinina (p. ex. nos idosos).

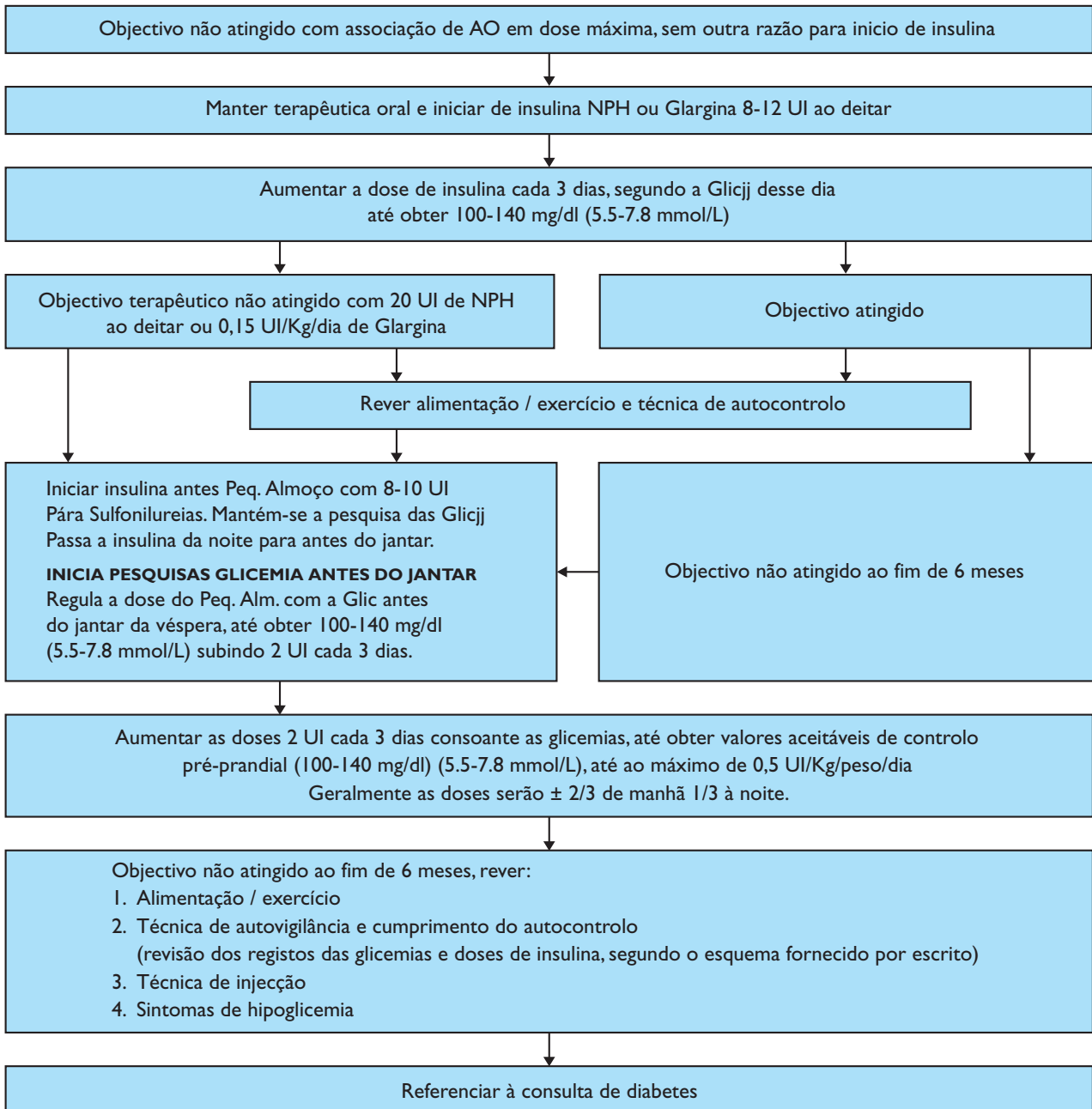
*Global Guidelines for Type 2 Diabetes – Int Diabetes Federation, 2005

Insulinoterapia Transitória
1. Infecção grave (ex: TP)
2. E.M agudo (DIGAMI)
3. Gravidez
4. Grande Cirurgia
5. Pé Diabético complicado neuropatia hiperestésica e/ou úlcera

Início do Tratamento com Insulina na Diabetes tipo 2

Recomenda-se o início de insulino terapia se HbA1c > 8% ao fim 6-12 meses de terapêutica otimizada.

A insulino terapia exige o ensino anterior e reavaliação da técnica de autovigilância pela glicemia capilar, assim como do reconhecimento e prevenção da hipoglicemia.



Exemplo de Prescrição de Autocontrolo:

- A dose de insulina da manhã regula com a Glic do jantar do dia anterior
 - A dose da insulina antes do jantar regula com o valor da glicemia do acordar desse dia:
 - Se menos de 100 mg/dl desce no mesmo dia 2 UI
 - Se entre 100-140 mg/dl dá a mesma dose
 - Se mais de 140/dl aumenta 2 UI ao 3º dia
 - começa com _____ UI não dá mais de _____ UI*
não dá menos de _____ UI*
- (0,15 a 1UI/kg/peso/dia – sendo habitual 2/3 de manhã e 1/3 à noite)

Relação da Hemoglobina Glicosilada A1c com os valores médios da glicemia

HbA1c	Glicémia média	
	mg/dl	mmol/L
6	135	7,5
7	170	9,5
8	205	11,5
9	240	13,5
10	275	15,5
11	310	17,5
12	345	19,5

Adaptado de: Diabetes Care vol.26 supl.1 Jan2003 S108

Vigilância periódica

	Actividade	Sem complicações	Com complicações
Risco Cardiovascular	Medir T.A.	Trimestral	Periodicidade a ser estabelecida consoante o perfil de risco individual no momento
	Lípidos	Anual	
	Hábitos tabágicos	Trimestral	
	E.C.G.	Anual	
Controlo Metabólico	HbA1C	Trimestral	Trimestral
	Glic. plasmática jj	Anual	Anual
	Autovigilância e Autocontrolo	Avaliar em todas as consultas	Avaliar em todas as consultas
	Peso	Trimestral	Trimestral
Olhos	Obs. fundo olho	Anual	Referenciação
Pé	Avaliação	Anual	Referenciação
Neuropatia	Revisão sintomas	Trimestral	Todas as consultas
Nefropatia	Microalbuminúria / Proteinúria	Anual	Referenciação

Adaptado de Programa de Controlo da Diabetes Mellitus, DGSaúde, 1995