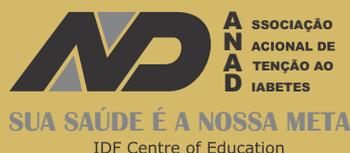




Diabetes Clínica News

Apoios:



Conselho de Secretários Municipais
de Saúde do Estado de São Paulo
"Dr. Sabastião de Moraes"
Fundado em Março de 1988



REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DIABETES E DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DE 18 À 22

ÍNDICE

MARÇO
2024

01 - NOVAS ATUALIZAÇÕES NAS
ORIENTAÇÕES DE EMERGÊNCIA
PARA HIPERGLICEMIA. DEFINIÇÃO
DKA 02

02 - FDA: NÃO USE SMARTWATCHES,
ANÉIS INTELIGENTES PARA MEDIR
A GLICEMIA 05

03 - A RESISTÊNCIA À INSULINA
NÃO AFETA A EFICÁCIA DA
FINERENONA NA REDUÇÃO DOS
RISCOS CARDIOVASCULAR E
RENALIS 06

04 – INSULINA E MEDICAMENTOS
ORAIS PARA DIABETES SÃO
IGUALMENTE EFICAZES PARA
DIABETES GESTACIONAL 07

05 – CIRURGIA DE BYPASS
GÁSTRICO MAIS EFICAZ PARA
CONTROLE DO DIABETES A LONGO
PRAZO 09

01 - NOVAS ATUALIZAÇÕES NAS ORIENTAÇÕES DE EMERGÊNCIA PARA HIPERGLICEMIA. DEFINIÇÃO DKA

09 de outubro de 2023

Medscape

Uma declaração conjunta da sociedade sobre emergências hiperglicêmicas em adultos com Diabetes retira a ênfase da glicemia dos critérios diagnósticos para cetoacidose diabética (CAD), juntamente com muitas outras atualizações em relação à última declaração sobre o assunto, publicada há 14 anos.

Com base em extensas revisões da literatura e observações das tendências atuais, o novo documento cobre o diagnóstico e o tratamento das duas emergências hiperglicêmicas agudas mais graves observadas em adultos, a CAD e a Síndrome hiperglicêmica hiperosmolar (SHH).

A novidade na versão de 2023 é uma forte ênfase nos riscos excessivos de morbidade e mortalidade associados à apresentação “híbrida” cada vez mais comum das duas condições juntas, agora observada em cerca de um terço dos casos.

O novo relatório também encoraja mais fortemente os médicos a investigarem por que a pessoa passou pela emergência. Embora o Diabetes e a infecção recentes sejam causas precipitantes reconhecidas para a CAD, a omissão de insulina relacionada com finanças, saúde mental e determinantes sociais deve ser identificada, e os pacientes devem ser encaminhados para recursos apropriados, disseram os especialistas.

“O desafio é que, embora estivéssemos

progredindo há muito tempo em termos dessas crises hiperglicêmicas, realmente estagnamos e ainda há pessoas sendo internadas em grande número, de forma mais global”, disse o Diretor Médico e Científico da *American Diabetes Association* (ADA), Robert A. Gabbay, MD, PhD.



O novo relatório de consenso será endossado conjuntamente pela ADA, pela EASD, pela *American Association of Clinical Endocrinology*, *Diabetes Technology Society*, *Joint British Diabetes Societies*



for Inpatient Care. A declaração de consenso anterior sobre o assunto foi publicado em 2009 apenas pela ADA.

A declaração revisa a definição de CAD, parcialmente estimulada pela crescente ocorrência e reconhecimento de cetoacidose euglicêmica decorrente do uso de inibidores do co-transportador de sódio-glicose 2 (SGLT2). Para todos os pacientes com crise hiperglicêmica, o ponto de corte de hiperglicemia é agora reduzido para 200 mg/dL (11,1 mmol/L) dos 250 mg/dL anteriores.

No entanto, o corte de glicose foi totalmente removido para pessoas com histórico de Diabetes.

Ambas as alterações reconhecem a ampla gama de níveis de glicose na presença de CAD. Aproximadamente 10% da CAD ocorre com euglicemia ou quase normoglicemia, observou o coautor Shivani Misra, MD, PhD, professor clínico sênior e consultor honorário em Medicina Metabólica no Imperial College, Londres,

Reino Unido.



Para avaliar a cetose na CAD, a nova declaração recomenda fortemente o uso de beta-hidroxibutirato – seja por meio de teste no local de atendimento ou nível sérico medido em laboratório – com um ponto de corte baixo de $\geq 3,0$ mmol/L.

Alternativamente, um valor de tira de cetona na urina de 2+ ou superior pode ser usado. No entanto, o teste de beta-hidroxibutirato está mais amplamente disponível agora do que em 2009 e é fortemente preferido à medição de cetona na urina porque é a cetona predominante durante a acidose. Além disso, o acetoacetato na urina – medido pelas tiras – aumenta paradoxalmente durante a resolução da CAD, e podem ocorrer interferências medicamentosas com a medição da cetona na urina, observou Misra.

A acidose metabólica é agora definida como um pH $< 7,3$ e/ou uma concentração de bicarbonato < 18 mmol/L, acima dos 15mmol/L definidos em algumas diretrizes anteriores, incluindo as do Reino Unido. Além disso, o *anion gap* foi removido da definição principal mas ainda pode ser usado em ambientes onde o teste de cetonas não está disponível.

Como anteriormente, a nova declaração classifica a CAD em leve, moderada e grave, mas agora, pela primeira vez, há recomendações de cuidados para cada um desses níveis, bem como para a SHH. Para SHH, o ponto de corte de glicose ≥ 600 mg/dL permanecerá o mesmo. Mas agora, a osmolalidade sérica efetiva foi reduzida de >320 para >300 mOsm/L para compensar o efeito da desidratação, juntamente com um critério alternativo de

osmolalidade sérica total > 320 mOsm/L.

As mesmas duas alterações da CAD para cetonas e acidose também foram incluídas para SHH.

Solicitado a comentar, Charles Alexander, MD, membro da audiência da sessão e consultor independente do setor de Diabetes, disse ao Medscape Medical News: "Gostei da proposta de eliminar o *anion gap* na tomada de decisões e de focar na medição de cetonas sanguíneas, principalmente beta-hidroxibutirato, no diagnóstico de CAD e no monitoramento do efeito do tratamento.»

“Se alguém estiver tomando um inibidor de SGLT2, não há necessidade de observar os níveis de glicemia, que podem ser normais ou quase normais no quadro de CAD”.

Mas Alexander acha que o consenso deveria ter eliminado totalmente os níveis de glicose como parte da definição de CAD/HHS, mesmo para pessoas sem Diabetes.

“O problema é que a educação médica durante muitos anos nos ensinou que a CAD é uma condição de glicemia elevada, mas pode não ser. É bom que eles tenham dito que os níveis de glicemia não eram importantes se o paciente tivesse histórico de Diabetes. No entanto, uma glicose de 200mg/dl pode não ser suficientemente baixa se alguém estiver tomando um inibidor do SGLT2.É necessário que haja um limiar muito mais baixo para medir as cetonas no sangue em qualquer pessoa com náuseas, vômitos e dores abdominais, independentemente do nível de glicemia.

Tal como a declaração de 2009, a nova

inclui fluxogramas de gestão detalhados para CAD e SHH, mas desta vez a cores. Esta nova declaração inclui algoritmos individuais para manejo com fluidos intravenosos, insulina e potássio. O bicarbonato foi removido e relegado a uma nota na parte inferior dizendo que só deve ser considerado se o pH for $< 7,0$.

No tratamento com fluidos, a nova declaração oferece mais informações sobre o uso de cristaloides para tratar a desidratação e uma recomendação para adicionar dextrose à fluidoterapia intravenosa como substrato quando a glicose cair abaixo de 250 mg/d, a fim de prevenir a hipoglicemia. Para CAD euglicêmica, a recomendação é incluir dextrose e solução salina normal simultaneamente.

E pela primeira vez, a insulina subcutânea em vez da intravenosa é considerada aceitável para CAD leve, mas não moderada ou grave.

Duas opções são sugeridas para insulina IV na SHH: o líquido pode ser administrado primeiro e adicionada infusão de insulina de taxa fixa em dose baixa, ou líquidos e insulina podem ser administrados ao mesmo tempo.

Os critérios para resolução da CAD são pH venoso $\geq 7,3$ ou bicarbonato > 18 mmol/L, cetonas $< 0,6$ mmol/L e glicose idealmente < 200 mg/dl (11,0 mmol/L). Para SHH, a resolução é sugerida quando a osmolalidade sérica medida ou calculada cai para < 300 mosm/kg, a glicemia é < 250 mg/dl (13,9 mmol/L), o débito urinário $> 0,5$ ml/kg/hora e o estado cognitivo melhora.

A declaração também fornece opções

detalhadas recomendadas para a transição da insulina intravenosa para a subcutânea, mas adia o julgamento clínico para decidir quando o paciente pode receber alta. O início ou continuação de inibidores do SGLT2 não é recomendado em nenhum momento durante a internação por crises hiperglicêmicas.

Além de listar possíveis complicações do tratamento de crises hiperglicêmicas, assim como fez o comunicado de 2009, o novo consenso oferece estratégias de mitigação para algumas das mais comuns.

Para prevenir a hipoglicemia, recomenda-se a monitorização frequente da glicemia juntamente com a adição de dextrose aos fluidos intravenosos quando a glicose cai abaixo de 250 mg/dL.

Para prevenção da hipocalemia, que ocorre em cerca de metade dos pacientes tratados para CAD e SHH, o comunicado recomenda monitorização do potássio a cada 4 horas e reposição adicionada aos líquidos.

A lesão renal aguda, que também ocorre em cerca de metade dos indivíduos tratados para CAD e/ou SHH, geralmente se resolve com hidratação. É aconselhável monitorização diária da função renal.

A prevenção da recorrência de readmissão por CAD e/ou SHH, que ocorre em até 22% dos pacientes nos EUA dentro de 30 dias, implica um acompanhamento rigoroso dentro de 2 a 4 semanas após a alta (inclusive via telemedicina) e avaliação de possíveis causas, incluindo transtornos de saúde mental e determinantes sociais da saúde.

Deve ser fornecida educação apropriada, incluindo educação estruturada envolvendo resolução de problemas, regras para dias de licença médica, técnicas de injeção, revisão das doses de insulina, consideração da monitorização contínua da glicose (CGM) e testes caseiros de cetonas.

Os pacientes devem receber um suprimento adequado de insulina e equipamentos duráveis para Diabetes, juntamente com informações de contato de profissionais de saúde que possam ajudá-los. Os profissionais do serviço social podem ser úteis para os pacientes que não têm acesso confiável.

Gabbay disse ao Medscape Medical News: "O que nos revela é que normalmente pensamos na CAD como a forma como as pessoas tendem a ser diagnosticadas com Diabetes e, sim, isso é verdade, mas isso é apenas uma minoria de pessoas. Isso pode ser evitável por triagem precoce, mas todas essas outras pessoas e o número de episódios recorrentes, essa é uma área onde realmente há uma falha do sistema, onde podemos fazer melhor para garantir que isso não aconteça".

A educação é apenas uma parte disso, enfatizou. "Não é apenas uma questão de inteligência. São fatores sociais, e pode haver problemas psicológicos complexos e problemas de saúde mental.

Precisamos rastrear essas coisas quando vemos alguém voltando pela segunda, terceira, quinta ou sexta vez. Nós todos nós já vimos isso. Apenas educá-los para tomar a insulina não é a resposta... Você tem que fazer as perguntas e envolvê-los para ir um pouco mais fundo." ■

02 - FDA: NÃO USE SMARTWATCHES,

ANÉIS INTELIGENTES PARA MEDIR A GLICEMIA

MedPage Today

22 de fevereiro de 2024

Os pacientes não devem usar smartwatches ou anéis inteligentes isoladamente para medir os níveis de glicose no sangue, alertou a FDA.



Dispositivos não invasivos que não dependem de picadas no dedo ou perfuram a pele não são autorizados, liberados ou aprovados para medir os níveis de açúcar no sangue, detalhou a agência em uma nova comunicação de segurança. Como resultado, estes dispositivos não testam diretamente os níveis de glicose no sangue e podem fornecer medições imprecisas.

"Para pessoas com Diabetes, medições imprecisas de glicemia podem levar a erros no controle do Diabetes, incluindo tomar doses erradas de insulina, sulfonilureias ou outros medicamentos que podem reduzir rapidamente a glicemia", afirmou a FDA. "Tomar muitos desses medicamentos pode levar rapidamente a níveis perigosamente baixos de glicose, levando à confusão mental, coma ou morte poucas horas após o erro".

O aviso se aplica a qualquer dispositivo que não perfure a pele, independentemente do fabricante ou marca. Esses dispositivos podem ser vendidos em mercados online ou diretamente do vendedor.

É importante ressaltar que o aviso não se aplica a aplicativos smartwatch que exibem a glicemia extraída de dispositivos compatíveis e autorizados que perfuram a pele, como dispositivos de monitorização

contínua de glicose.

Os prestadores de cuidados de saúde devem instruir os pacientes a confiar apenas em dispositivos autorizados pela FDA para controlar o Diabetes. Eles também devem discutir com seus pacientes os riscos do uso de dispositivos de medição de glicemia não autorizados.



A FDA disse que manterá o público informado se e quando novas informações estiverem disponíveis. Pessoas que tiveram problemas com medições imprecisas de glicemia ou que tiveram eventos adversos causados por smartwatches ou anéis inteligentes não autorizados devem relatar sua experiência à FDA. Formulário de Relatórios Voluntários MedWatch através do [MedWatch Voluntary Reporting Form](#). ■

03 - A RESISTÊNCIA À INSULINA NÃO AFETA A EFICÁCIA DA FINERENONA NA REDUÇÃO DOS RISCOS CARDIOVASCULAR E RENAIIS

07 de fevereiro de 2024

Healio

Principais Conclusões:

A finerenona está associada à redução do risco cardiovascular (CV) e ao retardo da progressão da doença renal crônica (DRC) em adultos com Diabetes tipo 2.

A eficácia do medicamento é semelhante para adultos com resistência à insulina e aqueles que são sensíveis à insulina. Adultos com Diabetes tipo 2 e doença renal crônica obtêm benefícios cardiovasculares e renais semelhantes da finerenona, independentemente do seu

nível de resistência à insulina, de acordo com resultados publicados no *Diabetes Care*.

Como Healio relatou anteriormente, a finerenona (Kerendia, Bayer), um antagonista não esteróide do receptor mineralocorticóide, foi associada a risco reduzido de eventos CV assim como retardo progressão da DRC para adultos com Diabetes tipo 2 e DRC em dois ensaios de fase 3. Numa análise post hoc desses ensaios, os investigadores afirmaram que a redução do risco observada para resultados CV e renais não foi afetada pela resistência à insulina basal, medida pela taxa estimada de eliminação de glicose (eGDR).

“A finerenona forneceu proteção cardiovascular e renal consistente em pacientes com DRC e Diabetes tipo 2, independentemente da resistência à insulina de base”, afirmou Thomas Ebert, MD, endocrinologista e cientista clínico do departamento médico III – endocrinologia, nefrologia e reumatologia do Centro Médico da Universidade

de Leipzig, Alemanha .

“No entanto, os

pacientes com

resistência à insulina

apresentavam maior risco de eventos

cardiovasculares em comparação com

aqueles sem resistência à insulina. Isto

está alinhado com estudos anteriores,

apoiando a hipótese de que a eGDR é um

importante preditor de DCV.”

Os pesquisadores coletaram dados dos ensaios de fase 3 FIDELIO-DKD e FIGARO-DKD. O FIDELIO-DKD examinou a insuficiência renal e a progressão da DRC em adultos com Diabetes tipo 2 e DRC, enquanto o FIGARO-DKD avaliou a mortalidade e morbidade CV entre adultos



com Diabetes tipo 2 e DRC. Ambos os ensaios randomizaram os participantes, 1:1, para receber finerenona oral uma vez ao dia em doses tituladas de 10 mg ou 20 mg, ou placebo correspondente. O desfecho CV foi composto por morte CV, infarto do miocárdio não fatal, acidente vascular cerebral não fatal ou hospitalização por insuficiência cardíaca. O resultado composto renal foi insuficiência renal, uma diminuição sustentada na taxa de filtração glomerular estimada de 57% ou mais durante pelo menos 4 semanas ou morte renal. Os pesquisadores mediram o eGDR para avaliar a resistência à insulina. Os adultos foram considerados com resistência à insulina se tivessem uma eGDR inferior à mediana da população do estudo de 4,1 mg/kg/min.

Aqueles com uma eGDR superior a 4,1 mg/kg/min foram considerados sensíveis à insulina. Foram incluídos 13.026 adultos na análise, dos quais 6.484 apresentavam resistência à insulina com uma eGDR inferior a 4,1 mg/kg/min. O seguimento médio foi de 3 anos.

No FIGARO-DKD, os adultos que receberam finerenona tiveram um risco menor de eventos cardiovasculares do que aqueles que receberam placebo (HR = 0,86; IC 95%, 0,78-0,95). No grupo de estudo completo, o aumento da eGDR desde o início até o acompanhamento foi associado a um menor risco para o desfecho CV composto, independentemente do grupo de tratamento (HR = 0,88; IC 95%, 0,86-0,91; P < 0,0001). Os adultos que eram resistentes à insulina tiveram uma taxa mais elevada de incidência de eventos cardiovasculares do que os adultos que não eram resistentes à insulina, tanto nos grupos de finerenona como de placebo. Não houve

diferença na redução do risco CV da finerenona com base na eGDR basal.

No FIDELIO-DKD, os adultos que receberam finerenona tiveram um risco menor de resultados renais em comparação com aqueles que receberam placebo (HR = 0,77; IC 95%, 0,67-0,88; P = 0,0002). O risco de resultados renais foi semelhante para adultos com resistência à insulina em comparação com aqueles sem resistência à insulina no grupo completo do estudo, independentemente do tratamento. A resistência à insulina de base não afetou o risco de eventos renais em adultos que receberam finerenona. A finerenona foi associada a uma redução na relação albumina/creatinina na urina e a uma desaceleração do declínio da TFGe, independentemente da resistência à insulina.

“Esta descoberta fornece apoio indireto ao crescente conjunto de evidências de que a resistência à insulina não está significativamente associada ao desenvolvimento de resultados relacionados com a DRC”, escreveram os investigadores. ■

04 – INSULINA E MEDICAMENTOS ORAIS PARA DIABETES SÃO IGUALMENTE EFICAZES PARA DIABETES GESTACIONAL

15 de fevereiro de 2024

MDedge

Uma combinação de anti-hiperglicêmicos orais foi tão eficaz quanto a insulina no controle do Diabetes gestacional, com base em dados de mais de 800 indivíduos.

Após o controle com dieta, tanto a insulina quanto os agentes orais, como a

metformina e a glibenclamida, são usados como tratamento de primeira linha para o Diabetes mellitus gestacional, disse Dooortje Rademaker, MD, do Centro Médico da Universidade de Amsterdã, na Holanda, em um estudo apresentado na *Pregnancy Meeting*.



Acredita-se que os agentes anti-hiperglicêmicos orais (OAA) sejam comparáveis à insulina na prevenção de bebês grandes para a idade gestacional (GIG) ao nascer e potencialmente mais convenientes para os pacientes, disse o Dr. Rademaker no *Pregnancy Meeting*, patrocinado pela *Society for Maternal-Fetal Medicine*.

"A monoterapia com metformina ou glibenclamida como tratamento de primeira linha para Diabetes gestacional (DMG) é frequentemente usada como alternativas amigáveis à insulina para o paciente. No entanto, os efeitos colaterais são uma preocupação e faltam dados sobre o uso sequencial e combinado de metformina e glibenclamida em comparação com a insulina", afirmou Rademaker.

No estudo conhecido como ensaio SUGAR-DIP, o Dr. Rademaker e colegas recrutaram 821 mulheres com mais de 18 anos com gestações únicas entre 16 e 34 semanas de gestação que apresentavam controle glicêmico insuficiente apenas com dieta.

O estudo foi realizado entre 2016 e 2022; 409 mulheres foram randomizadas para receber OAA e 412 para insulina. A idade média dos participantes foi de 33 anos e 58% eram brancas.

O grupo OAA recebeu inicialmente

metformina, com adição de até 15 mg/dia de glibenclamida em casos de controle glicêmico insuficiente. Aquelas que ainda apresentavam controle glicêmico insuficiente receberam insulina. O grupo insulina recebeu injeções de acordo com o padrão habitual de atendimento.

O desfecho primário foi GIG neonatal, definido como peso ao nascer acima do percentil 90. Os desfechos secundários incluíram a satisfação do paciente com base no Questionário de Satisfação com o Tratamento do Diabetes.

A população com intenção de tratar incluiu 406 mulheres no grupo OAA e 398 no grupo insulina. No geral, as taxas de GIG foram de 23,9% no grupo OAA versus 19,9% no grupo da insulina. A diferença de risco absoluto foi de 4%, com valores de P de 0,09 para não inferioridade e 0,17 para superioridade, disse Dr. Rademaker em sua apresentação.

Notavelmente, o tratamento com OAA levou a um menor ganho de peso materno, embora os efeitos colaterais tenham sido semelhantes entre os grupos, disse ela. Os neonatos no grupo OAA tiveram probabilidade significativamente maior de necessitar de terapia intravenosa com glicose (6,4% vs. 3,2%, $P = 0,04$). No entanto, o ganho de peso gestacional foi significativamente menor no grupo OAA do que no grupo insulina (média de 9,3 kg vs. 10,4 kg, $P = 0,03$).

As taxas de hipoglicemia materna foram maiores no grupo OAA (21% vs. 11%) e 20% das mulheres no grupo OAA necessitaram de terapia com insulina.

Eventos adversos graves foram semelhantes entre os grupos, mas mais efeitos colaterais foram relatados no

grupo OAA do que no grupo insulina (77,9% vs. 55,9%, $P < 0,001$). Os efeitos colaterais mais comuns relatados pelos pacientes no grupo OAA foram náuseas e diarreia (quase 40% para cada), enquanto dor de cabeça e fadiga foram os efeitos colaterais mais comuns no grupo da insulina.

Os participantes de ambos os grupos relataram altos níveis de satisfação com o tratamento, com pontuações médias de 5 em uma escala de 0 a 6, disse o Dr. Rademaker. No entanto, os dados apoiaram a hipótese dos investigadores de maior satisfação com a terapia oral. Os pacientes do grupo OAA eram mais propensos a recomendar o seu tratamento a outras pessoas do que os do grupo da insulina, com classificações de 5 vs. 4 numa escala de 0-6, e significativamente mais mulheres no grupo OAA disseram que estariam inclinadas para continuar o tratamento atual (5 vs. 4, $P < 0,001$ para ambos).

As limitações do estudo incluíram o design aberto. No entanto, os resultados apoiam o uso de tratamentos orais como uma alternativa não inferior à insulina na prevenção de GIG em mulheres com Diabetes gestacional, disse o Dr. Rademaker.

“O tratamento do Diabetes gestacional é importante para resultados ideais da gravidez”, disse Catherine Spong, MD, especialista em medicina materno-fetal do *Southwestern Medical Center* da Universidade do Texas, em Dallas, em uma entrevista.

Embora o *American College of Obstetrics and Gynecology* recomende a insulina como terapia de primeira linha para o



Diabetes gestacional, muitos indivíduos optam pelos OAAs pela facilidade de uma medicação oral em comparação com as injeções, disse ela.

Os autores do presente estudo avaliaram se os OAAs não eram inferiores à insulina isoladamente. “O tamanho dos agentes orais [anti-hiperglicêmicos] sugere que eles podem atravessar a placenta e resultar em hipoglicemia no feto”, disse ela. Embora a taxa geral de GIG no presente estudo pareça alta, a taxa de GIG geralmente aumenta no Diabetes, acrescentou ela.

Uma conclusão importante foi que, embora os indivíduos que usaram agentes orais fossem mais propensos a recomendar o tratamento e a continuar a terapia, 20% desses pacientes precisaram de terapia com insulina, disse o Dr. Spong.

Pesquisas adicionais são necessárias para explorar o efeito dos tratamentos para Diabetes gestacional no feto, disse o Dr. Spong em uma entrevista. As questões de investigação incluem se a hipoglicemia é mais comum em mulheres que receberam agentes orais, se os agentes atravessaram a placenta e os efeitos a longo prazo.

O estudo foi apoiado por uma bolsa da *Dutch Organization for Health Research and Development*. ■

05 – CIRURGIA DE BYPASS GÁSTRICO MAIS EFICAZ PARA CONTROLE DO DIABETES A LONGO PRAZO

13 de fevereiro de 2024

News Medical Life Science

Adultos que têm obesidade e Diabetes tipo 2 têm muito mais probabilidade do

Diabetes entrar e permanecer em remissão se forem submetidos a Cirurgia gastrobariátrica em vez da gastrectomia vertical, mesmo depois de recuperar peso, de acordo com um estudo publicado no *Journal of the American College of Surgeons* (JACS).

Algumas pessoas que se submetem à cirurgia para perda de peso recuperam uma quantidade significativa de peso alguns anos após o procedimento. Tipos específicos de cirurgia bariátrica incluem bypass gástrico, que contorna uma parte do intestino delgado, chamada duodeno, e um procedimento mais popular e minimamente invasivo chamado gastrectomia vertical, que funciona diminuindo o estômago, restringindo a quantidade de alimento que pode ser consumido.

Mostramos que em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, contornar o duodeno traz maior benefício para pacientes com Diabetes. Vimos que os pacientes que fizeram gastrectomia vertical e recidiva de peso tiveram uma chance muito maior do Diabetes retornar quando comparados aos seus homólogos de bypass gástrico, mesmo após o ajuste para todos os fatores do paciente com Diabetes”.

Omar M. Ghanem, MD, FACS, DABS, principal autor do estudo, cirurgião bariátrico e metabólico da *Mayo Clinic* em Rochester, Minnesota afirma: “Sabemos que a primeira porção do intestino, o duodeno, desempenha um papel muito importante na digestão e ajuda a regular o que chamamos de 'via metabólica intestinal'. Ignorar esse eixo contribui para muitas ações fisiológicas ou alterações no metabolismo e uma delas é a regulação da glicemia e, eventualmente, do Diabetes”.

Para o estudo, os pesquisadores investigaram se o Diabetes retornava quando os pacientes recuperavam o peso após a cirurgia bariátrica. A revisão foi baseada em dados de 224 pacientes submetidos à cirurgia de redução do estômago e 46 indivíduos controle submetidos à gastrectomia vertical na Clínica Mayo entre 2008 e 2017. Todos os pacientes envolvidos na análise eram obesos e tinham sido diagnosticados com Diabetes tipo 2 antes de serem submetidos a uma cirurgia para perda de peso. Cada paciente foi acompanhado por pelo menos cinco anos após a operação. As taxas de remissão do Diabetes foram então agrupadas em quatro categorias de recaída de peso e comparadas. O objetivo era verificar se o ganho de peso levava à recorrência do Diabetes.

Entre as principais conclusões do estudo estão:

- No geral, 75% dos pacientes com bypass gástrico mantiveram o Diabetes em remissão, em comparação com apenas 34,8% dos pacientes no grupo de gastrectomia vertical.
- Após ajuste para fatores relacionados ao paciente e ao peso, as chances de retorno do Diabetes durante o período de acompanhamento de 5 anos foram 5,5 vezes maiores no grupo de gastrectomia vertical em comparação ao grupo de bypass gástrico.
- Numa análise de subgrupo de pacientes com bypass gástrico, as taxas de remissão do Diabetes foram estratificadas em quatro categorias de recuperação de peso. Mais da metade dos pacientes em todas as quatro categorias (pacientes que perderam peso após a cirurgia e recupe-

raram 25%, 25% a 50%, 50% a 75% e mais de 75% do peso que perderam inicialmente após a cirurgia) mantiveram o Diabetes em remissão.

- Entre os pacientes que recuperaram 100% ou mais do peso após a cirurgia de redução do estômago, cerca de 60% mantiveram o Diabetes em remissão cinco anos após a operação, em comparação com zero no grupo da manga gástrica.
- O uso de insulina, A1c pré-operatório mais elevado e maior duração pré-operatória do Diabetes foram associados à recorrência do Diabetes, enquanto a recuperação do peso não foi.

A obesidade é um dos principais fatores de risco que contribuem para a morte nos EUA. A maior parte do risco de mortalidade associado à obesidade se deve ao desenvolvimento de Diabetes e doenças cardiovasculares. Os investigadores observaram que pretendem realizar estudos mais aprofundados para compreender esta ligação a nível celular, o que explicará melhor estas descobertas.

“Essas descobertas nos ajudam a entender como o bypass funciona e como manter o Diabetes em remissão. Olhando para o futuro, precisamos entender o mecanismo por trás dessa associação para que possamos aconselhar os pacientes sobre o melhor procedimento para eles quando tem diagnóstico concomitante de Diabetes”, Dr. .Ghanem disse.

“Um fato determinante importante na escolha da cirurgia mais adequada é se o paciente deseja eliminar o Diabetes ou deseja ter a menor chance de o Diabetes voltar a longo prazo. Embora ambos os

procedimentos sejam ótimos, sabemos que o bypass gástrico é uma melhor opção de procedimento para pacientes com Diabetes.

A remissão do Diabetes é mais durável após o bypass gástrico do que após a gastrectomia vertical. A magnitude da diferença neste estudo é importante, disse Anthony T. Petrick, MD, FACS, diretor da divisão de cirurgia bariátrica e do intestino, *Geisinger Health System*, que não esteve envolvido no estudo. “Embora tenha havido um pequeno número de pacientes com gastrectomia vertical neste estudo, o acompanhamento em longo prazo é um ponto forte dessas descobertas”.

Uma potencial limitação do estudo é que se trata de um estudo retrospectivo e unicêntrico. Portanto, os resultados podem não se aplicar a outros programas bariátricos em todo o país. ■