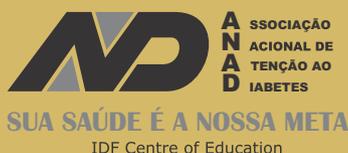




Diabetes Clínica News

Apoios:



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



REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DIABETES E DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DE 22 À 26

ABRIL
2024

ÍNDICE

- 01 - OS INIBIDORES DO SGLT2 SUPERARAM OUTROS ANTIDIABÉTICOS COMO “OPÇÃO VIÁVEL” PARA MASLD NO DIABETES 02
- 02 - A NOVA PÍLULA PARA PERDA DE PESO DO MESMO FRABRICANTE DE OZEMPIC SUPERA WEGOVY NOS PRIMEIROS TESTES – O QUE SABER SOBRE A AMICRETINA DA NOVO NORDISK FORBIS 04
- 03 - MEDICAMENTOS PARA OBESIDADE, COMO O WEGOVY, SÃO DESTINADOS AO USO A LONGO PRAZO, MAS ALGUNS QUEREM PARAR — OUTROS PACIENTES FORAM FORÇADOS A RACIONAR OU INTERROMPER DOSES DEVIDO AOS CUSTOS DOS MEDICAMENTOS 05
- 04 - WEGOVY APROVADO PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDÍACAS GRAVES — NOVA INDICAÇÃO PARA PACIENTES COM OBESIDADE OU SOBREPESO E HISTÓRICO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR 07
- 05 - O TESTE DE GLICOSE DE 1 HORA É MELHOR PARA PREVER O RISCO DE DM2? 09

01 - OS INIBIDORES DO SGLT2 SUPERARAM OUTROS ANTIDIABÉTICOS COMO “OPÇÃO VIÁVEL” PARA MASLD NO DIABETES

Healio

13 de março de 2024

Principais Conclusões:

- Os inibidores do co-transportador sódio-glicose 2 foram associados a maior probabilidade de regressão de MASLD.

- Também foi relatada menor incidência de resultados adversos relacionados ao fígado em comparação com outros medicamentos antidiabéticos orais.

Os inibidores do co-transportador sódio-glicose 2 foram associados a uma maior probabilidade de regressão da doença entre pacientes com doença hepática esteatótica concomitante associada à disfunção metabólica e Diabetes tipo 2, mostraram os dados.

“Mais de um quarto das pessoas em todo o mundo sofrem de MASLD, que pode causar graves problemas de saúde como cirrose e hepatocarcinoma, mas até agora nenhum medicamento tinha recebido

aprovação da FDA para fins terapêuticos”, Won

Kim, MD, PhD, professor associado no departamento de medicina interna na Faculdade de Medicina



da Universidade Nacional de Seul, disse a Healio. “A obesidade e a resistência à insulina são fatores de risco compartilhados pela MASLD e Diabetes tipo 2, e a MASLD afeta 55,5% dos indivíduos que foram diagnosticados com Diabetes tipo 2. ”

Ele acrescentou: “Inspirado por estudos preliminares que demonstram que alguns medicamentos antidiabéticos orais podem melhorar a esteatose hepática, nosso grupo de pesquisa estava ansioso por uma comparação completa de todos os medicamentos antidiabéticos orais potencialmente benéficos em um cenário do mundo real, usando uma coorte nacional”.

Usando o Banco de Dados Nacional de Informações de Saúde, Kim e colegas investigaram os resultados de 80.178 pacientes (idade média de 58,5 anos; 53,6% homens) com MASLD e Diabetes tipo 2, que foram tratados com medicamentos antidiabéticos orais combinados com metformina por pelo menos 80% dos pacientes por 90 dias consecutivos. A maioria dos pacientes recebeu um inibidor da dipeptidil peptidase-4 (DPP-4) (n = 55.324), seguido por sulfonilureia (n = 13.193), inibidor do co-transportador sódio-glicose 2 (SGLT2) (n = 9.470) e tiazolidinediona (n = 2.191).

O desfecho primário estudado foi a regressão MASLD, avaliada pelo índice de esteatose hepática e desfechos compostos relacionados

ao fígado.

De acordo com os resultados do JAMA Internal Medicine, durante 219.941 pessoas-anos de acompanhamento, os pesquisadores relataram regressão MASLD entre 4.102 pacientes, com maior incidência de regressão para inibidores de SGLT2 (razão de risco de subdistribuição ajustada [ASHR] = 1,99; IC 95%, 1,75 -2,27), tiazolidinedionas (ASHR = 1,7; IC 95%, 1,41-2,05) e inibidores de DPP-4 (ASHR = 1,45; IC 95%, 1,31-1,59) em comparação com sulfonilureias.

“Os inibidores do SGLT2 se destacaram por sua associação com a melhora da gordura hepática, superando outros medicamentos antidiabéticos orais conhecidos por seus benefícios potenciais no MASLD”, disse Kim.

Em comparações individuais de medicamentos, os inibidores de SGLT2 tiveram “os resultados mais favoráveis” e taxas de regressão mais altas versus tiazolidinedionas (ASHR = 1,4; IC de 95%, 1,12-1,75) e inibidores de DPP-4 (ASHR = 1,45; IC de 95%, 1,3- 1,62).

Além disso, embora os inibidores de SGLT2 “não tenham feito diferença significativa” nos resultados relacionados ao fígado versus inibidores de DPP-4 (ASHR = 0,67; IC 95%, 0,33-1,35) ou tiazolidinedionas (ASHR = 0,7;

IC 95%, 0,27-1,84), apenas os inibidores do SGLT2 foram significativamente associados à redução da incidência de resultados adversos relacionados ao fígado em comparação com as sulfonilureias (ASHR = 0,37; IC 95%, 0,17-0,82).

“A metformina é atualmente o principal medicamento antidiabético oral para o tratamento do Diabetes tipo 2 em pacientes com MASLD, enquanto os inibidores do SGLT2 são recomendados especificamente para aqueles com doenças cardiovasculares”, disse Kim.

“Embora as diretrizes clínicas atuais não especifiquem um medicamento antidiabético oral preferido para pacientes com Diabetes tipo 2 e MASLD, a recomendação de inibidores de SGLT2 pode ser uma opção viável para aliviar o fígado gorduroso e reduzir a probabilidade de resultados relacionados ao fígado nesses pacientes”.

Ele continuou: “Nossa investigação com uma extensa coorte nacional destacou os benefícios potenciais dos inibidores de SGLT2 para pacientes com MASLD e Diabetes tipo 2 em cenários do mundo real. No entanto, a natureza retrospectiva do estudo pode impor restrições interpretativas. A implementação de pesquisas prospectivas e ensaios clínicos reforçará a confiabilidade dos resultados de nossas pesquisas.”

Fonte: Jang H, et al. JAMA Intern

Med.2024;doi:10.1001/jamainternmed.2023.8029. ■

02 - A NOVA PÍLULA PARA PERDA DE PESO DO MESMO FABRICANTE DE OZEMPIC SUPERA WEGOVY NOS PRIMEIROS TESTES – O QUE SABER SOBRE A AMICRETINA DA NOVO NORDISK FORBIS

Forbis

7 de março de 2024

A Novo Nordisk, fabricante do Ozempic, apresentou um potencial sucessor de seu medicamento de grande sucesso para perda de peso Wegovy, o mais recente de uma linha de tratamentos para obesidade de próxima geração em desenvolvimento.



Principais Fatos

Em um evento para investidores, a Novo Nordisk compartilhou dados de um ensaio clínico em estágio inicial de um medicamento experimental para perda de peso chamado amicretina, um tratamento oral. Os resultados do ensaio sugerem que a amicretina poderia ser mais poderosa do que o popular medicamento para perda de peso da empresa, Wegovy.

A pílula, tomada uma vez por dia, ajudou os pacientes no ensaio a perder 13% do seu peso ao longo de 12 semanas, uma taxa mais impressionante do que a Wegovy, onde os pacientes perderam cerca de 6% em 12 semanas.

A amicretina combina efetivamente a funcionalidade de dois medicamentos diferentes em uma única molécula que tem como alvo dois hormônios envolvidos na regulação da fome e dos níveis de glicemia: GLP-1 e amilina.

O GLP-1 é o mesmo hormônio alvo da semaglutida e da tirzepatida – nomes genéricos dos sucessos para o tratamento de Diabetes e obesidade da Novo e Lilly, Ozempic, Wegovy, Mounjaro e Zepbound – e empresas como a Novo e Zealand Pharma veem a amilina como um alvo potencial para construir a próxima geração de medicamentos para perda de peso.



A Novo também está testando uma forma subcutânea de amicretina administrada por meio de injeções regulares como Wegovy e Zepbound, embora o ensaio em estágio inicial esteja em andamento e os dados não devam ser divulgados até por volta de 2025.

O chefe de desenvolvimento da Novo, Martin Lange Holst, disse que os resultados promissores do ensaio justificam mais pesquisas sobre a pílula e que um ensaio maior de Fase 2 começaria no segundo semestre do ano.

Quando a Amicretina estará Disponível?

Ainda demorarão muitos anos até que a amicretina da Novo Nordisk chegue às prateleiras das farmácias. Os dados do ensaio de fase Intermediária só estarão disponíveis por volta de 2026, no mínimo, e é provável que as agências reguladoras queiram um ensaio ainda mais abrangente para avaliar a eficácia e a segurança para sua autorização. É possível que os ensaios posteriores não reproduzam os resultados promissores do ensaio em fase inicial – a maioria dos medicamentos falham durante os testes clínicos. Os dados da amicretina injetável provavelmente terão um impacto no futuro caminho de desenvolvimento do medicamento pela Novo Nordisk. Os efeitos secundários e a segurança também terão de ser monitorizados num grupo maior de pessoas para ver se o medicamento constitui um tratamento viável. A Novo Nordisk disse que o perfil de segurança e efeitos colaterais está alinhado com seus outros medicamentos GLP-1, que podem incluir uma variedade de eventos gastrointestinais, como náuseas, vômitos, constipação intestinal e diarreia. ■



03 - MEDICAMENTOS PARA OBESIDADE, COMO O WEGOVY, SÃO DESTINADOS AO USO A LONGO PRAZO, MAS ALGUNS QUEREM PARAR — OUTROS PACIENTES FORAM FORÇADOS A RACIONAR OU INTERROMPER DOSES DEVIDO AOS CUSTOS DOS MEDICAMENTOS

Medpagetoday

8 de março de 2024

Milhões de americanos que perderam quilos e melhoraram a sua saúde usando medicamentos populares contra a obesidade, como a semaglutida (Wegovy), estão enfrentando um novo dilema: o que acontecerá se pararem de tomá-los?

Muitos temem, com razão, recuperar o peso e voltar aos velhos hábitos.

Em ensaios clínicos os pacientes que interromperam os medicamentos recuperaram a maior parte do peso que perderam.

Mas muitos pacientes estão apostando em uma estratégia do tipo “faça você mesmo” para aliviar o uso dos medicamentos e permanecer magro, aumentando as doses, tomando a medicação de forma intermitente ou parando e começando de novo apenas se necessário.

Mais de 3 milhões de prescrições dos novos medicamentos são dispensados todos os meses nos EUA, de acordo com dados recentes da empresa de tecnologia de saúde IQVIA. Eles incluem a semaglutida, princípio ativo

do Ozempic e do Wegovy, e a tirzepatida, do Mounjaro e Zepbound.

Mas muitas pessoas não persistem. Um estudo recente publicado na revista *Obesity* descobriu que apenas 40% dos pacientes que receberam prescrição de semaglutidaem 2021 ou 2022 ainda usavam o medicamento um ano depois.

Os médicos que tratam a obesidade enfatizam que a doença é uma condição crônica que deve ser controlada indefinidamente, como doenças cardíacas ou hipertensão. As novas drogas injetáveis funcionam imitando hormônios no intestino e no cérebro para regular o apetite e a sensação de saciedade. Eles foram projetados – e testados – para serem tomados continuamente, disseram os especialistas.

“Não somos uma loja de injeções”, disse Andres Acosta, MD, PhD, pesquisador de obesidade e consultor médico da Clínica Mayo.



Não acho que devam ser usados de forma intermitente. Não está aprovado para isso. Eles não funcionam assim.”

Apesar dessa diretriz, alguns pacientes que alcançaram suas metas de saúde e peso com os medicamentos estão procurando uma saída, disse Amy Rothberg, MD, endocrinologista da Universidade de

Michigan que dirige um programa de controle de peso e tratamento de Diabetes.

“Muitos dos pacientes querem diminuir a dose”, disse ela. E muitos também querem interromper a medicação ou fazer pausas.



As razões para interromper os medicamentos podem variar, disse Katherine Saunders, MD, especialista em obesidade da Weill Cornell Medicine e cofundadora da empresa de tratamento da obesidade Intellihealth. Alguns pacientes não gostam de efeitos colaterais como náuseas e constipação intestinal. Outros querem parar para feriados ou ocasiões especiais – ou apenas porque não querem tirar fotos semanais indefinidamente.

Um dos pacientes de Saunders, um homem nova-iorquino de 53 anos, perdeu 30 quilos no ano passado usando tirzepatida. Ele disse a Saunders que queria “dar uma pausa” na medicação para ver como seu corpo reagia. Seguindo o conselho dela, ele vem estendendo as injeções para cada 10 dias ou 2 semanas, em vez de semanalmente, desde dezembro.

Outros pacientes foram forçados a racionar ou suspender as doses porque os medicamentos são caros – entre 1.000 e 1.300 dólares por mês – e a cobertura do seguro varia ou porque a procura ultrapassou

largamente a oferta, observou Rothberg.

Mas esperar que os benefícios dos medicamentos durem mesmo depois da interrupção é ignorar a biologia fundamental da obesidade, dizem os especialistas. A doença afeta a forma como o corpo processa e armazena energia, fazendo com que acumule peso. Os novos medicamentos alteram esse processo e quando os pacientes param, a doença regressa.

Muitos pacientes que abandonam os medicamentos relatam um aumento acentuado nos sintomas de obesidade. Eles incluem o chamado ruído alimentar ou pensamentos intrusivos sobre comida, fome intensa e diminuição da sensação de saciedade quando comem.

“Essas drogas são apenas um supersupressor desses sinais nativos”, disse Rothberg. E devemos esperar que dos sintomas regressem.

Tara Rothenhoefer, 48 anos, de Trinity, Flórida, perdeu mais de 90 quilos depois de ingressar em um ensaio clínico para tirzepatida há quase 4 anos. Ela agora toma a dose mais baixa do medicamento a cada 4 a 8 semanas, mas se preocupa quando seu peso oscila alguns quilos. “Fico muito assustada ao ver os números na balança subindo”, disse ela.

Alguns pacientes que param de tomar os medicamentos e começam de

novo descobrem que não conseguem tolerar a medicação, resultando em graves efeitos colaterais gastrointestinais, disse Acosta. Outros acham que os medicamentos não funcionam tão bem quando os reiniciam, acrescentou Saunders. Mas não há dados sobre os efeitos a longo prazo do uso intermitente.

“Não creio que seja uma estratégia que funcione para a maioria dos indivíduos, mas pode ser uma opção para pacientes selecionados”, disse Saunders. ■

04 - WEGOVY APROVADO PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDÍACAS GRAVES — NOVA INDICAÇÃO PARA PACIENTES COM OBESIDADE OU SOBREPESO E HISTÓRICO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR

Medpagetoday
8 de março de 2024

O FDA aprovou a semaglutida (Wegovy) para a indicação de redução de risco de morte cardiovascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral em adultos com doenças cardiovasculares e obesidade ou sobrepeso, anunciou a agência.

Agonista do receptor GLP-1, a semaglutida deve ser usada em conjunto com uma dieta com redução de calorias e aumento da atividade física, de acordo com o FDA.



“Wegovy é agora o primeiro medicamento para perda de peso a ser aprovado também para ajudar a prevenir eventos cardiovasculares potencialmente fatais em adultos com doenças cardiovasculares e obesidade ou sobrepeso”, John Sharretts, MD, diretor da Divisão de Diabetes, Distúrbios Lipídicos e Obesidade no Centro de Avaliação e Pesquisa de Medicamentos da FDA, disse em um comunicado.

“Esta população de pacientes apresenta maior risco de morte cardiovascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral”.

“Fornece uma opção de tratamento que comprovadamente reduz o risco cardiovascular é um grande avanço para a saúde pública”, acrescentou Sharretts.

Embasando a aprovação estava o ensaio SELECT, com 17.600 pacientes, que incluiu pacientes com sobrepeso e obesidade (com ou sem Diabetes), bem como doenças cardiovasculares pré-existentes.

O estudo de fase III mostrou que a semaglutida reduziu significativamente o composto de morte cardiovascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral em 20% (HR 0,80, IC 95% 0,72-0,90). No estudo de 3 anos, onde ambos os grupos receberam tratamento médico padrão, estes eventos cardíacos adversos maiores ocorreram em 6,5% dos pacientes que receberam

semaglutida e 8% daqueles que receberam placebo.

“A semaglutida 2,4 mg é a primeira terapia de controle de peso comprovada em um rigoroso ensaio randomizado para reduzir o risco de eventos cardiovasculares, o que estabelece o sobrepeso ou a obesidade como um fator de risco modificável para doenças cardiovasculares”, disse o investigador do estudo A. Michael Lincoff, MD, da Cleveland Clinic, quando os dados foram apresentados na reunião anual da American Heart Association no ano passado.



A FDA observou que o agonista do receptor GLP-1 não deve ser usado com outros agentes da classe ou com outros produtos contendo semaglutida.



Wegovy foi aprovado pela primeira vez em junho de 2021 para controle crônico de peso em adultos com obesidade (IMC igual ou superior a 30) ou para adultos com sobrepeso (IMC igual ou superior a 27) com pelo menos uma condição relacionada ao peso. Esta indicação foi posteriormente expandida para incluir crianças com obesidade a partir de 12 anos. A semaglutida também foi provada para Diabetes tipo 2 como

injetável (Ozempic) e medicamento oral (Rybelsus).

Consistente com a classe de agonistas do GLP-1, os efeitos colaterais comuns da semaglutida incluem náusea, diarreia, vômito, constipação, dor abdominal, dor de cabeça, fadiga, dispepsia, tontura, distensão abdominal, eructação, hipoglicemia em pacientes com Diabetes, flatulência e refluxo gastroesofágico.

Outras advertências e precauções na bula incluem pancreatite, problemas de vesícula biliar, hipoglicemia, lesão renal aguda, reações de hipersensibilidade, retinopatia diabética, aumento da frequência cardíaca e comportamento ou pensamento suicida.

“As informações de prescrição do Wegovy contêm uma advertência em caixa para informar os profissionais de saúde e os pacientes sobre o risco de tumores de células C da tireoide”, observou a agência. “Devido a este risco, Wegovy não deve ser utilizado em pacientes com história pessoal ou familiar de carcinoma medular da tireoide ou em doentes com uma doença rara chamada síndrome de neoplasia endócrina múltipla tipo 2”. ■

05 - O TESTE DE GLICOSE DE 1 HORA É MELHOR PARA PREVER O RISCO DE DM2?

11 de março de 2024
Medscape

Uma nova declaração de posição da International Diabetes Federation recomenda o uso de um teste oral de tolerância à glicose (TTOG) de 1 hora e 75 g para melhorar a identificação de pessoas em risco de desenvolver Diabetes tipo 2.

"Muitos indivíduos podem apresentar exames de A1c ou glicose em jejum normais, mas se realizado um teste de tolerância à glicose, podem apresentar alteração após uma carga de glicose... Descobriu-se que a glicose plasmática de 1 hora. É um biomarcador mais sensível para a identificação precoce desses indivíduos de alto risco", disse ao Medscape o principal autor do estudo, Dr. Michael Bergman, médico e professor de medicina e saúde populacional na Faculdade de Medicina

Grossman da
Universidade de
Nova York.



Bergman apresentou o documento, escrito por um painel de especialistas internacionais de 22 membros, em 6 de março de 2024, na reunião anual da Advanced Technologies & Treatments for Diabetes. Foi também publicado simultaneamente na revista Diabetes Research and Clinical Practice.

Este é o algoritmo de triagem proposto pela Federação Internacional de Diabetes (IDF) para "hiperglicemia



intermediária" e Diabetes tipo 2:

-Indivíduos de alto risco são primeiro examinados com um questionário validado, como o FINDRISK ou a ferramenta de triagem de risco da American Diabetes Association (ADA).



-Indivíduos identificados como de alto risco devem ser submetidas a triagem laboratorial com um TTOG de 75 g de 1 hora (embora um TOTG de 2 horas, glicemia de jejum ou A1c, conforme recomendado atualmente por diversas organizações, ainda seja considerado aceitável).

-Pessoas com valor de glicose plasmática em 1 hora igual ou superior a 155 mg (8,6 mmol/L) são consideradas como tendo hiperglicemia intermediária e devem receber prescrição de intervenção no estilo de vida e encaminhamento para um programa de prevenção de Diabetes.

-Aqueles com valor em 1 hora maior ou igual a 209 mg/dL (11,6 mmol/L) são considerados portadores de Diabetes tipo 2 e devem repetir o teste para confirmar o diagnóstico, com encaminhamento para avaliação e tratamento adicionais.

A nova orientação baseia-se em evidências crescentes de que o teste de 1 hora é um melhor preditor do que outros testes, incluindo o TTOG de 2 horas, da progressão para

Diabetes tipo 2 e suas complicações associadas, em diversas populações. O documento cita dados que mostram que uma glicose plasmática de 155 mg/dl ou superior no teste de 1 hora após 75 g de glicose pode identificar pessoas com Diabetes tipo 2 não diagnosticada ou que estão em risco aumentado, mas que têm tolerância à glicose "normal" como definido por um A1c <5,7% (38,8 mmol/mol), uma glicemia plasmática em jejum < 100 mg/dL (5,6 mmol/L) ou um valor de 2 horas abaixo de 140 mg/dL (7,8 mmol/L).

No entanto, embora um teste de 1 hora possa ser mais conveniente do que o teste tradicional de 2 horas, a incorporação do TTOG na prática clínica ainda pode representar problemas logísticos e pode não melhorar os resultados finais, disse Elizabeth Selvin, PhD, MPH, da Escola de Saúde Pública da Johns Hopkins da Universidade Bloomberg, em Baltimore,



Maryland, ao Medscape MedicalNews. "Preocupo-me que se enfatizarmos a necessidade de um teste complicado não vá melhorar o rastreio ou a prevenção do Diabetes. Fazer mais rastreios de glicose de 1 hora não vai atrair mais pessoas para programas de prevenção da Diabetes".

Quando um membro da audiência levantou a preocupação logística durante a sessão de perguntas e

respostas, Bergman respondeu:

"Não é diferente de recomendar uma colonoscopia ou uma mamografia ... digo aos pacientes que queremos saber mais sobre o que está acontecendo antes de fazermos um diagnóstico firme; já solicitei mais de cem testes de tolerância à glicose de 1 hora e não vi um paciente que recusou por causa de inconveniência. Tudo depende da maneira como discutimos as coisas com os pacientes. "

Recomendação Baseada em Evidências Emergentes:

"Hiperglicemia intermediária"; é o termo da

Organização Mundial da Saúde para se referir à glicemia de jejum alterada (GJA) ou à tolerância



diminuída à glicose (IGT). Estas condições são frequentemente chamadas de 'pré-Diabetes', especialmente nos Estados Unidos, mas esse termo tem sido controverso porque nem todas as pessoas com GJA e IGT desenvolverão Diabetes tipo 2", disse Bergman, que também é diretor da NYU Langone Diabetes Prevention Program.

"Com 'pré-Diabetes' você rotula alguém com uma doença que pode não se desenvolver. Não é normal, mas não é Diabetes, então é um estado intermediário", explicou.

A declaração fornece um resumo

detalhado dos dados de 19 estudos que apoiam o uso de glicose plasmática de 1 hora ≥ 155 mg/dL (8,6 mmol/L) para diagnosticar hiperglicemia intermediária e Diabetes tipo 2, incluindo ligações entre esse nível de glicemia e piora dos perfis metabólicos e aterogênicos, risco de complicações microvasculares e macrovasculares e mortalidade, e identificação de riscos de apneia obstrutiva do sono, Diabetes mellitus relacionada à fibrose cística, doença hepática gordurosa e mortalidade prematura.

Um grande problema com os testes atuais, disse Bergman, é que "há uma enorme desconexão entre os valores de A1c e de glicose... Apenas cerca de 30% dos indivíduos com A1c anormal terão uma glicemia de jejum anormal, e o inverso também é verdadeiro. Há grande incompatibilidade entre os dois"

As diretrizes atuais sugerem o uso de A1c e glicose em jejum, mas Bergman disse que mesmo assim "ainda se perdem cerca de 20-30% dos diagnósticos de IGT... Parte do problema é que os critérios que usamos para definir níveis anormais de jejum e 2 horas são muito altos... 140 [mg/dL] para 2 horas é muito alto e 100 [mg/dL] em jejum é muito alto...E essa é uma das razões pelas quais muitas pessoas evoluem para Diabetes tipo 2, porque estamos usando limiares de triagem que não são fisiológicos".

Mas Selvin discorda, apontando para o seu próprio trabalho que mostra que “usar uma combinação de glicemia de jejum e A1c para rastreamento faz um excelente trabalho na identificação de indivíduos de alto risco”.

Ela também não está convencida por outros dados citados no artigo. “Estou profundamente cética sobre a glicose de 1 hora ser mais prognóstica do que todos os outros testes glicêmicos... As associações de testes de glicose com Diabetes incidente são inerentemente uma análise circular, uma vez que o Diabetes é definido por elevações nesses mesmos testes. É útil observar a progressão de Diabetes, mas essas análises não são simples e fazê-las bem, especialmente com comparações diretas com diferentes testes glicêmicos, é difícil”, disse ela.

Na sua opinião, “intervenções no estilo de vida e perda de peso devem ser recomendadas em indivíduos em risco, incluindo aqueles com sobrepeso e obesidade, hipertensão, síndrome metabólica, etc., independentemente dos resultados do teste de glicose de 1 hora”.

Ela acrescentou: “Se quisermos prevenir o Diabetes, precisamos nos concentrar na prevenção do ganho de peso e da obesidade e no gerenciamento dos fatores de risco cardiometabólicos. As intervenções no estilo de vida não são eficazes a menos que sejam intensivas e os pacientes sejam altamente aderentes.

Precisamos disponibilizar intervenções no estilo de vida acessível para os pacientes. Essa é a grande barreira. Não acho que mais exames com glicose de 1 hora vão ajudar”.

Bergman destacou que a International Diabetes Federation representa mais de 100 países, incluindo muitos de renda média e baixa. “Eles precisam de uma ferramenta simples e econômica para a triagem eficaz. A A1c é mais cara, e a glicemia de jejum por si só subestimar a prevalência da doença. Portanto, a IDF sentiu, depois de fazer uma devida diligência bastante abrangente, que os dados justificavam a recomendação do teste de 1-hora”.

Ele espera que outras organizações como a ADA e a Organização Mundial da Saúde corroborem esta decisão, para trazer esta orientação para a área dos cuidados primários. ■



American
Heart
Association.



Organização
Mundial da Saúde