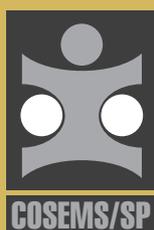
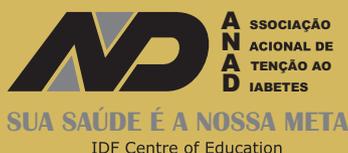




Diabetes Clínica News

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 13 À 17

MAIO 2024

ÍNDICE

01 - A NOITE É O MELHOR MOMENTO PARA FAZER EXERCÍCIOS? 02

02 - AGONISTAS DO RECEPTOR GLP-1: QUAL MEDICAMENTO PARA QUAL PACIENTE? 03

03 - SPECT/CT PREVÊ AMPUTAÇÕES DE PÉS EM PESSOAS COM DIABETES 04

04 - O TRATAMENTO DA CARDIOMIOPATIA DIABÉTICA MOSTRA-SE PROMISSOR NO ARISE-HF 05

05 - SONO CURTO PODE AUMENTAR A PRESSÃO ARTERIAL, COM MAIOR RISCO PARA AS MULHERES 06

01 - A NOITE É O MELHOR MOMENTO PARA FAZER EXERCÍCIOS?

25 de abril de 2024

Medscape

Linha Superior:

A atividade física aeróbica moderada a vigorosa realizada à noite está associada ao menor risco de mortalidade, doença cardiovascular (DCV) e doença microvascular (DMV) em adultos com [obesidade](#), incluindo aqueles com [Diabetes tipo 2](#) (DT2).

Metodologia:

• É amplamente reconhecido que sessões de atividade física aeróbica moderada a vigorosa melhoram os fatores de risco cardiometabólicos, mas não está claro se o horário da manhã, da tarde ou da noite pode levar a maiores melhorias.

• Os pesquisadores analisaram dados do UK Biobank de 29.836 participantes com obesidade (índice de massa corporal, > 30; idade média, 62,2 anos; 53,2% mulheres), incluindo 2.995 também diagnosticados com DM2, todos inscritos em 2006-2010.

biobank^{uk}

• A atividade aeróbica foi definida como sessões com duração ≥ 3 minutos, e a intensidade da atividade foi classificada como leve, moderada ou vigorosa usando dados do acelerômetro coletados dos participantes.

• Os participantes foram estratificados em grupos da manhã (6h às <12h), tarde (12h às <18h) e noturno (18h às <24h) com base em quando > 50% de sua atividade total moderada a vigorosa ocorreu, e aqueles sem exercícios aeróbicos foram considerados grupo de referência.

• A associação entre o momento da

atividade física aeróbica e o risco de mortalidade por todas as causas, DCV (definida como circulatória, como hipertensão) e DMV (neuropatia, nefropatia ou retinopatia) foi avaliada durante um acompanhamento médio de 7,9 anos.

• O risco de mortalidade foi menor no grupo noturno de atividade física moderada a vigorosa (taxa de risco [HR], 0,39; IC 95%, 0,27-0,55) e ainda menor no subgrupo DM2 (HR, 0,24; IC 95%, 0,08-0,76) do que no grupo de referência.

• O risco de mortalidade foi menor nos grupos de atividade vespertina (HR, 0,60; IC 95%, 0,51-0,71) e matinal (HR, 0,67; IC 95%, 0,56-0,79) do que no grupo de referência, mas essa associação foi mais fraca do que aquela observado no grupo de atividades noturnas.

• O grupo de atividades noturnas moderadas a vigorosas apresentou menor risco de DCV (HR, 0,64; IC 95%, 0,54-0,75) e DMV (HR, 0,76; IC 95%, 0,63-0,92) do que o grupo de referência.

• Entre os participantes com obesidade e DM2, a atividade física moderada a vigorosa à noite foi associada a um menor risco de mortalidade, DCV e DMV.

Na Prática:

Os autores escreveram: “Os resultados deste estudo enfatizam que, além do volume total de AFMV [atividade física moderada a vigorosa], seu horário, particularmente à noite, foi consistentemente associado ao menor risco de mortalidade em relação a outras janelas de tempo”.

Fonte:

O estudo, liderado por Angelo Sabag, PhD, Charles Perkins Centre, The University of Sydney, Sydney, foi [publicado online](#) no *Diabetes Care*. ■

02 - AGONISTAS DO RECEPTOR GLP-1: QUAL MEDICAMENTO PARA QUAL PACIENTE?

22 de abril de 2024

Medscape

Oi. Sou a Dra. Holly Lofton. Sou um especialista certificado em medicina [da obesidade](#) e dirijo o programa médico de controle de peso da NYU Langone Health.



Com todo o entusiasmo em torno dos agonistas do GLP-1, recebo muitas perguntas de fornecedores sobre qual medicamento antiobesidade eles deveriam prescrever. Vou lhe contar os métodos que utilizo para determinar qual medicamento é melhor para cada paciente.

É claro que queremos ter certeza de que estamos tratando a condição correta. Se o paciente tem [Diabetes tipo 2](#), costumamos dar-lhe medicamentos indicados para Diabetes tipo 2. Muitos agonistas do GLP-1 estão disponíveis em uma versão para Diabetes e em uma versão para controle de peso crônico ou obesidade. Se um paciente tiver Diabetes e obesidade, ele poderá receber qualquer um dos dois. Se um paciente tiver apenas Diabetes, mas não obesidade, deve ser prescrita a versão para Diabetes. Para a obesidade sem Diabetes, tendemos a usar os medicamentos indicados para o controle crônico do peso.

Vamos examiná-los.

EXENATIDA. Em ordem cronológica de aprovação, o primeiro medicamento GLP-1 usado para Diabetes remonta ao exenatida (Bydureon). Bydureon tinha um parceiro chamado Byetta (também exenatida), ambos ainda no mercado, mas pouco usados. Alguns pacientes relataram que esses medicamentos eram inconvenientes porque exigiam injeções duas vezes ao dia e causavam nódulos dolorosos no local da injeção.

Os medicamentos para Diabetes de uso mais comum incluem [liraglutida](#) (Victoza) para Diabetes tipo 2. É uma injeção diária e possui diversas doses. Sempre começamos baixo e aumentamos com tolerância e efeito desejado para [A1c](#).

LIRAGLUTIDA. Victoza tem um equivalente antiobesidade chamado Saxenda. A caneta Saxenda é muito semelhante à caneta Victoza. É um agonista diário do GLP-1 para controle crônico de peso. O [ensaio SCALE](#) demonstrou perda de peso de 8% a 12% com Saxenda.

Essas são as injeções diárias: Victoza para Diabetes e Saxenda para perda de peso.

Nossos pacientes estão muito entusiasmados com o advento das injeções semanais para Diabetes e controle de peso. Ozempic é muito popular. É um agonista semanal do GLP-1 para Diabetes tipo 2. Muitos pacientes chegam pedindo Ozempic e devemos ter certeza de que os estamos direcionando na direção certa, dependendo de sua condição.

SEMAGLUTIDA. Ozempic tem algumas doses diferentes. É uma injeção semanal e foi considerada bastante eficaz no tratamento do Diabetes. A contraparte da droga para perda de peso é chamada Wegovy, que vem em uma caneta diferente. Ambas as formas contêm o composto semaglutida. Embora todos esses agonistas do GLP-1 sejam indicados para tratar Diabetes tipo 2 ou para controle de peso, Wegovy tem uma indicação especial que nenhum dos outros tem. Em março de 2024, Wegovy adquiriu indicação para diminuir o risco cardíaco naqueles com IMC ≥ 27 e história cardíaca prévia. Isso realmente mudará a acessibilidade deste medicamento porque espera-se que os pacientes com problemas cardíacos que estejam no Medicare tenham acesso ao Wegovy.

TIRZEPATIDA. Outra injeção semanal para

tratamento do Diabetes tipo 2 é chamada Mounjaro. Sua contraparte para controle de peso é chamada Zepbound, que apresentou [perda de peso de cerca de 20,9% em 72 semanas](#). Esses medicamentos têm efeitos colaterais semelhantes em graus diferentes, mas os mais relatados são náuseas, alterações nas fezes, dor abdominal e refluxo. Existem alguns outros efeitos colaterais potenciais; Recomendo que você leia as informações de prescrição individuais disponíveis para cada medicamento para ter mais clareza sobre isso.

É importante que sigamos o rótulo quanto ao uso dos agonistas do receptor GLP-1, por vários motivos. Primeiro, aumenta a acessibilidade dos nossos pacientes ao medicamento certo para eles, e também podemos garantir que estamos tratando o paciente com o medicamento certo, de acordo com os ensaios clínicos. Quando os ensaios clínicos são concluídos, as populações do estudo demonstram segurança e eficácia para essa população. Mas se prescrevermos um GLP-1 para uma população diferente, isso será considerado um uso off-label. ■

03 - SPECT/CT PREVÊ AMPUTAÇÕES DE PÉS EM PESSOAS COM DIABETES

24 de abril de 2024

AuntMinnie

A imagem SPECT/CT de glóbulos brancos com tecnécio-99m (Tc-99m) pode ser útil para identificar pessoas com Diabetes em risco de amputações devido a infecções nos pés, de acordo com um estudo publicado em 22 de abril na *Scientific Reports*.

Pesquisadores da Universidade Soonchunhyang, em Seul, na Coreia do Sul, descobriram que os pacientes eram mais propensos a sofrer amputações quando apresentavam alta atividade de glóbulos brancos marcados com



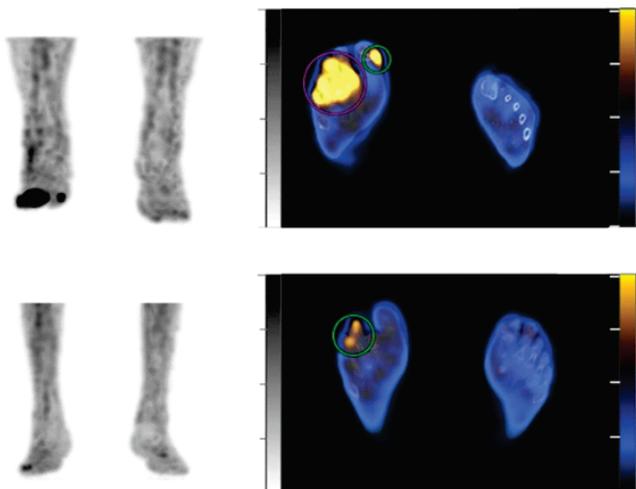
Tc-99m em locais de infecção, em comparação com pacientes com atividade mais baixa. O marcador poderia ajudar a identificar quais pacientes precisam de intervenções mais agressivas para evitar amputações, sugeriu o grupo.

“Ainda não existe uma ferramenta de imagem eficiente estabelecida para prever a amputação e orientar as decisões de tratamento para pacientes com [infecções no pé diabético]”, observou o autor principal, Soo Bin Park, MD, e colegas.

As infecções nos pés estão entre as consequências mais graves em mais de metade dos casos de úlceras nos pés diabéticos, que são complicações frequentes do Diabetes, explicaram os autores. Embora o SPECT de leucócitos (leucócitos) marcados com Tc-99m tenha se mostrado útil para o diagnóstico de infecções nos pés, o valor do híbrido Tc-99m WBC-SPECT/CT permanece inexplorado nesses pacientes, observaram.

Para colmatar esta lacuna no conhecimento, os investigadores analisaram imagens de pacientes com suspeita de infecções no pé diabético que foram submetidos a WBC-SPECT/CT com Tc-99m no seu hospital entre outubro de 2016 e julho de 2020. Um total de 83 pacientes (totalizando 93 pés) foram finalmente incluídos no estudo, com amputações realizadas em 50 membros (53,8%) de 48 pacientes, com seguimento médio de 391 dias.

Os pesquisadores compararam variáveis clínicas e de SPECT/CT – histórico de amputação, número de lesões de SPECT/CT e captação do radiotraçador leucocitário Tc-99m (SUV_{max}) – entre pacientes que foram submetidos a amputações durante o período de acompanhamento e aqueles que não foram.



Exemplos em dois pacientes. (Topo) Acúmulo anormal de leucócitos foi observado no 1º ao 5º dedo do pé direito, com as lesões radioativas estendendo-se até o osso, indicando osteomielite (painel esquerdo, imagem MIP; painel direito, SPECT/CT axial). Dois VOIs esféricos foram desenhados sobre infecções do pé diabético (DFIs) e o maior $SUV_{\text{máximo}}$ foi 4,2 (acima do ponto de corte de 1,1). Apesar do tratamento intensivo, a infecção progrediu, levando o paciente a ser submetido a uma amputação logo abaixo do joelho 43 dias após SPECT/CT. (Inferior) Acumulação anormal focal leve de leucócitos foi detectada no 3º e 4º dedos do pé direito. As lesões estavam em contato com o osso, o que levantou suspeita de osteomielite (painel esquerdo, imagem MIP; painel direito, SPECT/CT axial). Um VOI circular foi traçado nos IFDs e o $SUV_{\text{máximo}}$ foi de 1,0 (inferior ao ponto de corte de 1,1). Após 10 semanas de tratamento com antibióticos, a infecção foi resolvida com sucesso e o pé foi preservado. Imagem e legenda cortesia da *Scientific Reports*. ■

04 - O TRATAMENTO DA CARDIOMIOPATIA DIABÉTICA MOSTRA-SE PROMISSOR NO ARISE-HF

23 de abril de 2024

Negócios Cardiovasculares

A cardiomiopatia diabética é uma doença que não possui um padrão de tratamento definido ou boas opções de tratamento. Está associada ao aumento da incidência de insuficiência cardíaca, mesmo após controle de doença arterial coronariana e hipertensão. Às vezes é descrito como raro, mas alguns especialistas em cardiologia dizem que é apenas subdiagnosticado. É por isso que houve tanto interesse nos resultados mais recentes do ensaio [ARISE-HF](#) apresentados na ACC.24, a reunião anual do [American College of Cardiology \(ACC\)](#).



O ensaio randomizado de Fase 3, controlado por placebo, envolveu cerca de 700 pacientes e examinou se um novo tipo de inibidor da aldose redutase (IRA), AT-001, poderia tratar a doença sem causar os efeitos colaterais graves que as IRAs de primeira geração causaram nesses pacientes. Estudos anteriores mostraram que as IRAs poderiam aumentar a tolerância ao exercício na cardiomiopatia diabética, mas os pacientes tiveram muitos problemas com os medicamentos anteriores. O desfecho primário do estudo foi neutro, mas os dados tiveram resultados sugestivos positivos em pacientes selecionados.

"Analisamos a mudança no consumo máximo de oxigênio usando testes cardiopulmonares. O que descobrimos foi que, entre as pessoas tratadas com placebo com cardiomiopatia diabética desde o início até os 15 meses, sua tolerância ao exercício piorou significativamente. Enquanto as pessoas tratadas com altas doses AT-001, não houve declínio significativo, o que é impressionante, na verdade. Parecia que houve uma estabilização. No entanto, a diferença entre os dois não atingiu significância estatística nominal", explicou [James L. Januzzi, Jr.](#), o Dennis e Marilyn Barry Fellowship em Pesquisa em Cardiologia no Mass General, o Professor de Medicina da



Família Hutter na Harvard Medical School e membro do corpo docente do Harvard Clinical Research Institute.

Num subgrupo pré-especificado de pacientes que não receberam inibidores do SGLT2 ou agonistas do receptor GLP1, que representava cerca de dois terços da população de pacientes, houve uma melhora estatisticamente significativa na capacidade de exercício naqueles tratados com AT-001.

"Vemos um sinal muito claro e encorajador. Além disso, a progressão de eventos cardiovasculares para eventos sintomáticos de insuficiência cardíaca foi reduzida na população AT-001. Então, olhamos para esses resultados e realmente achamos que há um sinal aqui que precisa ser mais estudado," ele explicou.

Januzzi disse que o estudo mostrou que um ensaio futuro que considere uma duração de tratamento mais longa pode produzir melhores resultados em geral. Ele disse que os requisitos regulatórios para o estudo também limitaram a inscrição a pacientes com glicemia muito bem controlada.

"A cardiomiopatia diabética é um subproduto da glicemia mal controlada. Portanto, a outra questão é: será que o medicamento teria sido mais eficaz se os pacientes tivessem uma manifestação de Diabetes mais real?" Januzzi disse.

O estudo foi publicado online durante o ACC no *Journal of the American College of Cardiology*. ■

05 - SONO CURTO PODE AUMENTAR A PRESSÃO ARTERIAL, COM MAIOR RISCO PARA AS MULHERES

April 22, 2024
Healio

Principais Conclusões:

- O sono curto está associado ao aumento

do risco de hipertensão incidente, especialmente para as mulheres.

- Não houve associação entre longa duração do sono e risco de hipertensão.

ATLANTA — Adultos que dormem menos de 7 horas por noite têm maior probabilidade de desenvolver hipertensão ao longo do tempo, com maior risco observado para mulheres versus homens, relataram pesquisadores na Sessão Científica do American College of Cardiology.



"A motivação por trás da realização deste estudo resultou do impacto significativo da hipertensão como um fator de risco evitável para várias condições de saúde, particularmente DCV", disse **Aayushi Sood, MD**, residente do Centro Wright para Educação Médica de Pós-Graduação em Scranton, Pensilvânia, a Healio. "Apesar dos avanços na compreensão e no tratamento da hipertensão, a sua prevalência tem aumentado globalmente. Queríamos avaliar como algo tão simples como [o sono poderia estar contribuindo para o fardo da hipertensão](#)."



Os dados foram derivados de Sood A, et al. Resumo 1352-214.



Apresentado em: Sessão Científica do American College of Cardiology; 6 a 8 de abril de 2024; Atlanta.

Sood e colegas analisaram dados de 16 estudos de coorte publicados de 2000 a maio de 2023 que avaliaram a associação entre a duração do sono autorreferida e a incidência de hipertensão entre 1.044.035 adultos que não tinham hipertensão no início do estudo. A duração do acompanhamento variou de 2,4 a 18 anos (acompanhamento médio, 5 anos). A idade dos participantes variou de 35 a 61 anos e 61% eram mulheres.

Os pesquisadores descobriram que a curta duração do sono estava associada a um maior risco de desenvolver hipertensão (HR = 1,07; IC 95%, 1,06-1,09), e a associação foi mais pronunciada naqueles que relataram dormir menos de 5 horas por noite (HR = 1,11). ; IC 95%, 1,08-1,14).

Nas análises estratificadas por sexo, as mulheres tinham maior probabilidade do que os homens de desenvolver hipertensão com sono curto (HR = 1,07; IC 95%, 1,04-1,09). Os resultados não mudaram nas análises estratificadas por idade ou duração do acompanhamento, e os pesquisadores não observaram qualquer associação entre longa duração do sono e incidência de hipertensão.

“Embora a associação entre a curta duração do sono e o risco de hipertensão não tenha sido totalmente surpreendente com base na literatura existente, o grau de risco, especialmente para as mulheres, foi notável”, disse Sood a Healio. “O risco mais elevado para as mulheres em comparação com os homens pode ser atribuído a vários fatores, incluindo diferenças hormonais, variações nas respostas neuro-hormonais aos padrões de sono e potenciais interações com outros fatores de risco CV que podem afetar as mulheres de forma diferente”.

Sood disse que são necessárias mais pesquisas sobre os mecanismos subjacentes que ligam a duração do sono à hipertensão, [explorando intervenções para melhorar a qualidade](#) e a duração do sono e conduzindo estudos longitudinais para avaliar o impacto a longo prazo dos padrões de sono nos resultados cardiovasculares. Os pesquisadores observaram que uma limitação do estudo é que a duração do sono foi baseada em questionários auto-relatados e as mudanças na duração do sono durante o acompanhamento não foram avaliadas. A definição de sono curto também variou de acordo com o estudo (menos de 5 ou 6

horas).

“Além disso, investigar o papel dos fatores de estilo de vida e dos estressores psicológicos na mediação da relação sono/PA seria valioso, bem como uma melhor compreensão dos resultados do estudo com base no sexo”, disse Sood a Healio. ■