

**Alcançar metas glicêmicas individuais
em pacientes com T2D: quais são as
principais considerações?**

Renúncia de responsabilidade

- *Os produtos não aprovados ou as utilizações não aprovadas de produtos aprovados poderão ser debatidos pelo corpo docente; estas situações poderão refletir o estatuto de homologação em uma ou mais jurisdições*
- *O corpo docente que faz esta apresentação foi aconselhado pela USF Health e a touchIME a garantir que revela tais referências feitas relativamente à utilização não rotulada ou não aprovada*
- *A USF Health e a touchIME não endossam nem sugerem implicitamente a utilização de produtos ou utilizações não aprovados em virtude da menção de tais produtos ou utilizações nas suas atividades*
- *A USF Health e a touchIME não aceitam qualquer responsabilidade por erros ou omissões*



Uma conversa entre:



Dr.ª Joanna Van
Centro de Investigação de
Diabetes, Tustin, CA, EUA



Dr. Vincent Woo
Universidade de Manitoba
Winnipeg, Manitoba, Canadá

Quais são os desafios para alcançar o controlo glicémico em pacientes com T2D e como podem ser superados?

Dr.^a Joanna Van



Quais são as principais consequências do controlo glicémico deficiente?

Controlo glicémico deficiente

Complicações microvasculares¹



Neuropatia



Retinopatia



Nefropatia

Complicações macrovasculares¹



Doença cardiovascular



Doença cerebrovascular

O controlo glicémico deficiente é a principal causa de complicações e morte relacionadas com a diabetes e está diretamente relacionado com custos totais mais elevados de cuidados de saúde, hospitalização e medicação.^{2,3}

Quais são os obstáculos para alcançar metas glicémicas?

Relacionados com o paciente

- Negação da doença
- Falta de consciência da natureza progressiva
- Falta de formação sobre o controlo glicémico
- Medo de tratamento dos efeitos secundários
- Custos do tratamento
- Adesão
- Medo de agulhas



Inércia clínica



Relacionados com o médico

- Limitações de tempo
- Preocupações com o custo da terapia/dos testes
- Cuidados reativos em vez de cuidados proativos
- Falta de compreensão de novas terapias
- Falta de orientação sobre terapia individual



Relacionados com o sistema de saúde

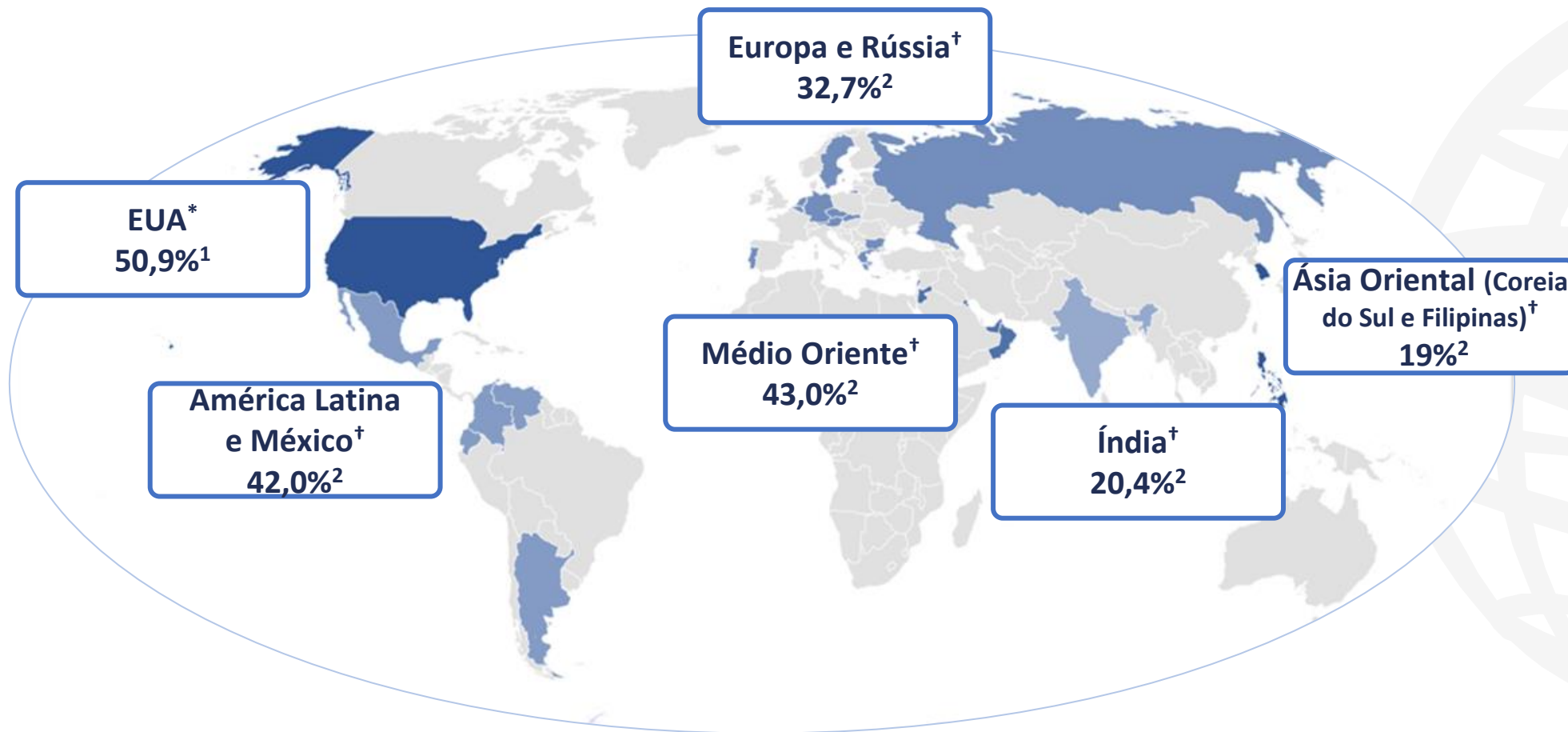
- Sem orientações clínicas
- Sem planeamento de visitas
- Nenhum contacto ativo com pacientes
- Nenhuma abordagem de equipa aos cuidados
- Má comunicação entre o médico e os funcionários

Como podem ser definidas e implementadas na prática clínica metas glicémicas individuais para pacientes com T2D?

Dr.^a Joanna Van



Quantos pacientes alcançam globalmente metas A1c de < 7,0%?

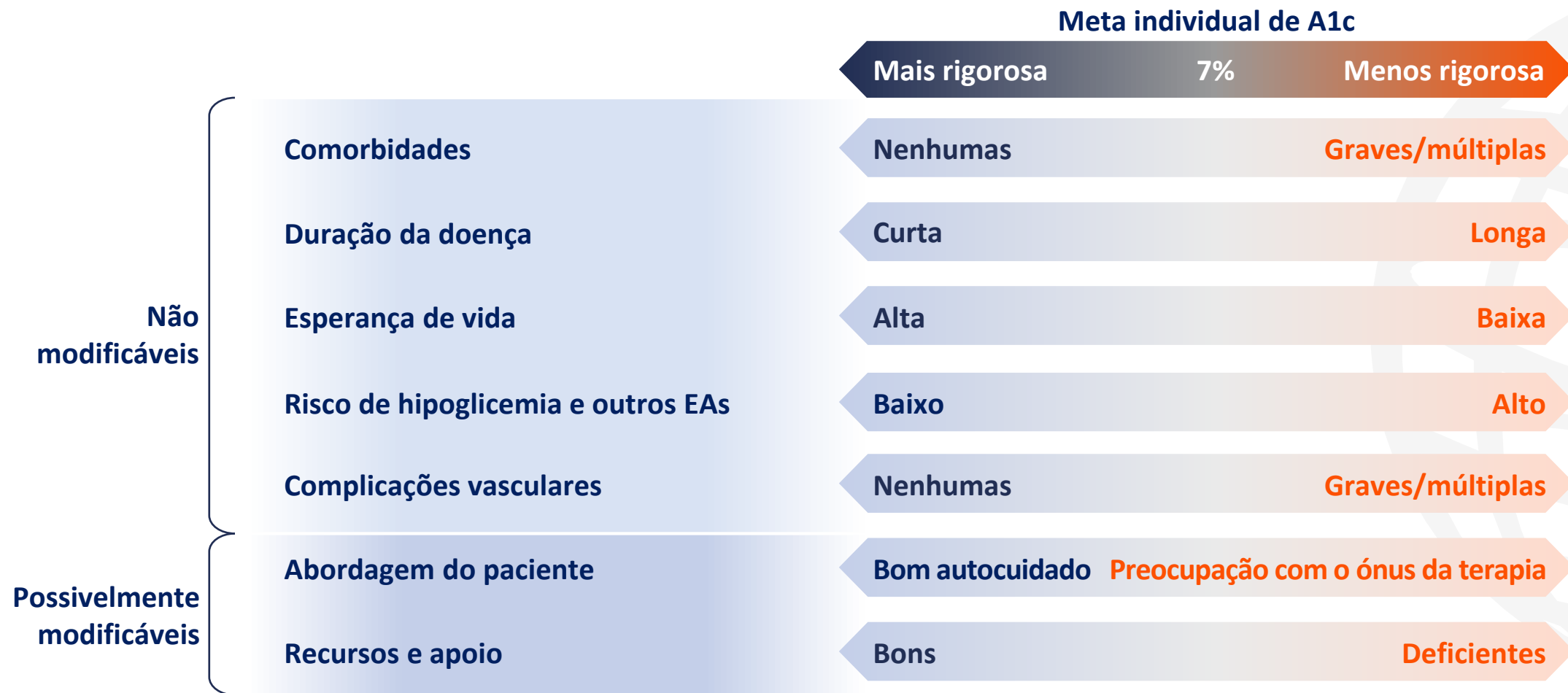


*Média superior a 3 anos; †Média superior a 1 ano.

A1c, hemoglobina glicada.

1. Carls G, et al. *Diabetes Ther.* 2017;8:863–73; 2. Brath H, et al. *Nutr Diabetes.* 2016;6:e217.

Que fatores influenciam a seleção de uma meta ideal de A1c?



A1c, hemoglobina glicada; EA, evento adverso.

American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl. 1):S73–84.

Quais são as metas ideais de A1c para diferentes grupos de pacientes?

Meta individual de A1c

Mais rigorosa

7%

Menos rigorosa

< 7%

Objetivo geral para pacientes adultas não grávidas sem hipoglicemia significativa¹

< 6,5%

1. Diabetes de curta duração²
2. Graus menores de disfunção das células β ²
3. Pacientes tratados apenas com estilo de vida ou metformina que obtêm uma melhoria significativa do peso²

< 7,5%

1. Doentes com um risco aumentado de hipoglicemia²
2. Adultos \geq 65 anos³

< 8-8,5%

Adultos \geq 65 anos de doença crônica coexistente, deficiência cognitiva ou dependência funcional³

A1c, hemoglobina glicada.

1. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl. 1):S73–84; 2. American Diabetes Association. *Clin Diabetes*. 2020;38:10–38;

3. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl. 1):S168–79.

Que opções de tratamento estão disponíveis para ajudar a alcançar com segurança metas glicêmicas em pacientes com T2D?

Dr.^a Joanna Van



Que tratamentos estão disponíveis?

Se a meta de A1c não for alcançada com metformina após 3 meses¹



ASCVD ou risco elevado de ASCVD



Predominância de HF ou CKD



Necessidade de reduzir a hipoglicemia



Necessidade de minimizar o ganho de peso ou promover a perda de peso



Considerações de custo

GLP-1 RA ou SGLT2i

SGLT2i

Se não for tolerado, selecionar GLP-1 RA com benefício CVD

GLP-1 RA, SGLT2i, DPP-4i ou TZD

GLP-1 RA ou SGLT2i
Se não for tolerado, selecionar DPP-4i com base na neutralidade de peso

TZD ou SU

Se a A1c estiver acima da meta considerar outras terapias, incluindo insulina basal

A1c, hemoglobina glicada; ASCVD, doença cardiovascular aterosclerótica; CKD, doença renal crônica; CVD, doença cardiovascular; DPP-4i, inibidor da dipeptidil peptidase 4; GLP-1, péptido-1 tipo glucagão; HF, insuficiência cardíaca; RA, agonista do recetor; SGLT2i, inibidor cotransportador de sódio-glucose 2; SU, sulfonilureia; TZD, tiazolidinediona.

1. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2021;44(Suppl. 1):S111–24.