



Diabetes mellitus tipo 2

Resumo de diretriz NHG M01 (terceira revisão, outubro 2013)

Rutten GEHM De Grauw WJC Nijpels G Houweling ST Van de Laar FA Bilo HJ Holleman F Burgers JS Wiersma Tj Janssen PGH

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Diagnóstico
 - Determinação do nível de glicose no sangue
 - Avaliação
 - Inventariação dos riscos
- Conduta
 - Acompanhamento
 - Consultas e encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Diagnóstico

Determinação do nível de glicose no sangue

- Em sintomas como sede, poliúria, perda de peso, prurido vulvar na terceira idade, infecções do trato urinário recorrentes e balanite, mononeuropatia, dor neurogênica e distúrbios sensoriais.
- Trienal durante consultas em paciente > 45 anos:
 - com um índice de massa corpórea (IMC) $\geq 27 \text{ kg/m}^2$;

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- com diabetes mellitus (DM) tipo 2 em pais ou irmãos;
- com hipertensão (pressão arterial sistólica >140 mmHg ou uso de anti-hipertensivos);
- com dislipidemia (níveis de colesterol-HDL \leq 0,90 mmol/l, triglicérides > 2,8 mmol/l);
- com (aumento do risco de) doenças cardiovasculares (ver diretriz *Administração do risco cardiovascular*);
- com descendência turca, marroquina ou do Suriname; origem hindu > 35 anos.
- Anualmente após diabetes gestacional durante os próximos cinco anos; em seguida, a cada 3 anos.

Avaliação

Estabelecer o diagnóstico DM em:

- glicemia (plasmática) em jejum \geq 7,0 mmol/l duas vezes em dois dias diferentes;
- glicemia (plasmática) em jejum \geq 7,0 mmol/l ou em momento aleatório \geq 11,1 mmol/l em combinação com sintomas compatíveis com hiperglicemia.

Inventariação dos riscos

- Inventariar doenças cardiovasculares: infarto do miocárdio, angina pectoris, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica.
- Perguntar o histórico familiar de doença cardiovascular nos pais ou irmãos antes da idade de 65 anos e tabagismo, nível de atividade física, hábitos alimentares e consumo de álcool.
- Determinar o IMC e pressão arterial.
- Determinar HbA1c, lipídeos, creatinina (para estimar a taxa de filtração glomerular (TFGe)), relação albumina/creatinina ou concentração de albumina na primeira urina da manhã.
- Em pacientes < 65 anos com TFGe de 45-60 ml/min/1,73m² ou em pacientes > 65 anos com TFGe 30-45 ml/min/1,73m² realizar sedimento de urina e determinar Hb, potássio, cálcio, fosfato, PTH, albumina sérica e albuminúria.
- Rastreamento de retinopatia diabética por meio de fundoscopia digital dentro de 3 meses após o diagnóstico de DM.

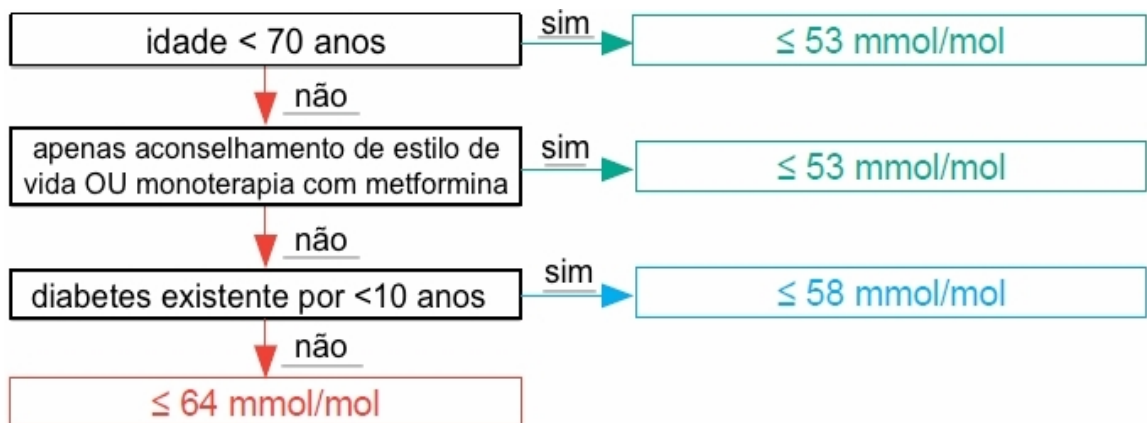
Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- Realizar exame dos pés: observar cor, alterações posturais, sinais de pressão local ou calos, úlceras e amputações; realizar testes de sensibilidade com monofilamento e fazer a palpação das artérias dos pés.

Conduta

- *Orientação*: fornecer informações sobre DM tipo 2 e as situações em que é necessário intervir.
- *Aconselhamento não medicamentoso*: não fumar, exercício físico regular, perda de peso em IMC > 25 kg/m², alimentação saudável; encaminhamento a um nutricionista.
- *Glicemia alvo*: em jejum 4,5 - 8 mmol/l; 2 horas pós-prandial < 9 mmol/l.

- *HbA1c-alvo*:



- *Terapia medicamentosa*: esquema passo a passo na prescrição de medicação para a redução da glicemia

- **Passo 1** Iniciar com metformina (500 mg 1x/dia, até 1000 mg 3x/dia).
- **Passo 2** Adicionar uma sulfoniluréia à metformina (de preferência gliclazida 30 mg 1x/dia, no máximo 120 mg 1x/dia ou gliclazida 80 mg 1-3x/dia, ambas dosagens com liberação prolongada).
- **Passo 3** Adicionar insulina-NPH 1x/dia às medicações dos passos 1 e 2 (em hipoglicemia noturna pode ser alterado para um análogo de insulina com efeito longo).

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Explicação do esquema

- Aumentar a dose a cada duas a quatro semanas. Se o aumento da dose não é possível (devido a efeitos adversos ou atingir a dose máxima diária) ir para o próximo passo.
- Em efeitos colaterais ou contra-indicações para qualquer uma das drogas do esquema, as outras 2 medicações mencionadas devem ser utilizadas como alternativa.

Adição de insulina uma vez por dia ao tratamento por via oral

- Iniciar com 10U de insulina-NPH entre o jantar e a hora de dormir.
- Determinar diariamente a glicemia em jejum e apenas se valores (repetidamente) elevados de glucose no sangue forem obtidos, ajustar a dose de insulina a cada 2 a 3 dias até a obtenção de resultados entre 4,5 e 8 mmol/l.

Insulina mista duas vezes por dia

- Utilizar 80% da dose diária total de insulina durante o regime de uma vez ao dia. Dividir a quantidade de unidades em 2/3 antes do café da manhã e 1/3 antes do jantar.
- Ajustar a dosagem até a glicemia de jejum atingir 4,5 - 8 mmol/l e a glicemia pós-prandial < 10 mmol/l.

Regime basal-bolus

- Utilizar 80% da dose diária total de insulina durante o regime de uma vez ao dia. Dividir esse valor em 3x 20% de insulina de ação curta/rápida antes das refeições e 1x 40% de insulina de ação (médio-)longa para a noite (quando convertido para regime bolus-basal de quatro vezes por dia);
- Ajustar a dosagem até a glicemia de jejum atingir 4,5 - 8 mmol/l e a glicemia pós-prandial < 10 mmol/l.

Tratamento de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares

A indicação de um anti-hipertensivo e uma estatina é feito com base na diretriz *administração do risco cardiovascular*.

Além disso: prescrever aos pacientes com diabetes do tipo 2 com micro- ou macroalbuminúria um inibidor da ECA; na hipertensão com micro- ou macroalbuminúria prescrever um inibidor da ECA ou antagonistas dos receptores da angiotensina.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Acompanhamento

- *Acompanhamento trimestral (realizado pela assistente do médico de família e comunidade (MFC))*: perguntas sobre o bem-estar geral, hipo- ou hiperglicemias, problemas com os conselhos relacionados à alimentação e o exercício, a medicação. Determinar glicemia de jejum. Determinar antes da consulta a curva de glicemia com 4 pontos, nos pacientes que utilizam a insulina mais de uma vez por dia, e a HbA1c (cada 3-6 meses). Determinar o peso corporal e pressão arterial. Examinar os pés em casos de alto risco de úlcera.
- *Controle anual (pelo MFC)*: idem aos controles trimestrais, mas ainda também:
 - perguntar: queixas de visão, queixas cardiovasculares, neuropatia (autônoma) e problemas sexuais; verificar se há indícios de depressão ou transtorno cognitivo; discutir o estilo de vida;
 - medir a pressão arterial e peso corporal; inspecionar o local de aplicação da insulina (nos usuários de insulina); examinar os pés e inspecionar a boca;
 - determinar glicemia de jejum, HbA1c, creatinina sérica, TFG e potássio sérico, na urina a relação albumina/creatinina ou concentração de albumina;
 - fazer pedido de fundoscopia a cada dois anos ou anualmente em sinais de retinopatia.

Conduta durante doenças intercorrentes: aconselhar o consumo adicional de líquidos em febre, vômitos ou diarreia, ajuste temporário do medicamento antidiabético. Descontinuar metformina em ameaça de desidratação. Nunca descontinuar insulina. Descontinuar diuréticos em ameaça de desidratação e em dano renal crônico.

Conduta em coma hipoglicêmico: 20 a 40 ml de solução de glicose a 50% endovenoso ou 1 mg de glucagon subcutâneo ou intramuscular. No retorno da consciência administrar alimentos ricos em carboidratos. Investigar causa da hipoglicemia.

Consulta e encaminhamento

Encaminhamento:

- em hiperglicemia grave (sonolência ou coma, respiração rápida e/ou profunda, desidratação ou vômitos); em recuperação insuficiente de coma hipoglicêmico, para a admissão hospitalar;

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- em macroalbuminúria, com TFG_e < 45 ml/min/1,73m² em pacientes < 65 anos ou TFG_e < 30 ml/min/1,73m² em pacientes > 65 anos, a um nefrologista;
- distúrbios na fundoscopia, a um oftalmologista;
- em (suspeita de) mononeuropatia (particularmente nos nervos cranianos), a um neurologista;
- em úlcera diabética, plantar ou profunda, ou sinais de doença vascular periférica ou infecção ou isquemia, em curto prazo/emergencial, a uma equipe especializada em cuidados dos pés; em outras úlceras que não cicatrizam dentro de duas semanas, encaminhar também a uma equipe especializada, sem emergência;
- durante a gestação (ou desejo de engravidar), a um internista/endocrinologista;
- em queixas odontológicas ou da boca, a um dentista e/ou higienista dental.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.