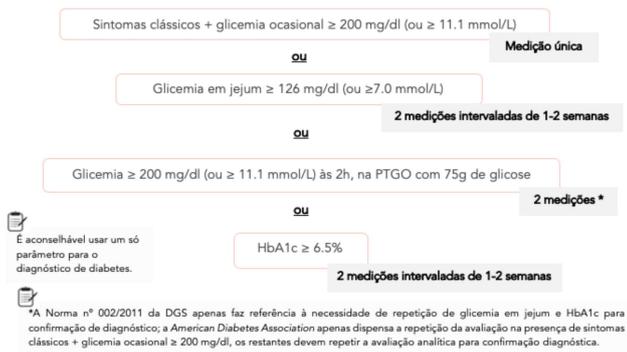


CrITÉRIOS de DiagnÓstico



Alvos Glicémicos

O alvo glicémico deve ser individualizado a cada doente, sendo influenciado por diferentes fatores: risco de hipoglicemia e de outros efeitos laterais, duração da doença, expectativa de vida, presença de outras comorbilidades, complicações vasculares estabelecidas, assim como preferência do doente.

HbA1c	< 7.0%	⇒ Maioria dos indivíduos Reduz as complicações microvasculares
Glicemia plasmática capilar pré-prandial	80-130 mg/dl	
Glicemia plasmática capilar pós-prandial	< 180 mg/dl	

HbA1c	< 6.5%	Doentes jovens com uma DM de curta duração e grande esperança de vida, sem evidência de DCV, e controlada com terapêutica não farmacológica ou terapêutica farmacológica em monoterapia sem potencial hipoglicemiante.
HbA1c	< 8 %	Doentes idosos com DM de longa duração e difícil controlo metabólico, com esperança de vida reduzida, com múltiplas comorbilidades e/ou na presença de história de hipoglicemia grave.

Follow-up do doente diabético

De forma a evitar a inércia terapêutica, o tratamento deve ser revisto a cada 3-6 meses.

Hemoglobina glicada A1C: Avaliação, pelo menos, semestral, podendo ser realizada com maior frequência, com intervalo mínimo de 3 meses, em doentes cujo tratamento mudou recentemente ou que não alcançaram os objetivos terapêuticos preconizados.

Microalbuminúria/rácio albumina-creatinina (RAC) em amostra de urina e Taxa de Filtração Glomerular (TFG): Avaliação, pelo menos, anual, 5 anos após o diagnóstico de DM tipo 1 e em todos os doentes com DM tipo 2. Se tira-teste normal, repetir anualmente;

- Se tira-teste alterada, repetir 3-4 meses depois:
 - Se tira-teste normal, repetir 1 ano após a primeira avaliação;
 - Se tira-teste mantiver alterações, realizar quantificação de albuminúria (urina ocasional em $\mu\text{g}/\text{mg}$ de creatinina, urina minutada ou urina de 24 horas);
- Doentes com RAC em amostra de urina $> 300\text{mg}/\text{g}$ e/ou TFG 30-60 ml/min devem ser monitorizados semestralmente.

Retinopatia diabética: Rastreio 5 anos após o diagnóstico de DM tipo 1 e no momento do diagnóstico de DM tipo 2; repetir rastreio a cada 1-2 anos ou mais frequentemente se forem encontradas lesões.

Neuropatia diabética e pé diabético: Avaliação no momento do diagnóstico de DM tipo 2 e 5 anos após o diagnóstico de DM tipo 1 e depois, pelo menos, anualmente, ou mais frequentemente se forem detetadas alterações: avaliação anual, semestral ou a cada 1-3 meses do pé se risco baixo, médio ou alto, respetivamente.

Eletrocardiograma: Recomendado nos doentes diagnosticados com Hipertensão arterial ou suspeita de DCV.

Pressão arterial: Avaliação em cada consulta de vigilância.

Perfil lipídico: Avaliação no início do tratamento com estatinas, 4-12 semanas após o seu início ou alteração e depois anualmente. Se não estiver sob estatina, avaliar perfil lipídico no momento do diagnóstico e de 5/5 anos se < 40 anos ou mais frequentemente se indicado.

Doença arterial coronária: Em doentes assintomáticos, não realizar rastreio por rotina.

Siglas: CV – cardiovascular; CVOTs - visões gerais de ensaios de resultados cardiovasculares; DCV – doença cardiovascular; DRC – doença renal crónica; FEVE – fração de ejeção do ventrículo esquerdo; HVE – hipertrofia do ventrículo esquerdo; IC – insuficiência cardíaca. Fármacos: iDPP4 – inibidor de DPP-4; aGLP1 – agonista de GLP1; iSGLT2 – inibidor de SGLT2; SU – sulfonilureia; TZD – tiazolidinediona

- Não utilizar TZD na presença de IC;
- Na ausência de terapêutica com aGLP1, pode optar-se por iDPP4;
- Optar por SU de última geração, pelo menor risco hipoglicémico; a glimepirida mostrou segurança CV semelhante aos iDPP4;
- Degludec e glargina U-100 demonstraram segurança CV;
- Benefício CV comprovado significa a existência de indicação de redução de eventos CV. Empa, cana e dapagliflozina mostraram redução da IC e da progressão de DRC in CVOTs. Cana e dapagliflozina demonstraram evidência primária na redução da progressão de doença renal crónica (DRC). Dapa e empagliflozina demonstraram resultados primários na IC.
- Eficácia na perda de peso por ordem decrescente (disponíveis em Portugal): semaglutide > liraglutide > dulaglutide > exenatide
- Risco de hipoglicemia por ordem crescente: degludec/glargina U-300 < glargina U-100/detemir < insulina NPH

Bibliografia:

Direção Geral da Saúde. "Programa Nacional para a Diabetes". 2017; Direção Geral de Saúde. "Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus". Norma DGS 002/2011; European Society of Cardiology (ESC). 2019 Guidelines on Diabetes, Pre-Diabetes and Cardiovascular Diseases developed in collaboration with the EASD. 2019; American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes - 2021. *Diabetes Care*. January 01 2021; volume 44, supplement 1, pag S1-S232; Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Parte I. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2017; 12 (1): 40-48; Direção Geral de Saúde. "Prescrição e Determinação da Hemoglobina Glicada A1c". Norma DGS 033/2011; Direção Geral de Saúde. "Diagnóstico sistemático da nefropatia diabética". Norma DGS 008/2011; Direção Geral de Saúde. "Prevenção e avaliação da nefropatia diabética". Norma DGS 005/2011; Direção Geral de Saúde. "Diagnóstico sistemático e tratamento da retinopatia diabética". Norma DGS 006/2011; Direção Geral de Saúde. "Diagnóstico sistemático do pé diabético". Norma DGS 005/2011; Direção Geral de Saúde. "Prescrição de exames laboratoriais para avaliação de dislipidemias no adulto." Norma 066/2011