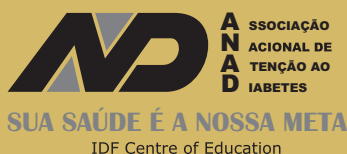


Diabetes Clínica News

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 29 À 02

ÍNDICE

JANEIRO
2024

01 - DIABETES DE INÍCIO RECENTE: SUGESTÃO PARA TRIAGEM DE CÂNCER DE PÂNCREAS 02

02 - RELAÇÃO ÁCIDO ÚRICO/HDL PODE PREDIZER SÍNDROME METABÓLICA EM PACIENTES COM DIABETES TIPO II 05

03 - ABBOTT E TANDEM LANÇAM NOVO SISTEMA HÍBRIDO DE ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA EM CIRCUITO FECHADO 06

04 - FDA LIBERA WEGOVY E OUTROS MEDICAMENTOS GLP-1 DO RISCO DE SUICÍDIO POR ENQUANTO 07

05 - A MAIORIA DOS ADULTOS ELEGÍVEIS PARA ESTATINAS NÃO AS RECEBE 08

01 - DIABETES DE INÍCIO RECENTE: SUGESTÃO PARA TRIAGEM DE CÂNCER DE PÂNCREAS

10 de janeiro de 2024

Fonte: Clinical Advisor

Relação Entre Diabetes Mellitus e Câncer de Pâncreas

Pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 têm duas vezes mais chances de sofrer de câncer de pâncreas, e o risco de neoplasia aumenta em 14% a cada aumento de 10 mg/dL na glicemia de jejum. O mau controle glicêmico aumenta os produtos finais de glicação avançada, que ativam o receptor para produtos finais de glicação avançada (RAGE). Essa ativação aumenta o risco de desenvolvimento de tumor ao se ligar a citocinas inflamatórias e à família de proteínas S100.

O pâncreas é um órgão exócrino e endócrino, portanto, danos ao próprio pâncreas também podem diminuir a secreção de insulina. O câncer de pâncreas também pode causar alterações patológicas que resultam em resistência à insulina.

Essas alterações levam ao Diabetes mellitus 3c, definido como Diabetes mellitus devido a diferentes distúrbios pancreáticos exócrinos.

Diabetes de Início Recente: Sinal Precoce de Câncer de Pâncreas

O Diabetes mellitus é considerado de início recente nos primeiros 2 a 3 anos após o diagnóstico. Tem sido implicado como um sinal potencial de neoplasia pancreática oculta, especialmente em pacientes com mais de 50 anos de idade. Um grande estudo de coorte incluindo 2,3 milhões de participantes realizado em Israel encontrou um risco significativo de diagnóstico de câncer de pâncreas durante o primeiro ano de diagnóstico de Diabetes mellitus, com taxas de risco de 15,24 em mulheres e 13,88 em homens. Em 40% dos pacientes diagnosticados com câncer de pâncreas, o Diabetes de início recente foi detectada nos

36 meses que antecederam o diagnóstico do câncer. Em comparação, o Diabetes mellitus foi encontrado em apenas 3,3% dos pacientes com outros tipos de câncer e em 5,7% dos indivíduos controle sem diagnóstico de câncer. Além disso, uma proporção significativa de pacientes com câncer de pâncreas com Diabetes recente submetidos à ressecção pancreática observou uma resolução do Diabetes mellitus e da resistência à insulina após a cirurgia, exemplificando a relação causal entre tumores pancreáticos e Diabetes recente.

Nos casos de câncer de pâncreas, o Diabetes mellitus se desenvolve devido aos processos bioquímicos que levam à disfunção das células das ilhotas e contribuem para a resistência à insulina antes que um tumor possa ser detectado radiograficamente. A disfunção das células das ilhotas tem sido atribuída à diminuição da densidade destas células, ao aumento da secreção de amilina e à inibição da secreção de insulina pela adrenomedulina liberada pelos exossomos do câncer pancreático.

Além disso, a adrenomedulina está atualmente sob investigação como um potencial biomarcador de rastreamento do câncer de pâncreas entre pacientes com Diabetes mellitus de início recente. Pensa-se que a resistência à insulina no contexto do câncer de pâncreas se deve a defeitos pós-receptores de insulina que afetam o armazenamento e a síntese de glicogênio; no entanto, não é bem compreendido e requer mais pesquisas.

Aplicação à Prática Clínica

A íntima relação entre o Diabetes mellitus de início recente e as neoplasias pancreáticas, particularmente em indivíduos com mais de 50 anos, enfatiza a importância de reconhecer o Diabetes mellitus como um potencial sinal precoce de câncer pancreático. Embora atualmente não existam parâmetros de rastreamento

universalmente aceitos para o câncer de pâncreas, os esforços de investigação em curso revelaram associações promissoras para futuras metodologias de rastreio.

Potenciais modelos de triagem foram sugeridos para identificar populações de alto risco e obter imagens nesses pacientes para facilitar um diagnóstico mais precoce. O *Score Enriching New-Onset Diabetes for Pancreatic Cancer* (END-PAC) é baseada na alteração de peso, alteração da glicemia e na idade de início do Diabetes. Uma pontuação inferior a 1 indica baixo risco, uma pontuação de 1 a 2 indica risco intermediário e uma pontuação de 3 ou mais indica alto risco. Na geração original deste modelo, a sensibilidade era de 78% no grupo de alto risco e havia um risco de 3,6% de câncer de pâncreas associado a esta categoria. Uma revisão retrospectiva dos dados de pacientes

da Kaiser
Permanente
Southern California



avaliou o modelo

END-PAC em diversas comunidades. Dos mais de 13.000 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão, aproximadamente 3.000 tiveram pontuação maior ou igual a 3.

Os pesquisadores encontraram um risco de 2% de desenvolvimento de neoplasia no grupo de alto risco e uma sensibilidade de 63%. Embora existam limitações a este modelo, ele introduz o potencial para um sistema simples de identificação de indivíduos de alto risco para avaliação adicional.

Um estudo separado no Reino Unido utilizou uma base de dados eletrônica de investigação de cuidados primários chamada *The Health Improvement Network* para criar uma ferramenta de avaliação do risco de câncer de pâncreas para utilização em pacientes com Diabetes recente. Os pesquisadores avaliaram idade, IMC, alteração no IMC, presença ou ausência de

tabagismo, uso de inibidores da bomba de proton, uso de medicamentos para Diabetes e níveis de hemoglobina, creatinina, fosfatase alcalina, hemoglobina A_{1c} e colesterol para criar matematicamente um score de probabilidade de risco. A sensibilidade e a especificidade desta equação foram testadas nos limites de 1%, 5% e 10%.¹ Diferentes limites de corte de probabilidade podem ser usados para diferentes cenários. Por exemplo, os investigadores descobriram que, ao utilizar o risco de 1% como limite para testes mais invasivos, apenas 6,19% da população diabética de início recente se enquadraria nas qualificações. Apesar da baixa porcentagem de participantes submetidos a testes adicionais, aproximadamente metade dos tumores pancreáticos nesta população seriam identificados. Embora esta abordagem tenha os seus benefícios e limitações, ela enfatiza ainda mais a importância do Diabetes recente como parte de uma estratificação de risco do paciente na detecção do câncer de pâncreas. Uma análise de 2 estudos de corte baseados nos EUA envolvendo quase 160.000 participantes descobriu que pacientes com perda de peso recente de 1 ou mais quilos no contexto de Diabetes recente tiveram um risco significativamente aumentado de diagnóstico de câncer de pâncreas quando comparados com pacientes sem perda de peso. Isto é significativo porque o Diabetes mellitus não relacionado ao desenvolvimento do tumor normalmente se apresenta com ganho de peso, e não com perda de peso. Isto pode ser um sinal de alerta valioso no contexto dos cuidados primários, especialmente quando numerosos pacientes são diagnosticados regularmente com esta doença endócrina. Esses achados encorajam uma maior suspeita clínica de neoplasia se esses indicadores clínicos estiverem presentes.

Conclusão

Apesar da necessidade de mais pesquisas e

aplicações clínicas, a relação entre Diabetes mellitus de início recente e tumores pancreáticos é um caminho promissor para um diagnóstico mais precoce. Devido à prevalência do Diabetes mellitus nos cuidados primários, é importante identificar os pacientes que possam estar em alto risco de uma causa maligna da doença endócrina (idosos, perda de peso, etc.). Aumentar a conscientização sobre esses sinais de alerta é crucial para melhorar a sobrevivência de indivíduos com câncer de pâncreas.

Elise Hudson, MPA, PA-C, formou-se recentemente no Programa de Mestrado em Assistência Médica da Universidade Augusta. Atualmente, ela está praticando como PA de trauma em Atlanta, Geórgia.

Kathy Holmes Dexter, MLS, MHA, MPA, PA-C, CAQ-Psych, é professora associada e reitora assistente de prática clínica na Augusta University College of Allied Health Sciences em Augusta, Geórgia.



Referências

1. Rawla P, Sunkara T, Gaduputi V. [Epidemiologia do câncer de pâncreas: tendências globais, etiologia e fatores de risco](#) . *Mundial J Oncol* . 2019;10(1):10-27. doi:10.14740/wjon1166
2. Patel N, Khorolsky C, Benipal B. [Incidência de adenocarcinoma pancreático nos Estados Unidos de 2001 a 2015: uma análise de estatísticas de câncer nos Estados Unidos de 50 estados](#) . *Cureus* . 2018;10(12):e3796. doi:10.7759/cureus.3796
3. Yuan C, Babic A, Khalaf N, et al. [Diabetes, alteração de peso e risco de câncer de pâncreas](#) . *JAMA Oncol* . 2020;6(10):e202948. doi:10.1001/jamaoncol.2020.2948
4. Han L, Jiang J, Xue M, e outros. ["A via de sinalização do ouriço sônico promove a dor do câncer de pâncreas por meio do fator de crescimento nervoso"](#) . *Reg Anesth Pain Med* . 2020;45(2):137-144. doi:10.1136/rapm-2019-100991
5. Yang J, Xu R, Wang C, Qiu J, Ren B, You L. [Rastreamento precoce e estratégias de diagnóstico do câncer de pâncreas: uma revisão abrangente](#) . *Cancer Commun (Londres)* . 2021;41(12):1257-1274. doi:10.1002/cac2.12204
6. Roy A, Sahoo J, Kamalanathan S, Naik D, Mohan P, Kalayarasan R. [Diabetes e câncer de pâncreas: explorando o tráfego de mão dupla](#) . *Mundo J Gastroenterol* . 2021;27(30):4939-4962. doi:10.3748/wjg.v27.i30.4939
7. Loveday BPT, Lipton L, Thomson BN. [Câncer de pâncreas: uma atualização sobre diagnóstico e tratamento](#) . *Aust J Gen Pract* . 2019;48(12):826-831. doi:10.31128/AJGP-06-19-4957
8. Yoshitomi H, Takano S, Furukawa K, Takayashiki T, Kuboki S, Ohtsuka M. [Cirurgia de conversão para câncer de pâncreas inicialmente irressecável: situação atual e questões não resolvidas](#) . *Surg hoje* . 2019;49(11):894-906. doi:10.1007/s00595-019-01804-x
9. McGuigan A, Kelly P, Turkington RC, Jones C, Coleman HG, McCain RS. [Câncer de pâncreas: uma revisão do diagnóstico clínico, epidemiologia, tratamento e resultados](#) . *Mundo J Gastroenterol* . 2018;24(43):4846-4861. doi:10.3748/wjg.v24.i43.4846
10. Lee ES, Lee JM. [Diagnóstico por imagem do câncer de pâncreas: uma revisão do estado da arte](#) . *Mundo J Gastroenterol* . 2014;20(24):7864-7877. doi:10.3748/wjg.v20.i24.7864
11. Mizrahi JD, Surana R, Valle JW, Shroff RT. [Câncer de pâncreas](#) . *Lanceta* . 2020;395(10242):2008-2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30974-0
12. Cai J, Chen H, Lu M, et al. [Avanços na epidemiologia do câncer de pâncreas: tendências, fatores de risco, rastreamento e prognóstico](#) . *Câncer Lett* . 2021;520:1-11. doi:10.1016/j.canlet.2021.06.027
13. Andersen DK, Korc M, Petersen GM, et al. [Diabetes, Diabetes pancreatogênico e câncer de pâncreas](#) . *Diabetes* . 2017;66(5):1103-1110. doi:10.2337/db16-

1477

14. Chen W, Butler RK, Lustigova E, Chari ST, Wu BU. [Validação do modelo enriquecedor de Diabetes de início recente para câncer de pâncreas em um ambiente de saúde diversificado e integrado](#) . *Dig Dis Sci* . 2021;66(1):78-87. doi:10.1007/s10620-020-06139-z

15. Boursi B, Finkelman B, Giantonio BJ, et al. [Um modelo de predição clínica para avaliar o risco de câncer de pâncreas entre pacientes com Diabetes recente](#) . *Gastroenterologia* . 2017;152(4):840-850.e3. doi:10.1053/j.gastro.2016.11.046 ■

02 - RELAÇÃO ÁCIDO ÚRICO/HDL PODE PREDIZER SÍNDROME METABÓLICA EM PACIENTES COM DIABETES TIPO II

05 de janeiro de 2024

Fonte: Medical Dialogues

Em um passo significativo em direção ao cuidado personalizado do Diabetes, um estudo recente destacou o potencial da razão ácido úrico/HDL (UHR) como um preditor chave para o início da síndrome metabólica em indivíduos com Diabetes tipo II. O estudo descobriu que a UHR pode ser usada como um marcador sensível significativo na previsão do desenvolvimento de Diabetes, considerando o alto potencial de desenvolvimento de síndrome metabólica em pacientes diabéticos. Os resultados do estudo foram publicados na revista *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*.

A crescente prevalência global de Diabetes mellitus emergiu como um foco significativo para as iniciativas de saúde pública. O impacto da síndrome metabólica sobre o Diabetes mellitus tem recebido considerável atenção nos últimos tempos. A relação ácido úrico/lipoproteína de alta densidade (UHR) ganhou recentemente destaque como preditor de Diabetes mellitus e ocorrência de síndrome metabólica em indivíduos com Diabetes tipo II. Assim, os pesquisadores conduziram um estudo para investigar a confiabilidade da UHR para prever a

síndrome metabólica em pacientes com Diabetes. O estudo, realizado em 2021 na clínica de Diabetes do Hospital Ali-Ibn Abi-Talib, na cidade de Rafsanjan, envolveu 300 pacientes com Diabetes tipo II. Empregando um método de amostragem conveniente, a pesquisa mergulhou em parâmetros demográficos, clínicos e laboratoriais, desvendando uma riqueza de insights sobre a intrincada relação entre UHR e síndrome metabólica.

Resultados:

- Uma revelação impressionante emergiu quando 74,33% dos participantes foram diagnosticados com síndrome metabólica, ressaltando a urgência de ferramentas preditivas para detecção precoce e intervenção.
- Uma análise mais aprofundada avaliou as diferenças entre pacientes com e sem síndrome metabólica. Aqueles com a síndrome apresentaram valores médios significativamente maiores de UHR e triglicérides ($p=0,002$ e $p<0,001$, respectivamente).
- O ponto crucial do estudo estava na identificação de um limiar de UHR – 8,118% – mostrando uma sensibilidade impressionante de 70,32% e especificidade de 55,08% no diagnóstico do desenvolvimento de síndrome metabólica no Diabetes tipo II.
- A análise da característica operacional do receptor (ROC) pintou um quadro vívido do potencial da UHR como uma ferramenta preditiva moderada, mas valiosa (AUC: 0,621, $P=0,001$, IC95%: 0,549–0,694).

Assim, à medida que absorvemos o impacto desses achados, torna-se evidente que a UHR pode emergir como um divisor de águas no monitoramento rotineiro de indivíduos com Diabetes tipo II. O estudo defende o monitoramento regular dos exames laboratoriais, posicionando a UHR

como um componente crucial no arsenal contra a síndrome metabólica. O estudo não apenas preenche uma lacuna crucial em nossa compreensão da síndrome metabólica, mas também convida a uma exploração mais aprofundada sobre o papel da UHR como um biomarcador preditivo.

Esse avanço pode abrir caminho para intervenções mais direcionadas e abordagens personalizadas no gerenciamento da complexa interação entre Diabetes e síndrome metabólica.

DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.numecd.2023.12.022> ■

03 - ABBOTT E TANDEM LANÇAM NOVO SISTEMA HÍBRIDO DE ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA EM CIRCUITO FECHADO

8 de janeiro de 2024

• A Tandem Diabetes Care integrou sua



TANDEM
DIABETES CARE

bomba de insulina

t:slim X2 com o sensor Freestyle Libre 2 Plus



Abbott

da Abbott, abrindo

caminho para o primeiro sistema automatizado de administração de insulina disponível para os clientes da Abbott nos EUA.

• O lançamento é um “marco importante” para a Abbott, já que o dispositivo da Tandem é “o primeiro sistema híbrido de circuito fechado a integrar-se ao Libre após anos de desenvolvimento”, escreveu Marie Thibault, analista da BTIG, em uma nota de pesquisa.

• A concorrente Medtronic também anunciou na segunda

Medtronic

feira que recebeu a marca CE para um novo sensor chamado Simplera Sync, aprovado para funcionar com sua bomba MiniMed 780G.

O lançamento combinado da Abbott e da Tandem foi um evento esperado para ambas as empresas. A integração marca a primeira vez que a Abbott oferece um sistema híbrido de circuito fechado nos EUA, enquanto a Tandem poderia se beneficiar de mais clientes no longo prazo.

No ano passado, a Abbott recebeu autorização da Food and Drug Administration para



uma versão modificada do seu sensor Freestyle Libre 2 que pode ser usado com sistemas automatizados de administração de insulina. O sensor pode ser usado por 15 dias, tanto por adultos quanto por crianças.

A Tandem agora vende bombas t:slim X2 pré-carregadas com o novo software. Os pacientes que já possuem a bomba at:slim X2 podem adicionar o recurso gratuitamente por meio de uma atualização remota de software.

No final de 2022, a Abbott lançou uma parceria para um sistema híbrido de circuito fechado na Europa com o algoritmo de Ypsomed e CamDiab. O CEO da Abbott, Robert Ford, disse aos investidores em uma teleconferência de resultados do terceiro trimestre que a parceria resultou em um crescimento “tremendo” para a empresa de bombas, e que a Abbott também espera oferecer um sensor duplo de glicose-cetona com uma bomba de insulina no futuro.

Entretanto, a Medtronic também está trabalhando no sentido de oferecer um sistema integrado baseado no seu mais recente CGM na Europa. A empresa anunciou que recebeu a marca CE para sua bomba de insulina 780G para uso com seu Simplera Sync CGM.

O Simplera Sync é baseado no sensor Simplera da Medtronic, que recebeu a marca CE no ano passado. O CGM foi um lançamento importante para a Medtronic

porque deixou a empresa mais alinhada com a concorrência, oferecendo um sensor descartável que não requer punção digital para calibração e não requer fita para mantê-lo no lugar. No entanto, tem um tempo de uso mais curto, de sete dias.

A Medtronic disse que planeja oferecer o 780G com Simplera Sync através de um lançamento limitado nesta primavera, com um lançamento comercial na Europa durante o verão. O sistema Simplera Sync não está atualmente aprovado pelo FDA. ■

04 - FDA LIBERA WEGOVY E OUTROS MEDICAMENTOS GLP-1 DO RISCO DE SUICÍDIO POR ENQUANTO

MedPage Today
11 de janeiro de 2024

Os agonistas do receptor GLP-1 provavelmente não causam pensamentos ou ações suicidas, de acordo com uma avaliação preliminar da FDA.

A investigação foi iniciada depois que o Sistema de Notificação de Eventos Adversos da FDA recebeu vários relatos de ideação suicida de usuários nos últimos meses, embora este não tenha sido um alerta de segurança observado em quaisquer ensaios clínicos ou estudos observacionais desses medicamentos. A *European Medicines Agency* anunciou também sua própria revisão do assunto.

A FDA afirmou que embora “não possa excluir definitivamente a possibilidade de existir um pequeno risco” neste momento, a sua avaliação preliminar não sugere uma ligação causal. “Comunicaremos nossas conclusões e recomendações finais depois de concluirmos nossa revisão ou tivermos mais informações para compartilhar”, observou a agência em seu comunicado de segurança.

Os agentes da classe de agonistas do GLP-1 incluem exenatida (Byetta, Bydureon

BCise), liraglutida (Victoza), dulaglutida (Trulicity), lixisenatida (Adlyxin), semaglutida (Ozempic, Rybelsus, Wegovy) e tirzepatida (Mounjaro, Zepbound), um agonista duplo do receptor GIP/GLP-1. Esses agentes apresentam indicações para o tratamento de Diabetes tipo 2, obesidade ou ambos.

Análises retrospectivas publicadas recentemente ajudaram a amenizar as preocupações com a tendência ao suicídio, mostrando que os pacientes que tomaram semaglutida (Wegovy) tiveram um risco significativamente menor de ideação suicida em comparação com aqueles que tomaram medicamentos anti-obesidade não-GLP-1 (0,11% vs 0,43%; HR 0,27, IC 95% 0,20-0,36).

Como parte de sua investigação em andamento, a FDA planeja realizar uma meta-análise dos ensaios clínicos do medicamento GLP-1 e uma análise dos dados pós-comercialização.

Enquanto isso, os profissionais de saúde devem monitorar e alertar os pacientes que tomam medicamentos GLP-1 sobre depressão nova ou agravada, pensamentos suicidas ou quaisquer alterações incomuns de humor ou comportamento. “Os profissionais de saúde devem consultar as informações de prescrição ao tratar pacientes com esses medicamentos”, aconselhou a agência.

Quanto aos pacientes, eles não devem parar de tomar esses medicamentos sem primeiro consultar o seu médico. Os pacientes devem informar ao seu médico se estiverem apresentando depressão nova ou agravada, pensamentos suicidas ou quaisquer alterações incomuns de humor ou comportamento.

Tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde podem relatar efeitos colaterais envolvendo agonistas do receptor GLP-1 ou outros medicamentos ao programa

MedWatch da FDA. ■

05 - A MAIORIA DOS ADULTOS ELEGÍVEIS PARA ESTATINAS NÃO AS RECEBE

04 de dezembro de 2023

Principais conclusões:

- A proporção de adultos elegíveis que utilizam estatinas atingiu um pico de 35,6% entre 2013-2018.
- As restrições de tempo podem impedir os médicos de calcular rotineiramente o risco de DCV aterosclerótica dos pacientes. A maioria dos adultos elegíveis para o uso de estatinas para prevenir DCV não as está recebendo, de acordo com um estudo publicado em *Annals of Internal Medicine*.

Em 2013, o American College of Cardiology (ACC) e a American Heart Association (AHA) elegibilidade de estatinas gastas para prevenção primária “com base na pontuação de risco aterosclerótico [DCV] (ASCVD)”, Casey J. Kim, MD, um internista de o departamento de medicina do Beth Israel Deaconess Medical Center, e colegas escreveram.



Beth Israel Lahey Health
Beth Israel Deaconess Medical Center

“Estudos anteriores examinaram tendências recentes no uso de estatinas para prevenção primária, mas não avaliaram o efeito das mudanças nas diretrizes”, observaram. “Nós hipotetizamos maiores aumentos no uso de estatinas para prevenção primária entre adultos com estatinas recentemente recomendadas pelas diretrizes da ACC/AHA”.

Os pesquisadores examinaram os dados da

Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição de 1999 a 2018 para determinar as tendências das estatinas.

A análise final incluiu 21.961 adultos, que representavam uma população ponderada de 173,9 milhões em 1999-2000 e 215,5 milhões em 2017-2018. Destes, 35,6% (IC 95%, 34,5%-36,8%) tinham indicação de uso de estatinas para prevenção primária. Kim e colegas descobriram que a proporção de adultos elegíveis às diretrizes que relataram receber estatinas aumentou de 11,6% (IC 95%, 7,7- 15,6) em 1999-2000 para 33,6% (IC 95%, 27,5-39,6) em 2013/2014, representando um aumento de 22 pontos percentuais (IC 95%, 14,7-29,2).

No entanto, de 2013-2014 a 2017-2018, não houve mudança significativa no uso de estatinas entre os pacientes elegíveis (alteração = -1,2 ponto percentual; IC 95%, -8,6 a 6,3 pontos percentuais).

Da mesma forma, entre os adultos que foram recentemente elegíveis para receber estatinas ao abrigo das diretrizes alargadas, não houve mudança significativa na proporção de utilizadores de estatinas de 2013-2014 para 2017-2018 (mudança = -2,1 pontos percentuais; IC 95%, -15,1 para 11).

Além disso, durante este período, a proporção de adultos com indicações mais fortes que usaram estatinas não se alterou significativamente, incluindo adultos com:

- Diabetes (mudança = 6,8 pontos percentuais; IC 95%, -7,3 a 21);
- Risco de DCVA acima de 20% (alteração = -0,4 ponto percentual; IC 95%, -13,2 a 12,3).

“Embora as diretrizes da ACC/AHA tenham ampliado as indicações para a prevenção primária, elas também aumentaram a complexidade da tomada de decisões, exigindo um novo cálculo de risco em várias

etapas”, escreveram os pesquisadores.

“Muitos médicos não usam rotineiramente calculadoras de risco cardiovascular por falta de tempo, disponibilidade de insumos ou adesão.”

Embora os registros eletrônicos de saúde possam calcular o risco de DCVA, Kim e colegas observaram que “eles não são implementados rotineiramente e não abordam outras barreiras, como prioridades concorrentes dos pacientes e tempo limitado para tomada de decisão compartilhada”.

Fonte: [Kim C, et al. Ann Intern Med. 2023;doi:10.7326/M23-1915.](#)

Divulgações: Kim relata ter recebido uma bolsa de estudos do prêmio New Young Scholars da Sociedade de Medicina Interna Geral. Por favor, consulte o estudo para todos os outros autores. divulgações financeiras relevantes.

Novas diretrizes AFib incluem recomendações mais elevadas para ablação por cateter, LAAO
[Michael Walter](#) | 01 de dezembro de 2023 | Negócios Cardiovasculares | [Cardiologia Intervencionista](#)

O [American College of Cardiology \(ACC\)](#) e a [American Heart Association \(AHA\)](#) publicaram novas diretrizes para o diagnóstico e tratamento da fibrilação atrial (AFib). Cardiologistas, eletrofisiologistas, cirurgiões, farmacêuticos, representantes de pacientes e outras partes interessadas colaboraram nas recomendações atualizadas.

O documento, disponível no *Journal of the American College of Cardiology* e no *Circulation*, inclui diversas atualizações importantes em comparação com diretrizes anteriores do setor.[1, 2] Por exemplo, ele abrange tratamentos mais agressivos, como ablação por cateter e oclusão do apêndice

atrial esquerdo (LAAO), devido aos dados clínicos mais recentes.

“A nova diretriz reforça a necessidade urgente de abordar a AFib como uma condição cardiovascular complexa que requer prevenção de doenças, modificação de fatores de risco, bem como otimização de terapias e cuidados dos pacientes. acesso a cuidados e gerenciamento contínuo e de longo prazo”, cardiologista [Jose Joglar, MD](#), chefe do programa de arritmia do [UT Southwestern Medical Center](#) e presidente do comitê de redação do documento, disse em um [declaração](#). “Esta é uma doença complexa. Não é apenas um distúrbio isolado do ritmo cardíaco, e agora sabemos que quanto mais tempo alguém fica com AFib, mais difícil é fazer com que ele volte ao ritmo sinusal normal.” ■

UT Southwestern
Medical Center