ISSN 1517-6428

Impresso Especial
9912298509 DR/SPM
ANAD
CORREIOS

Diabetes Clínica News

REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DIABETES E DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DE 14 À 18 ABRIL 2025

ÍNDICE

01 - GRANDES OSCILAÇÕES DE PESO SÃO ARRISCADAS EM PACIENTES COM DCV E OBESIDADE 02

02 - SEMAGLUTIDA ASSOCIADA A BENEFÍCIOS 'SIGNIFICATIVOS E CONSISTENTES' PARA PACIENTES COM CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO 03

03 - MEDICAMENTOS PARA OBESIDADE: QUEM PRECISA DE ACESSO PRIORITÁRIO 04

04 - MUITOS QUE SAEM DOS PRONTOS-SOCORROS SEM SEREM ATENDIDOS RETORNAM EM UMA SEMANA 06

05 - MONITORAMENTO CONTÍNUO DA GLICOSE PODE PREVER COMPLICAÇÕES MICROVASCULARES NO DIABETES TIPO 1 ....,..... 07

Apoios:

ANAD Associação Nacional de Atenção ao Diabetes
SUA SAÚDE É A NOSSA META

International Diabetes Federation
Centre of Excellence in Diabetes Care

ALAD
ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES

FMABC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

FENAD
UNIDOS SEREMOS FORTES
Federação das Associações e Entidades de Diabetes

COSEMS/SP
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo "Dr. Sabastião de Moraes"
Fundado em Março de 1988

ANBED
ASSOCIAÇÃO NACIONAL BRASILEIRA DE EDUCADORES EM DIABETES

01 - GRANDES OSCILAÇÕES DE PESO SÃO ARRISCADAS EM PACIENTES COM DCV E OBESIDADE

Comparado com peso estável, grande ganho de peso (≥ 10 kg) está associado a um risco aumentado de morte cardiovascular e mortalidade por todas as causas entre indivíduos com obesidade e doença cardiovascular (DCV). Grande perda de peso também está associada a um risco aumentado de mortalidade por todas as causas.

Metodologia:

· Pesquisadores conduziram um estudo de coorte prospectivo usando dados da coorte do UK Biobank (2006-2010) para examinar a associação entre alterações de peso e o risco de morte cardiovascular e mortalidade por todas as causas.

· No geral, 8.297 participantes com obesidade (idade média de 58 anos; 43,1% mulheres) que tinham DCV no início do estudo e medições de peso repetidas foram incluídos na análise.

· A DCV foi definida como tendo um diagnóstico de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, hipertensão ou angina. A obesidade foi definida como tendo índice de massa corporal ≥ 30.

· As alterações de peso desde o início até a próxima visita de acompanhamento foram categorizadas como grande perda/ganho de peso (≥ 10 kg), perda/ganho de peso moderado (5-10 kg) e peso estável (alteração de peso entre -5 e 5 kg).

· Os desfechos primários foram eventos cardiovasculares, incluindo uma primeira hospitalização cardiovascular por doença cerebrovascular e doença cardíaca isquêmica, morte cardiovascular e mortalidade por todas as causas; a duração média do acompanhamento foi de 13,9 anos.

· O grande ganho de peso foi associado a um risco maior de morte cardiovascular (razão de risco ajustadas

[aHR], 3,05; $P < 0,01$) e mortalidade por todas as causas (aHR, 1,93; $P < 0,05$) do que o peso estável.

· O ganho de peso moderado foi associado a um risco aumentado de doença cardíaca isquêmica (aHR, 1,48; $P < 0,05$).

· Grande perda de peso foi associada a um risco aumentado de mortalidade por todas as causas (aHR, 1,54; $P < 0,05$).

· Não foi observada associação significativa entre alterações de peso e o risco de doença cerebrovascular.

Na Prática:

"A manutenção de um peso estável, embora mesmo na faixa obesa, tem menos probabilidade de levar à morte", escreveram os autores do estudo. "Esclarecer e entender essas associações pode ser valioso sobre como melhor gerenciar as condições em pacientes com obesidade e DCV e melhorar sua qualidade de vida", acrescentaram

A obesidade parece estar associada à progressão maligna do esôfago de Barrett (EB), de acordo com uma recente revisão sistemática e meta-análise.

Os autores descobriram que existe uma relação dose-resposta entre o índice de massa corporal (IMC) e o adenocarcinoma esofágico (CAE) ou displasia de alto grau (DGA).

"A obesidade tem sido implicada na patogênese de muitos distúrbios esofágicos relacionados ao refluxo, como doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), BE e EAC", disse o autor sênior Leo Alexandre,

MRCP, PhD, professor clínico associado e membro do Norwich Epidemiology Centre na University of East Anglia e gastroenterologista do Norfolk & Norwich University Hospital NHS Foundation Trust, ambos em Norwich, Inglaterra.

"As diretrizes defendem a obesidade como um critério para triagem direcionada para BE em pacientes com sintomas de refluxo crônico", ele disse. "Embora a obesidade seja um fator de risco reconhecido para BE e EAC, não está claro se a obesidade é um fator de risco para progressão maligna."

fonte: *Clinical Gastroenterology and Hepatology* ■

02 - SEMAGLUTIDA ASSOCIADA A BENEFÍCIOS 'SIGNIFICATIVOS E CONSISTENTES' PARA PACIENTES COM CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

A semaglutida está associada a benefícios cardiovasculares significativos para pacientes com sobrepeso e obesos que já foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), de acordo com novos dados publicados no *Journal of the American College of Cardiology* .

Semaglutida é um agonista popular do receptor GLP-1 vendido pela Novo Nordisk sob as marcas Wegovy e Ozempic. Os agonistas do receptor GLP-1 foram originalmente desenvolvidos para tratar Diabetes, mas estão sendo usados cada vez mais para ajudar pacientes obesos e com sobrepeso a perder peso.

Para esta última análise, os pesquisadores rastrearam dados do estudo SELECT , originalmente projetado para examinar o impacto da semaglutida entre pacientes com sobrepeso/obesos sem Diabetes, e focado exclusivamente em mais de 2.000 pacientes com histórico prévio de CABG. Os pacientes tinham uma idade média de 65 anos, 84,2% eram homens e o IMC médio era de 31,9 kg/m ^{2} . Um histórico de hipertensão foi visto em 85,6% dos pacientes. As taxas de fibrilação atrial e insuficiência cardíaca preexistentes foram de 12,5% e 33,4%, respectivamente.

Os resultados do estudo confirmaram que os pacientes de CABG ainda enfrentam um risco elevado de eventos cardiovasculares isquêmicos após o tratamento. E mais uma vez, os pesquisadores escreveram, a semaglutida foi associada a "reduções significativas e consistentes" no risco de tais eventos.

Pacientes de CABG tratados com semaglutida subcutânea uma vez por semana apresentaram uma maior redução de risco absoluto no desfecho primário do estudo — eventos cardiovasculares adversos maiores, incluindo mortalidade por causas cardiovasculares, infartos do miocárdio não fatais e derrames não fatais — do que pacientes tratados com placebo. Além disso, a semaglutida foi associada a "uma redução consistente no desenvolvimento de Diabetes incidente" em comparação a um placebo nessa população de pacientes de alto risco.

"Além de seus efeitos antiateroscleróticos conhecidos, a semaglutida pode afetar a

permeabilidade do enxerto, o que pode contribuir para a redução de infartos do miocárdio não fatais e um importante impulsionador do prognóstico de longo prazo nesses pacientes", escreveu o primeiro autor Subodh Verma, MD, PhD , cirurgião cardiovascular da Universidade de Toronto, e colegas. "A observação de que a semaglutida reduz a incidência de Diabetes bioquímico de início recente, um fator de risco para oclusão do enxerto, também pode contribuir para os benefícios observados. Estudos anteriores mostraram que os benefícios cardiovasculares da semaglutida não são apenas o resultado da perda de peso. Observamos uma redução consistente do risco relativo no grupo CABG, apesar da menor perda de peso, uma descoberta alinhada com a literatura existente."

Verma et al. notaram que mulheres e pacientes negros estavam sub-representados em sua análise. Esse detalhe, eles escreveram, limita a generalização do estudo.■

03 - MEDICAMENTOS PARA OBESIDADE: QUEM PRECISA DE ACESSO PRIORITÁRIO

Quando novos medicamentos são tão eficazes que os médicos se referem a eles como "gamechangers", isso tende a gerar muito interesse. No caso dos agonistas do receptor de peptídeo 1 semelhante ao glucagon (GLP-1 RAs), como semaglutida e tirzepatida , a demanda foi tão intensa que resultou em escassez.

"Eles funcionam muito bem, e a quantidade de perda de peso que as pessoas estão vendo é sem precedentes", disse Supriya Rao, MD, gastroenterologista e especialista em medicina da obesidade , sócia-gerente da Integrated Gastroenterology Consultants, Lowell, e diretora de perda de peso médica no Lowell General Hospital em Lowell, Massachusetts. "Esses injetáveis realmente mudaram o cenário."

Muitos especialistas agora sugerem que os medicamentos funcionam tão bem que é hora de expandir o acesso a eles e permitir que mais pacientes de alto risco se beneficiem.

Na verdade, de acordo com os resultados de uma pesquisa recente do Medscape, muitos médicos acreditam que alguns pacientes merecem acesso prioritário. A pesquisa de médicos em setembro descobriu que 73% dos médicos acreditam que pacientes de alto risco devem ter melhor acesso a medicamentos para obesidade. Para os propósitos da pesquisa, "alto risco" foi definido como ter condições como doença cardíaca e hipertensão que são exacerbadas pelo excesso de peso.

Quem Tem Acesso

Tanto o Ozempic (semaglutida) da Novo Nordisk quanto o Mounjaro (tirzepatida) da Eli Lilly receberam aprovação da Food and Drug Administration (FDA) dos EUA para o tratamento de Diabetes tipo 2. A demanda aumentou quando as pessoas perceberam que os medicamentos também permitiam que as pessoas perdessem quantidades significativas de peso.

Por fim, o FDA expandiu o acesso a esses medicamentos aprovando o Wegovy (semaglutida) e o Zepbound (tirzepatida) especificamente para tratar pacientes com obesidade e condições de saúde relacionadas ao peso. O Wegovy também recebeu aprovação para prevenir eventos cardiovasculares em adultos com doenças cardiovasculares e obesidade. O FDA também expandiu sua aprovação para o Zepbound em dezembro para incluir o tratamento para apneia obstrutiva do sono , uma condição comum em pessoas com

obesidade . E muitos médicos gostariam de ver ainda mais condições aprovadas para dar acesso mais fácil às pessoas que podem se beneficiar desses medicamentos para perda de peso.

“Acho que eles deveriam começar a permitir que mais dessas condições comórbidas metabólicas se qualificassem”, disse Rao, sugerindo a doença hepática gordurosa como um exemplo potencial.

O potencial para benefícios que salvam vidas justificaria a expansão do acesso, disse Elizabeth Benge, MD, instrutora na Divisão de Medicina do Sono, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston. “Por exemplo, reduzir a obesidade em um paciente com comorbidades graves não apenas alivia seus sintomas, mas também diminui o risco de complicações de longo prazo e custos de saúde”, disse ela.

Na verdade, esses medicamentos também podem beneficiar pessoas obesas e em risco de comorbidades relacionadas ao peso, mas que ainda não as desenvolveram, de acordo com Brian Wojeck, MD, MPH, endocrinologista e professor assistente de medicina na Escola de Medicina de Yale, New Haven, Connecticut.

O benefício seria a prevenção de comorbidades relacionadas à obesidade em vez de abordar os danos que já ocorreram ao longo do tempo por condições como Diabetes tipo 2, ele disse. “Se você puder evitar que isso ocorra, isso é enorme”, disse Wojeck.

A pesquisa já continua a investigar outros benefícios potenciais dos RAs GLP-1, incluindo um novo estudo na Nature Medicine que sugere que esses medicamentos podem reduzir o risco de demência e outros distúrbios neurocognitivos, entre outros.

Duas Grandes Barreiras: Custo e Cobertura

Embora a escassez tenha impedido que alguns tivessem acesso à semaglutida e à tirzepatida, a escassez de ambas acabou por enquanto.

Atualmente, o custo é talvez a maior barreira de acesso para a maioria das pessoas. Os RAs GLP-1 são conhecidos por serem caros. A cobertura de seguro e os cupons do fabricante podem tornar os RAs GLP-1 muito mais acessíveis com descontos significativos no preço de tabela . No entanto, há uma grande variação quando se trata de cobertura de seguro de RAs GLP-1 para tratamento de obesidade ou perda de peso.

O Medicare não cobre o custo desses medicamentos somente para perda de peso, embora o Medicare Parte D cubra o custo do Wegovy para pacientes se eles tiverem uma indicação médica adicional aceita, como histórico de doença cardiovascular. Muitos programas estaduais do Medicaid também não cobrem o custo para fins de perda de peso. Algumas seguradoras privadas cobrem parte do custo para essa finalidade, mas muitas não. Uma pesquisa de monitoramento de saúde da Kaiser Family Foundation de maio de 2024 descobriu que, mesmo entre a maioria dos pacientes com seguro, o custo dos RAs GLP-1 era " difícil de pagar ".

De acordo com Ethan Lazarus, MD, médico especialista em obesidade, ex-presidente da Obesity Medicine Association e proprietário do Clinical Nutrition Center em Greenwood Village, Colorado , o custo é a principal barreira para muitos de seus pacientes, mesmo os pacientes de alto risco que passaram por

cirurgia de revascularização do miocárdio.

“A obesidade é geralmente uma exceção, e na minha prática, 80% das pessoas não têm cobertura, não importa o quão alto o risco que elas possam ter”, ele disse. “Sim, isso é antiético e precisa mudar.”

A maioria dos médicos entrevistados pelo Medscape em setembro concordou que as seguradoras privadas deveriam começar a cobrir o custo dos medicamentos para obesidade e remover quaisquer restrições de cobertura existentes.

Os médicos esperam que os custos eventualmente caiam. “Com o tempo, haverá competição suficiente por aí para que esses medicamentos tenham que ficar mais baratos”, disse Wojeck.

Um desenvolvimento recente pode abrir caminho para custos mais baixos. A Semaglutida foi nomeada como um dos 15 medicamentos para negociações de preços do Medicare, conforme estabelecido pelo Inflation Reduction Act. (Isso incluirá Ozempic, Wegovy e Rybelsus, uma forma oral de semaglutida.) A mudança pode eventualmente reduzir os preços do Ozempic e do Wegovy o suficiente para torná-los acessíveis a muito mais adultos mais velhos.

Mas, enquanto isso, os médicos tentam determinar como ajudar os pacientes que precisam desses medicamentos a terem acesso a eles.

“Escrevo muitas cartas de apelação”, disse Wojeck.

Além disso, os médicos devem se esforçar para coletar dados para ajudá-los a entender melhor suas populações de pacientes e aprender quais outras barreiras de acesso podem existir, observou Faith Fletcher , PhD, professora associada do Center for Medical Ethics and Health Policy do Baylor College of Medicine em Houston. Por exemplo, em algumas culturas, pode existir estigma em torno da perda de peso, então nem todos que poderiam se beneficiar de RAs de GLP-1 podem estar pedindo por eles.

A Escassez Acabou… Por Enquanto

Escassez pode acontecer novamente no futuro, e isso pode restringir o acesso a esses medicamentos novamente. Os médicos precisam estar prontos, se isso acontecer.

“Se alguns dos seus pacientes que precisam de medicamentos GLP-1 não puderem obtê-los, você deve trabalhar de forma colaborativa e criativa com outros para reduzir as barreiras à acessibilidade e identificar alternativas viáveis”, disse Gerard Vong, PhD, professor associado e diretor do programa de mestrado em bioética do Center for Ethics da Emory University em Atlanta. “Ao fazer isso, você deve considerar todos os fatores que afetam a saúde do paciente, incluindo o status socioeconômico e os desafios para acessar a assistência médica.”

04 - MUITOS QUE SAEM DOS PRONTOS-SOCORROS SEM SEREM ATENDIDOS RETORNAM EM UMA SEMANA

Principais conclusões:

- Quase um quinto dos indivíduos que saem do pronto-socorro sem serem atendidos retornam nos 7 dias seguintes.
- Os pacientes geralmente retornam no mesmo horário do dia, o que indica que podem ter dificuldades para acessar cuidados não emergenciais.
- Cerca de um em cada cinco indivíduos que saem do pronto-socorro sem serem atendidos retornam na semana seguinte, geralmente no mesmo horário do

dia, de acordo com os resultados do estudo de coorte.

· Uma análise secundária também revelou que mais de um quarto daqueles que deixaram o pronto-socorro sem serem atendidos retornaram em 30 dias, de acordo com os pesquisadores.

· Os serviços de emergência, especialmente os de emergência , enfrentam dificuldades crescentes, como superlotação com capacidade hospitalar reduzida, tempos de espera mais longos e um número crescente de pacientes que saem sem serem atendidos, escreveram Christopher S. Evans, MD, MPH, diretor associado de informática médica da East Carolina University Health, e colegas em uma carta de pesquisa publicada no *JAMA* .

· "Compreender as características do paciente associadas a [sair sem ser atendido] e as consequências posteriores, como atrasos no atendimento e visitas repetidas subsequentes, pode ajudar os sistemas de saúde a melhorar os processos de fluxo sistêmico para cuidar de forma ideal dos pacientes e garantir sua segurança", escreveram.

· Os pesquisadores conduziram um estudo de coorte retrospectivo usando dados de 2023 do Epic Cosmos, que inclui informações sobre mais de 270 milhões de pacientes em mais de 1.500 hospitais em todo o país.

· Ao longo de um período de estudo de um ano, os pesquisadores relataram 316.321 pacientes que saíram sem serem atendidos e 345.938 visitas (apenas 1,1% de todas as visitas ao ED nos dados). Dos pacientes que saíram sem serem atendidos (idade média, 43,7 ± 17,3 anos; 55,7% mulheres; 53% brancos), 13,2% chegaram por meio de um serviço médico de emergência e 55,2% tinham seguro privado. A coorte do estudo incluiu indivíduos de todos os 50 estados, mas as maiores porcentagens vieram de Nova York (7,94%), Ohio, Pensilvânia e Flórida.

· Estima-se que 18,5% dos pacientes que saíram sem serem atendidos retornaram ao ED pelo menos uma vez nos próximos 7 dias. Cerca de 0,19% foram admitidos na UTI, e 1,63% foram admitidos no hospital. Os pesquisadores relataram um intervalo de tempo mediano entre a saída e o retorno de 46,6 horas, e pouco mais da metade (58,3%) retornou ao mesmo lugar de onde saiu inicialmente.

· Eles também descobriram em uma análise secundária que 28,4% dos pacientes que saíram sem serem atendidos tiveram pelo menos uma consulta de retorno nos 30 dias seguintes.

· "As visitas de retorno ao DE neste estudo tiveram um padrão oscilante decrescente em intervalos de 24 horas, sugerindo que os pacientes retornam ao DE em um horário semelhante do dia e podem ter dificuldade de acessar cuidados em ambientes não DE alinhados com sua disponibilidade ou preferências", Evans e colegas escreveram. "Esforços contínuos para reduzir a utilização do DE de retorno entre pacientes [que saíram sem serem atendidos] podem se beneficiar de opções de cuidados alternativos que atendam às necessidades do paciente, incluindo fora do horário comercial tradicional."■

05 - MONITORAMENTO CONTÍNUO DA GLICOSE PODE PREVER COMPLICAÇÕES MICROVASCULARES NO DIABETES TIPO 1

O tempo no intervalo calculado a partir de dados de CGM virtual prevê retinopatia e neuropatia de forma semelhante aos dados de hemoglobina glicada

QUARTA-FEIRA, 22 de janeiro de 2025 (HealthDay News) — Rastros de monitoramento contínuo de glicose (CGM) de quatorze dias adicionados aos dados do Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) podem prever complicações microvasculares do Diabetes de forma semelhante à hemoglobina glicada, de acordo com um estudo publicado on-line em 8 de janeiro na Diabetes Technology & Therapeutics .

Boris P. Kovatchev, Ph.D., da University of Virginia em Charlottesville, e colegas examinaram a associação de métricas de CGM com complicações microvasculares de Diabetes tipo 1 observadas durante o DCCT e estabeleceram o tempo no intervalo (TIR) como um marcador para controle glicêmico. Traços de CGM virtuais foram adicionados aos dados originais do DCCT para cada participante usando um procedimento de aprendizado de máquina multietapas.

Os pesquisadores descobriram que o TIR (70 a 180 mg/dL) calculado a partir de dados de CGM virtual por 14 dias antes de cada medida de hemoglobina glicada refletiu as diferenças observadas no controle glicêmico entre os grupos DCCT intensivo e convencional, com TIR >60 por cento e <40 por cento nesses grupos, respectivamente. O TIR foi associado ao risco de desenvolvimento ou progressão de retinopatia, nefropatia e neuropatia, semelhante à hemoglobina glicada. O TIR previu retinopatia e microalbuminúria de forma semelhante aos dados originais de hemoglobina glicada.

"Demonstramos uma forte associação de TIR com o risco de desenvolvimento ou progressão de retinopatia e com o desenvolvimento de microalbuminúria", escrevem os autores.

Vários autores revelaram vínculos com a indústria biofarmacêutica.