ISSN 1517-6428

Impresso Especial
9912298509 DR/SPM
ANAD
CORREIOS

Diabetes Clínica News

REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DIABETES E DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DE 21 À 25
ABRIL
2025

ÍNDICE

01 - DIETAS RICAS EM FIBRAS ESTÃO ASSOCIADAS À SAÚDE INTESTINAL E À REDUÇÃO DE BACTÉRIAS NOCIVAS 02

02 - FATORES DO PACIENTE INFLUENCIAM O INÍCIO DO TRATAMENTO COM SEMAGLUTIDA APÓS O DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE 06

03 - EMBORA SUPERIORES A OUTRAS TERAPIAS DE INSULINA, OS SISTEMAS HÍBRIDOS DE CIRCUITO FECHADO DIFEREM EM EFICÁCIA 08

04 - AUMENTO DA GORDURA INTERMUSCULAR ASSOCIADA À DISFUNÇÃO MICROVASCULAR CORONÁRIA 11

05 - TRATAMENTO DA OBESIDADE PEDIÁTRICA PRODUZ MENOR MORBIDADE E RISCO DE MORTALIDADE EM ADULTOS JOVENS 12

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 - DIETAS RICAS EM FIBRAS ESTÃO ASSOCIADAS À SAÚDE INTESTINAL E À REDUÇÃO DE BACTÉRIAS NOCIVAS

Principais Conclusões

- Uma dieta rica em fibras pode ajudar a reduzir bactérias nocivas no intestino
- As fibras auxiliam as bactérias intestinais benéficas, produzindo compostos benéficos como ácidos graxos de cadeia curta
- A maioria dos americanos não atinge a recomendação diária de 30 gramas de fibras

QUARTA-FEIRA, 22 de janeiro de 2025 (HealthDay News) -- Comer mais fibras pode ser a chave para um intestino mais saudável? Pesquisas sugerem que a resposta é sim.

As descobertas, publicadas recentemente no periódico Nature Microbiology , analisaram microbiomas intestinais de mais de 12.000 pessoas em 45 países. Descobriu-se que indivíduos com níveis mais altos de bactérias intestinais benéficas chamadas Faecalibacterium também tinham menos bactérias nocivas, como E. coli .

“A principal conclusão do nosso estudo é que nosso microbioma intestinal desempenha um papel importante na redução do crescimento de bactérias potencialmente prejudiciais em nosso intestino, e parece que esse efeito pode ser modulado pela dieta”, disse o pesquisador principal Alexandre Almeida , membro da Universidade de Cambridge, à NBC News .

UNIVERSITY OF CAMBRIDGE

Faecalibacterium prospera em alimentos ricos em fibras, como vegetais, feijões e grãos integrais. Ela produz ácidos graxos de cadeia curta, compostos conhecidos por beneficiar a saúde intestinal.

Pesquisas relacionaram níveis mais baixos dessas bactérias a condições gastrointestinais, como doença inflamatória intestinal (DII).

Embora o estudo não prove que comer mais fibras reduza diretamente as bactérias nocivas, aumentar a ingestão de fibras oferece muitos benefícios à saúde, disse Almeida.

“Há evidências realmente sólidas de que as fibras ajudam no tratamento de Diabetes, controle de peso e doenças cardiovasculares”, disse o Dr. Walter Willett , professor da Escola de Saúde Pública Harvard TH Chan e da Escola Médica de Harvard em Boston, em um comunicado à imprensa.

HARVARD T.H. CHAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Adultos precisam de cerca de 30 gramas de fibras diariamente, de acordo com Willett, mas a maioria dos americanos consome cerca de 58% dessa quantidade.

Algumas trocas de alimentos ricos em fibras, cereal de farelo sem açúcar (14 g por ½ xícara) versus cereal de aveia torrado (3 g por xícara)

- Feijão-lima (13,2 g por xícara) versus aspargos (2,9 g por xícara)
- Sementes de abóbora (5,2 g por onça) versus avelãs (2,8 g por onça)
- Framboesas (8 g por xícara) versus mirtilos (3,6 g por xícara)

"Vejo pessoas com problemas gastrointestinais como constipação e diarreia, e a fibra é a única coisa que é boa para ambos", disse o gastroenterologista de Nova York, Dr. Daniel Freedberg, em um comunicado à imprensa. Ele é professor associado de medicina e epidemiologia na Columbia University Vagelos College of Physicians and Surgeons, na cidade de Nova York.

Ele observou que uma dieta rica em fibras pode proteger o cólon, "Existem alguns estudos em que as pessoas foram brevemente randomizadas para consumir uma dieta muito, muito rica em fibras ou uma dieta ultraprocessada", disse Freedberg. "Em suas biópsias, você pode ver mudanças não tão boas nos tecidos do cólon de pessoas que consumiram alimentos ultraprocessados."

Sua Dieta Pode Estar Atrapalhando Seu Sono. Aqui Está O Que Comer Em Vez Disso

Estudos mostram que quando as pessoas comem alimentos ricos em fibras, triptofano e gorduras insaturadas, elas dormem melhor à noite e têm menos desejos por junk food no dia seguinte.

Comer os alimentos certos ao longo do dia pode ser a chave para uma boa noite de sono.

Um crescente corpo de pesquisas descobriu que alguns alimentos podem ajudar seu corpo a produzir níveis ótimos de hormônios que são essenciais para um sono de boa qualidade. Mas outros alimentos podem fazer o oposto, interrompendo seus níveis de açúcar no sangue e hormônios e, finalmente, tornando você mais propenso a se revirar e acordar durante a noite.

Estudos descobriram que muitos adultos nos Estados Unidos e outros países ocidentais comem uma dieta que é prejudicial ao sono — uma que contém muitos alimentos ultraprocessados carregados de açúcares adicionados, carboidratos refinados e gordura saturada. Esses alimentos podem reduzir quanto tempo você passa em sono profundo, que é o estágio noturno do sono

durante o qual seu corpo repara e regenera tecidos, fortalece seu sistema imunológico e consolida memórias. Pesquisadores descobriram que uma dieta mais favorável ao sono é aquela que enfatiza plantas e outros alimentos ricos em triptofano — um aminoácido que desempenha um papel no sono — bem como gorduras insaturadas e carboidratos ricos em fibras, como frutas, vegetais, nozes, peixes, azeite de oliva, abacates e carnes não processadas. Estudos mostram que quando as pessoas comem esses alimentos, elas dormem melhor à noite e têm menos desejos por junk food no dia seguinte.

Mudar para essa dieta mais otimizada pode levar a melhorias perceptíveis no seu sono em apenas duas semanas, disse Marie-Pierre St-Onge, professora associada de medicina nutricional no Centro Médico Irving da Universidade de Columbia e diretora do Centro de Excelência em Pesquisa do Sono e Circadiana.

St-Onge conduziu dezenas de ensaios clínicos e outros estudos ao longo dos anos examinando a relação entre comida e sono. Sua pesquisa mostrou que o que comemos influencia como dormimos, e que como dormimos, por sua vez, influencia o que decidimos comer no dia seguinte.

Uma Dieta Pobre Pode Levar A Um Sono Ruim

Comer os alimentos errados pode atrapalhar seu sono noturno, o que pode provocar mudanças fisiológicas que fazem você desejar e procurar por junk food, criando um ciclo de má alimentação que alimenta o sono ruim e vice-versa.

Mas comer os alimentos certos pode criar um ciclo benéfico no qual você dorme bem e, como resultado, tem menos desejos por junk food e mais apetite por alimentos saudáveis que promovem um bom sono.

“Quando você tem uma boa qualidade de sono, é mais fácil fazer escolhas saudáveis relacionadas aos seus comportamentos de estilo de vida”, disse St-Onge, cujo novo livro, “ Eat Better, Sleep Better ,” explica a relação entre dieta e sono. “Você faz melhores escolhas alimentares, mas também tem mais energia para se exercitar e ser ativo, e tem um melhor humor geral e perspectiva em geral.”

Os hormônios que sustentam seu sono

Entender como comer de uma forma que melhore seu sono começa com o que St-Onge chama de dois hormônios "indispensáveis" que dão suporte ao sono. Um deles é a serotonina, que desempenha um papel importante em quão bem e por quanto tempo você dorme à noite, e o outro é a melatonina, que regula seu ritmo circadiano e ajuda você a adormecer.

Nossos corpos produzem

naturalmente esses hormônios. Mas para sintetizá-los, precisamos do aminoácido triptofano, que só podemos obter dos alimentos porque nossos corpos não o produzem.

Você provavelmente já ouviu o velho ditado que diz que comer peru dá sono porque o peru é uma ótima fonte de triptofano. Isso é apenas parcialmente verdade. O peru contém muito triptofano, mas vários outros alimentos também. E não é exatamente um sedativo de ação rápida. Pode levar de quatro a cinco horas para uma refeição passar pelo seu estômago e mais algumas horas para passar pelo seu intestino delgado, o que significa que qualquer triptofano que você consome demora um pouco para chegar ao seu destino final.

"Todo o processo de digestão, absorção e transporte de nutrientes por todo o corpo, onde eles podem ser sintetizados em hormônios e neurotransmissores, leva algum tempo", disse St-Onge. "Mas precisamos ter esses blocos de construção disponíveis para a produção de melatonina e sua secreção para quando chegar a hora."

Como Começar Uma Dieta Favorável Ao Sono

Apenas uma fração do triptofano que consumimos chega ao cérebro, onde pode ser convertido em serotonina e melatonina. Isso porque o triptofano tem que competir com outros aminoácidos para absorção.

Para garantir que seu corpo tenha um suprimento constante de serotonina e melatonina, você deve comer alimentos ricos em triptofano ao longo do dia, disse St-Onge, e deve combiná-los com alimentos vegetais que contenham muitas fibras e carboidratos complexos.

Comer dessa forma garante que seu corpo libere insulina suficiente para transportar aminoácidos que competem com o triptofano para seus músculos e tecido adiposo, abrindo caminho para que o triptofano atravesse a barreira hematoencefálica e seja sintetizado em melatonina e serotonina.

Alguns alimentos contêm não apenas triptofano, mas quantidades modestas de melatonina, serotonina e outros nutrientes que promovem o sono, incluindo magnésio, zinco, fibras e vitamina D:

- Triptofano: Carne, aves e frutos do mar contêm muito triptofano, especialmente salmão, peito de frango, peru, carne bovina, carne de porco, mariscos, atum, ovos e iogurte. Alguns exemplos de alimentos vegetais que contêm bastante triptofano são tofu, feijão branco, lentilha, edamame, aveia, arroz integral, cevada e sementes de gergelim, abóbora, chia, linhaça e girassol.
- Melatonina: Produtos de origem animal, como carne bovina, queijo,

frango, ovos, leite e frutos do mar contêm muita melatonina. Mas a melatonina também pode ser encontrada em frutas, vegetais e ervas, incluindo maçãs, laranjas, frutas vermelhas, bananas, manga, abacaxi, repolho, pepinos, rabanetes, tomates, alho e cebolas.

- Serotonina: A serotonina é encontrada em muitos alimentos vegetais diferentes, como nozes, pecãs, abacates, pak choi, bananas, ameixas, espinafre e arroz selvagem. Você também pode encontrá-la no chocolate amargo. Um estudo que testou diferentes tipos de chocolate descobriu que o chocolate amargo com 85% de cacau tinha os maiores níveis de serotonina.

Em seu livro, St-Onge fornece receitas e um plano de refeições para um sono melhor que ela criou com Kat Craddock, editora-chefe da Saveur, a revista gourmet de comida e viagens. Aqui estão alguns exemplos dessas refeições:

- Café da manhã: Um café da manhã típico, de acordo com o plano, pode incluir iogurte natural com muesli; quiche com salmão, queijo de cabra e espinafre; ou aveia noturna com gengibre, nozes e frutas.
- Almoço: O almoço pode incluir uma tigela de burrito de peru e feijão preto; tofu marinado com arroz integral; ou uma salada com atum, grão-de-bico e vinagrete de gergelim e gengibre.
- Jantar: No final do dia, um bom jantar seria algo como salmão com gergelim e gengibre com folhas verdes asiáticas; camarão ao alho com uma salada fresca; ou gemelli de grão-de-bico com abóbora, nozes, parmesão e brócolis assado no forno.

A esperança de St-Onge, ela disse, é que as pessoas finalmente entendam que há uma conexão entre tudo o que comemos ao longo do dia e como dormimos à noite.

"O que você come influencia sua fisiologia e biologia, mas também sua saúde mental", ela acrescentou. "Eu acho que às vezes as pessoas não pensam que o sono se origina do cérebro, mas ele realmente se origina — e a dieta desempenha um grande papel."▪

02 - FATORES DO PACIENTE INFLUENCIAM O INÍCIO DO TRATAMENTO COM SEMAGLUTIDA APÓS O DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE

Fatores do paciente, incluindo elementos sociodemográficos, de saúde e clínicos, foram associados ao início do tratamento com semaglutida, um agonista do receptor do peptídeo-1 semelhante ao glucagon (GLP-1 RA), em uma população com obesidade sem Diabetes tipo 2 (DT2) .

Entre mais de 97.000 adultos com seguro comercial em um estudo de coorte recente, aproximadamente 2,0% iniciaram o tratamento com

semaglutida dentro de 6 meses após o diagnóstico de obesidade, com sexo, plano de seguro e uso de medicamentos considerados fatores relevantes para o início da medicação.

"A associação desses fatores com o início do uso de semaglutida foi quantificada usando regressão logística multivariável, e o uso de medicamentos comuns, estrutura do plano de seguro, tipo de indústria empregadora e sexo foram todos significativamente associados ao início do uso de semaglutida", escreveu a equipe investigativa, liderada por Andrew C. Stokes, PhD, departamento de saúde global, escola de saúde pública, Universidade de Boston.

Como a obesidade e o sobrepeso afetam quase 74% dos indivíduos nos EUA, a demanda por medicamentos para obesidade, como os GLP-1 RAs, está crescendo, com aproximadamente 6% da população dos EUA atualmente tomando um. Anteriormente, os GLP-1 RAs eram aprovados exclusivamente para tratar DT2, com ensaios clínicos recentes relatando seus benefícios para o controle de peso e prevenção de doenças cardiovasculares (DCV).

A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA aprovou a semaglutida (Wegovy) em junho de 2021 para controle de peso em indivíduos com sobrepeso ou obesidade. Populações com obesidade, mas não Diabetes, são uma população única na determinação da captação de agonistas de GLP-1, com evidências limitadas sobre os fatores envolvidos no início da medicação. No entanto, as evidências sugeriram que esse subgrupo, em risco de desenvolver Diabetes e outras condições cardiometabólicas, pode ser subtratado devido à percepção do clínico e do paciente da obesidade como um fator de risco, não uma doença.

Para este estudo, Stokes e colegas exploraram o acesso dos pacientes aos agonistas do GLP-1 com base em fatores individuais, implementando uma abordagem de aprendizado de máquina para identificação de fatores e modelagem de regressão multivariável para medir a ligação entre esses fatores e o início do uso de semaglutida.

Coletando dados do Merative MarketScan Commercial Claims and Encounters Database, a coorte retrospectiva e observacional incluiu adultos dos EUA com idade ≥18 anos com um primeiro diagnóstico de obesidade entre junho de 2021 e julho de 2022 em um ambiente ambulatorial ou hospitalar. Os pacientes não poderiam ter recebido prescrição de medicamentos antiobesidade anteriores, ter passado por cirurgia bariátrica ou ter tido uma reivindicação

de Diabetes nos 12 meses anteriores ao diagnóstico de obesidade.

Na análise, conduzida de fevereiro a novembro de 2024, Stokes e colegas utilizaram um modelo de floresta aleatória validado cruzadamente de 10 vezes, examinando 698 variáveis potenciais associadas à prescrição incidente de semaglutida. Entre 97.456 indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão, 59,6% eram mulheres, 27,3% tinham entre 45 e 54 anos e 52,0% residiam no sul dos EUA.

Aproximadamente metade (50,7%) foi coberta por planos de organização de provedores preferenciais, mas apenas 2,0% (n = 1963) iniciaram semaglutida dentro de 6 meses do diagnóstico inicial de obesidade. Após análise posterior, o modelo de floresta aleatória revelou uma área sob a curva característica operativa do receptor (AUROC) de 0,71 (IC de 95%, 0,69–0,74), indicando desempenho discriminativo razoável.

Stokes e colegas classificaram as 20 principais características da lista de importância de características do modelo em um gráfico de Explicação Aditiva de Shapley, com as exposições mais importantes incluindo sexo, uso de antidepressivos e setor empregador. Um modelo de regressão logística multivariável foi implementado para quantificar a associação das 20 principais características com o início da semaglutida. Sexo feminino (razão de chances ajustada [aOR, 2,30; IC de 95%, 2,05–2,58), uso de antidepressivos (aOR, 1,62; IC de 95%, 1,46–1,78) e tipo de plano de seguro, particularmente um plano de ponto de serviço (aOR, 1,78; IC de 95%, 1,42–2,22), foram observados como fatores significativos.

“Essas descobertas sugerem que as desigualdades persistem no acesso a medicamentos neste subgrupo pouco estudado, e pesquisas futuras devem investigar fatores associados ao uso de agonistas do receptor GLP-1 em pessoas com planos de pagadores públicos, bem como se o uso concomitante de medicamentos comuns afeta a eficácia”, acrescentaram. ■

03 - EMBORA SUPERIORES A OUTRAS TERAPIAS DE INSULINA, OS SISTEMAS HÍBRIDOS DE CIRCUITO FECHADO DIFEREM EM EFICÁCIA

Principais conclusões:

- Todos os sistemas híbridos de circuito fechado melhoraram o tempo dentro da faixa e o tempo abaixo da faixa em comparação com outras terapias de insulina.
- O MiniMed 780G obteve a maior melhoria no tempo de alcance dos sistemas.

Os sistemas híbridos de circuito fechado superaram outros tipos de tratamento com insulina subcutânea

para Diabetes, mas alguns sistemas foram mais eficientes do que outros, de acordo com resultados publicados na *Diabetes/Metabolism Research and Reviews* .

“Embora haja muitas evidências de que os sistemas híbridos de cicuito fechados (HCLs) são mais eficazes em melhorar o tempo no intervalo com tempo semelhante ou até mesmo melhorado gasto em hipoglicemia em comparação com abordagens mais tradicionais, incluindo terapia de injeção diária múltipla, bombas de insulina autônomas e bombas de aumento de sensor, não há ensaios comparativos diretos entre os diferentes sistemas”, disse **Sergio Di Molfetta, PhD** , professor assistente na Universidade de Bari Aldo Moro e endocrinologista na Unidade de Endocrinologia do Hospital Universitário Policlinico Consorziale de Bari, Itália, ao Healio.

Além disso, embora esses sistemas sejam semelhantes na estrutura geral, os pesquisadores notaram que eles incluem diferentes algoritmos, componentes, configurações e funções adicionais, o que pode levar a resultados glicêmicos díspares.

Isso inspirou os pesquisadores a realizar uma revisão sistemática e meta-análise de rede para comparar a segurança e a eficácia de sete sistemas HCL alternativos disponíveis comercialmente: MiniMed 670G e MiniMed 780G (Medtronic); t:slim X2 com tecnologia Control-IQ (Tandem Diabetes Care); CamAPS Fx (CamDiab Ltd.); Diabeloop Generation 1 (DBLG-1; Diabeloop) e Diabeloop para Diabetes altamente instável (DBLHU; Diabeloop); e Omnipod 5 (Insulet Corporation).

Os pesquisadores identificaram 28 ensaios clínicos randomizados que compararam como 2.446 adultos, adolescentes e/ou crianças com Diabetes tipo 1 responderam a um HCL em comparação com outro tipo de tratamento de terapia de insulina subcutânea e relataram o tempo de 24 horas no intervalo (TIR) como um ponto final. Os ensaios elegíveis examinaram cinco sistemas HCL (MiniMed 670G, Minimed 780G, Control-IQ, CamAPS Fx e DBLG1).

Em todos os ensaios, a HbA1c basal, a duração do Diabetes, a duração da intervenção e a idade dos participantes foram semelhantes.

O desfecho primário da análise foi TIR, com os comparadores agrupados como terapia de insulina subcutânea sem monitoramento contínuo de glicose (SIT); terapia de insulina subcutânea com monitoramento contínuo de glicose (SITCGM); e suspensão de baixa glicose ou suspensão preditiva de baixa glicose (LGSPLGS).

Di Molfetta e colegas descobriram que todos os sistemas HCL aumentaram

significativamente o TIR em comparação com o SIT. Especificamente, o MiniMed 780G teve a maior melhora no TIR (diferença média [MD] = 21,59%; IC de 95%, 17,64-25,53) em comparação com o SIT, seguido pelo Control IQ (MD = 16,49%; IC de 95%, 11,72-21,25), MiniMed 670G (MD = 14,1%; IC de 95%, 10,99-17,22), CamAPS Fx (MD = 12,64%; IC de 95%, 8,06-17,23) e DBLG1 (MD = 10,9%; IC de 95%, 5,72-16,08). Além disso, a melhora no TIR foi significativamente maior com os sistemas HCL em comparação com o LGSPLGS (exceto para DBLG1) e o SITCGM e com o MiniMed 780G em comparação com os outros sistemas HCL.

Além disso, os pesquisadores descobriram que todos os sistemas HCL diminuíram o tempo abaixo da faixa em comparação com o SIT. O DBLG1 obteve a maior redução no tempo abaixo da faixa em comparação com o SIT com uma MD de –3,69% (IC de 95%, –5,2 a –2,19), seguido pelo MiniMed 670G (MD = –2,9%; IC de 95%, 3,77 a 2,04), MiniMed 780G (MD = 2,79%; IC de 95%, 3,94 a 1,64), Control IQ (MD = –2,5%; IC de 95%, 3,73 a 1,27) e CamAPS Fx (MD = –2,0%; IC de 95%, 3,44 a 0,59). A redução do tempo abaixo da faixa com os sistemas HCL foi numericamente maior do que com o LGSPLGS e com o SITCGM, exceto para o CamAPS Fx.

Todos os sistemas HCL reduziram significativamente o tempo acima da faixa e todos, exceto DBLG1, reduziram significativamente a glicose média em comparação com SIT e SITCGM. O MiniMed 780G atingiu as maiores reduções no tempo acima da faixa (MD = 18,82%; IC de 95%, 24,3 a 13,34) e na glicose média (MD = 26 mg/dL; IC de 95%, 36 a 15,9) em comparação com SIT.

Em relação à segurança, o risco de hipoglicemia e cetoacidose diabética foi semelhante entre pacientes que usaram sistemas HCL e pacientes que usaram outros tipos de terapia com insulina.

As análises de subgrupos também revelaram que “o Minimed 780G, diferentemente de outros sistemas HCL, foi ainda mais eficaz na melhora do TIR em estudos com HbA1c basal maior ou igual a 8%”, disse Di Molfetta ao Healio.

Além disso, “os sistemas HCL com algoritmos puramente preditivos, incluindo Control-IQ, CamAPS Fx e DBLG1, alcançaram maior melhora no TIR em estudos com idade média de participantes menor que 18 anos e menor duração do Diabetes (menor que 10 anos) e, portanto, são possivelmente mais eficazes nesses subgrupos de pacientes”.

Os pesquisadores notaram várias limitações neste estudo, incluindo baixa certeza de evidências para muitas comparações e sua incapacidade de aplicar esses resultados a pacientes com Diabetes tipo 2, mulheres grávidas e outras

populações “especiais” com Diabetes.

“O MiniMed 780G é provavelmente o sistema mais eficaz para melhorar o TIR, enquanto o DBLG1 é o mais eficaz para reduzir o tempo abaixo da faixa”, disse Di Molfetta ao Healio.

“O algoritmo do MiniMed 780G combina elementos de derivada proporcional-integral, controle preditivo de modelo e controle de lógica fuzzy e fornece bolus de autocorreção de até um a cada 5 minutos no topo da regulação basal da insulina. É por isso que, na minha opinião, ele é possivelmente mais eficiente no combate à hiperglicemia, particularmente no período pós-prandial.

Em contraste, o algoritmo DBLG1 permite que um limite de hipoglicemia mais alto seja definido para a administração de insulina e recomenda ainda a aplicação de açúcar preventiva calibrada quando a hipoglicemia é prevista apesar da redução da taxa basal”, disse Di Molfetta.

“Acreditamos que nossos resultados podem ser úteis para clínicos que facilitam a tomada de decisões personalizadas para o paciente”, ele acrescentou. “Especificamente, achamos que, juntamente com outros recursos do dispositivo, os resultados de ensaios clínicos devem fazer parte do processo de decisão para orientar para certos sistemas em vez de outros com base em metas glicêmicas e características clínicas do paciente.”■

04 - AUMENTO DA GORDURA INTERMUSCULAR ASSOCIADA À DISFUNÇÃO MICROVASCULAR CORONÁRIA

Ligação independente observada entre diminuição da reserva de fluxo coronário e diminuição do músculo esquelético, aumento do tecido adiposo intermuscular

TERÇA-FEIRA, 21 de janeiro de 2025 (HealthDay News) — O aumento da gordura intermuscular está associado à disfunção microvascular coronária (DMC) e a resultados cardiovasculares adversos, de acordo com um estudo publicado on-line em 19 de janeiro no European Heart Journal .

Ana Carolina do AH Souza, MD, Ph.D., da Harvard Medical School em Boston, e colegas acompanharam 669 pacientes (idade média, 63 anos) submetidos à avaliação para doença arterial coronária durante uma média de seis anos para eventos cardiovasculares adversos maiores (MACE). A associação da qualidade do músculo esquelético (SM) com CMD, conforme indicado pela reserva de fluxo coronário (CFR) e resultados cardiovasculares, foi examinada.

Os pesquisadores observaram uma forte correlação para o índice de massa corporal com tecido adiposo

subcutâneo (SAT) e tecido adiposo intermuscular (IMAT) e uma correlação moderada com SM. Associações independentes permaneceram para SM diminuído e IMAT aumentado com CFR diminuído. Tanto CFR menor quanto IMAT maior foram associados com MACE aumentado em análises ajustadas (razões de risco, 1,78 por −1U CFR e 1,53 por +10 cm 2 IMAT, respectivamente); SM e SAT maiores foram considerados protetores (razões de risco, 0,89 e 0,94 por +10 cm 2 , respectivamente). Um aumento independente de 2 por cento nas chances de CMD e um aumento de 7 por cento no risco de MACE foram observados em associação com cada aumento de 1 por cento na fração de músculo adiposo.

"Comparada à gordura subcutânea, a gordura armazenada nos músculos pode estar contribuindo para a inflamação e o metabolismo alterado da glicose, levando à resistência à insulina e à síndrome metabólica", disse a autora principal Viviany R. Taqueti, MD, MPH, também da Harvard Medical School em Boston, em uma declaração. "Por sua vez, esses insultos crônicos podem causar danos aos vasos sanguíneos, incluindo aqueles que irrigam o coração, e ao próprio músculo cardíaco."

05 - TRATAMENTO DA OBESIDADE PEDIÁTRICA PRODUZ MENOR MORBIDADE E RISCO DE MORTALIDADE EM ADULTOS JOVENS

Uma resposta benéfica ao tratamento da obesidade pediátrica, observada em um cenário do mundo real, reduziu o risco de morbidades cardiometabólicas no início da idade adulta, de acordo com um estudo nacional sueco recém-publicado pelo JAMA Pediatrics .

De acordo com o CDC, aproximadamente 1 em cada 5 crianças e adolescentes tem obesidade e, de 2017 a março de 2020, a prevalência de obesidade entre crianças e adolescentes nos EUA foi de 19,7% (14,7 milhões) entre aqueles com idades entre 2 e 19 anos.

"Até 2035, a prevalência global de obesidade em indivíduos de 5 a 19 anos é estimada em 18% entre meninas e 20% entre meninos", observaram os autores do estudo, liderados por Resthie Putri, PhD.

"A obesidade infantil está associada à hipertensão, doença hepática gordurosa, resistência à insulina e problemas psicossociais, como ansiedade, depressão e estigma", acrescentaram os autores.

Como os dados envolvendo impactos de longo prazo do tratamento da obesidade infantil e o risco de eventos relacionados à obesidade na idade adulta jovem são limitados, os pesquisadores buscaram avaliar esses resultados de efeitos de longo prazo em uma população sueca.

Detalhes e resultados do estudo

Uma coorte prospectiva de crianças e adolescentes com obesidade do Registro Sueco de Tratamento de Obesidade Infantil (BORIS) foi incluída, juntamente com comparadores da população geral, vinculados a registros nacionais.

Os participantes incluíram crianças e adolescentes de 6 a 17 anos, com resultados avaliados de indivíduos de 18 a 30 anos (2005 a 2020). Os comparadores da população geral foram pareados em uma proporção de 1:5 em sexo, área geográfica e ano de nascimento, de acordo com os dados do estudo.

Resposta ao tratamento da obesidade pediátrica (com base nas alterações na pontuação do desvio padrão do índice de massa corporal) e foram categorizadas como resposta ruim, intermediária e boa e remissão da obesidade.

Diabetes tipo 2 (T2D), dislipidemia, hipertensão, depressão ou ansiedade e cirurgia bariátrica para perda de peso foram os eventos relacionados à obesidade. A mortalidade também foi avaliada.

Entre os 6.713 indivíduos incluídos no estudo (56% homens), a idade média no tratamento da obesidade foi de 12,1 (quartil 1; quartil 3: 10,1; 14,3) anos e a duração do tratamento foi de 3,0 (1,8; 4,9) anos.

"Para DT2, hipertensão, dislipidemia, perda de peso após cirurgia bariátrica e resultados de depressão ou ansiedade, as taxas de incidência não ajustadas tenderam a diminuir com melhor resposta ao tratamento e a menor estimativa foi observada entre os comparadores da população em geral", declararam os pesquisadores do estudo.

A remissão da obesidade ou uma boa resposta no tratamento da obesidade, em comparação com respostas ruins, foi associada a um risco reduzido de mortalidade (razão de risco ajustada [HR], 0,12; IC de 95%, 0,03-0,46). Além disso, uma boa resposta ao tratamento foi associada a um risco menor de:

- DM2 (HR, 0,42; IC 95%, 0,23-0,77)
- Dislipidemia (HR, 0,31; IC 95%, 0,13-0,75)
- Cirurgia bariátrica (HR, 0,42; IC 95%, 0,30-0,58)

A remissão da obesidade demonstrou um risco reduzido semelhante, mas também um risco reduzido de hipertensão (HR, 0,40; IC de 95%, 0,24-0,65).

Para T2D, 113 indivíduos desenvolveram a condição durante o acompanhamento, em uma idade média de 22,2 anos. No geral, resposta intermediária, boa resposta e remissão da obesidade foram associadas a um risco reduzido de desenvolvimento de T2D em

comparação com resposta ruim.

"Comparado com o grupo de resposta ruim, os grupos de remissão da obesidade, boa resposta e resposta intermediária tiveram um HR ajustado de 0,16 (IC de 95%, 0,07-0,35), 0,42 (IC de 95%, 0,23-0,77) e 0,55 (IC de 95%, 0,36-0,85), respectivamente", de acordo com os resultados do estudo.

Houve 216 crianças e adolescentes que desenvolveram hipertensão no acompanhamento, com uma idade média de 23,4 anos.

Sessenta e seis indivíduos desenvolveram dislipidemia durante o acompanhamento em uma idade média de 22,5 anos. Em comparação ao grupo de resposta ruim, um risco menor de dislipidemia foi observado tanto na remissão da obesidade (HR ajustado, 0,22; IC de 95%, 0,09-0,57) quanto nos grupos de boa resposta (HR ajustado, 0,31; IC de 95%, 0,13-0,75).

Em relação à cirurgia bariátrica, a coorte BORIS incluiu 375 indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica com idade média de 20,5 anos, com HRs ajustados mais baixos observados para todos os grupos de resposta ao tratamento em comparação ao grupo de resposta ruim.

Um total de 21 mortes ocorreram na coorte BORIS com uma idade média de 23,6 anos. Risco menor de mortalidade foi observado no grupo de resposta intermediária (HR ajustado, 0,30; IC de 95%, 0,11-0,78) e nos grupos combinados de remissão de obesidade/boa resposta (HR ajustado, 0,12; IC de 95%, 0,03-0,46).

Conclusão

"Neste estudo, a resposta benéfica ao tratamento da obesidade pediátrica produziu benefícios duradouros à saúde, reduzindo significativamente os riscos futuros de morbidade e mortalidade na idade adulta jovem", concluíram os autores.■