ISSN 1517-6428

Impresso Especial
9912298509 DR/SPM
ANAD
CORREIOS

Diabetes Clínica News

REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DIABETES E DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

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

DE 16 À 20

FEVEREIRO

2026

ÍNDICE

01 - AASLD ADICIONA SEMAGLUTIDA ÀS DIRETRIZES DE PRÁTICA DA MASLD 02

02 - DESFECHOS CARDIOVASCULARES COM TIRZEPATIDA VERSUS DULAGLUTIDA NO DIABETES TIPO 2 03

03 - PÍLULA DE GLP-1 REDUZ EVENTOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM ALGUNS PACIENTES DIABÉTICOS 04

04 - ESTE EXAME DE SANGUE É UM MELHOR INDICADOR DE DOENÇAS CARDÍACAS DO QUE O COLESTEROL LDL? 07

05 - IMPACTO DE NOVOS AGENTES ANTI-HIPERGLICÊMICOS NAS COMPLICAÇÕES HEPÁTICAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE DE DADOS DE 5,3 MILHÕES DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 08

www.anad.org.br

01 - AASLD ADICIONA SEMAGLUTIDA ÀS DIRETRIZES DE PRÁTICA DA MASLD

Principais Atualizações

A Associação Americana para o Estudo de Doenças Hepáticas (AASLD) publicou uma atualização significativa de suas diretrizes de prática clínica sobre doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica (MASLD), incorporando formalmente a semaglutida como uma opção terapêutica recomendada para adultos com MASH e fibrose F2-F3. Essa expansão ocorre após a aprovação acelerada da semaglutida pela FDA em agosto de 2025 para MASH com fibrose moderada a avançada, após resultados positivos da Fase 3.

Resultados Preliminares da Fase 3

Resultados preliminares do estudo pivotal de Fase 3 ESSENCE (NCT04822181) demonstraram que 72 semanas de injeção subcutânea de semaglutida 2,4 mg/semana alcançaram:
Resolução da MASH sem piora da fibrose em 62,9% dos pacientes versus 34,3% nos pacientes que receberam placebo (p <0,001).

Redução de pelo menos um estágio na fibrose sem piora na classificação MASH em 36,8% dos pacientes versus 22,4% nos pacientes que receberam placebo (p <0,001).
Resolução da MASH e redução da fibrose hepática em 32,7% dos pacientes versus 16,1% nos pacientes que receberam placebo (p <0,001).

Redução de 10,5% no peso corporal em comparação com 2,0% nos pacientes que receberam placebo (p <0,001).

Principais Recomendações de Prática

• 1 Seleção de Pacientes

A AASLD recomenda a semaglutida para adultos com MASH e estágios de fibrose F2–F3 , identificados por testes não invasivos (TNIs), como VCTE (8–15 kPa), MRE (3,1–4,4 kPa) ou ELF (9,2–10,5), em vez de biópsia hepática.

Para pacientes com VCTE (15-20 kPa), MRE (4,4-5 kPa) ou ELF (10,5-11,3), a decisão de tratar com semaglutida deve ser baseada na exclusão de cirrose por meio de um teste de impedância neurológica confirmatório, exames de imagem seccionais ou contagem de plaquetas.

A semaglutida não é aprovada para o tratamento de pacientes com cirrose MASH (VCTE>20 kPa, MRE>5,0 kPa, ELF>11,3 e/ou evidência de hipertensão portal).

Pacientes com cirrose compensada que estejam recebendo semaglutida para outra indicação aprovada pelo FDA devem ser monitorados.

• 2 Monitoramento e Segurança

No estudo de Fase 3, a semaglutida demonstrou um perfil de segurança hepática favorável, sem interrupções do tratamento devido a elevações das enzimas hepáticas.
Recomenda-se a realização de exames hepáticos de rotina, quando indicados.
Os efeitos gastrointestinais, incluindo náuseas, diarreia, prisão de ventre e vômitos, foram os eventos adversos mais comuns.

Os médicos devem permanecer atentos a riscos raros, porém graves, incluindo doença sintomática da vesícula biliar, pancreatite, lesão renal aguda, progressão da retinopatia, tumores de células C da tireoide e perda de massa magra.
Recomenda-se o ajuste da dose para melhorar a tolerabilidade.

• 3 Terapia Concomitante

A AASLD não faz nenhuma recomendação sobre o uso combinado de semaglutida e resmetirom, devido à ausência de dados de ensaios clínicos.

Modificações no estilo de vida, incluindo perda de peso, otimização da nutrição e atividade física, continuam sendo fundamentais no tratamento da MASH, com a semaglutida como adjuvante.

Implicações Para a Prática Clínica

A inclusão da semaglutida representa um marco no tratamento da MASH, oferecendo aos médicos uma segunda opção terapêutica, respaldada por resultados histológicos e metabólicos robustos.

A ênfase na classificação da fibrose com base no NIT reduz a dependência da biópsia hepática, potencialmente ampliando o acesso ao tratamento e oferecendo uma abordagem mais prática para os pacientes. São necessários mais estudos para estabelecer os resultados a longo prazo e determinar a sequência e combinação ideais da semaglutida com outras terapias MASH.

Olhando Para o Futuro
As diretrizes atualizadas da AASLD fornecem parâmetros claros e orientados para a prática clínica para a incorporação da semaglutida no tratamento de adultos com MASH não cirrótica e fibrose F2-F3, com ênfase na avaliação não invasiva da fibrose e na seleção criteriosa dos pacientes.

Embora as diretrizes permaneçam adequadamente cautelosas, elas refletem uma mudança tangível na abordagem terapêutica da MASH. A modificação do estilo de vida continua sendo a base do tratamento, mas a semaglutida introduz uma segunda opção terapêutica para pacientes que apresentam resposta limitada apenas às medidas de estilo de vida.

Fonte:
https://touchendocrinology.com/insight/aasld-adds-semaglutide-to-masld-practice-guidance-key-updates/?utm_medium=email&utm_source=email&utm_campaign=Jan_TA_Newsletter_ENDO ■

02 - DESFECHOS CARDIOVASCULARES COM TIRZEPATIDA VERSUS DULAGLUTIDA NO DIABETES TIPO 2

Resumo

A tirzepatida, um agonista duplo das incretinas, atuando nos receptores do peptídeo semelhante ao glucagon-1 e do polipeptídeo insulinotrópico dependente de glicose, apresenta efeitos favoráveis no controle glicêmico e no peso corporal. Os efeitos sobre os desfechos cardiovasculares são incertos.

Métodos

Realizamos um ensaio clínico duplo-cego, controlado por comparador ativo, de não inferioridade, no qual pacientes com Diabetes tipo 2 e doença cardiovascular aterosclerótica foram randomizados na proporção de 1:1 para receber uma injeção subcutânea semanal de tirzepatida (até 15 mg) ou dulaglutida (1,5 mg), um agente que demonstrou reduzir a incidência de eventos cardiovasculares.

O desfecho primário foi um composto de morte por causas cardiovasculares, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral, e a não inferioridade da tirzepatida em relação à dulaglutida foi testada com uma margem de 1,05 para o limite superior do intervalo de confiança de 95,3% para a razão de risco. Um limite superior inferior a 1,00 foi considerado indicativo de superioridade da tirzepatida em relação à dulaglutida.

Resultados

Um total de 13.299 pacientes foram submetidos à randomização; 134 foram posteriormente excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. A população modificada por intenção de tratar incluiu, portanto, 6.586 pacientes no grupo da tirzepatida e 6.579 no grupo da dulaglutida.

A idade média (±DP) dos pacientes foi de 64,1 ± 8,8 anos, 29,0% eram mulheres, o

índice de massa corporal médio (peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros) foi de 32,6 ± 5,5, o nível médio de hemoglobina glicada foi de 8,4 ± 0,9% e a duração média do Diabetes foi de 14,7 ± 8,8 anos.

Um evento do desfecho primário ocorreu em 801 pacientes (12,2%) no grupo da tirzepatida e em 862 (13,1%) no grupo da dulaglutida (razão de risco, 0,92; intervalo de confiança de 95,3%, 0,83 a 1,01; P=0,003 para não inferioridade; P=0,09 para superioridade). A incidência de eventos adversos pareceu ser semelhante nos dois grupos, embora mais eventos adversos gastrointestinais tenham sido observados no grupo da tirzepatida.

Conclusões

Entre pacientes com Diabetes tipo 2 e doença cardiovascular aterosclerótica, a tirzepatida mostrou-se não inferior à dulaglutida em relação a um desfecho composto de morte por causas cardiovasculares, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral. (Financiado pela Eli Lilly; número do ClinicalTrials.gov do estudo SURPASS-CVOT: NCT04255433 .)

As terapias direcionadas aos receptores do hormônio incretina têm um papel crescente no tratamento do Diabetes tipo 2 e em estratégias para promover a perda de peso. Ensaios clínicos demonstraram que os agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon-1 (GLP-1) reduzem a incidência de eventos cardiovasculares adversos maiores em pacientes com alto risco cardiovascular e Diabetes tipo 2, doença renal crônica ou obesidade. As diretrizes clínicas integraram o uso de agonistas do receptor de GLP-1 no tratamento de pacientes com alto risco cardiovascular.

A tirzepatida é um agonista duplo dos receptores GLP-1 e do polipeptídeo insulinotrópico dependente de glicose. Ensaios clínicos demonstraram que a tirzepatida proporciona benefícios adicionais em relação ao controle glicêmico, peso, níveis de lipoproteínas aterogênicas, pressão arterial e desfechos renais, quando comparada a agonistas seletivos do receptor GLP-1 ou outros agentes hipoglicemiantes. Esses benefícios, se mantidos ao longo do tempo, também podem ter efeitos adicionais na incidência de eventos ateroscleróticos. No entanto, faltam dados de um ensaio clínico randomizado sobre o efeito da tirzepatida em desfechos cardiovasculares.

O papel estabelecido dos agonistas do receptor GLP-1 no tratamento do Diabetes tipo 2 em pacientes com alto risco cardiovascular impediu a comparação direta da tirzepatida com um placebo em um grande estudo clínico de longo prazo.

Realizamos o Estudo de Comparação da Tirzepatida com a Dulaglutida em Eventos Cardiovasculares Maiores em Participantes com Diabetes Tipo 2 (SURPASS-CVOT) para determinar os efeitos cardiovasculares da tirzepatida em comparação com os do agonista seletivo do receptor GLP-1, dulaglutida, em pacientes com Diabetes tipo 2 e doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida. Como a dulaglutida demonstrou reduzir a incidência de eventos cardiovasculares em comparação com o placebo, buscamos determinar se a tirzepatida era não inferior à dulaglutida em relação a eventos cardiovasculares, bem como se a tirzepatida estava associada a um maior benefício cardiovascular.

Fonte:
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2505928?emp=marcom ■

03 - PÍLULA DE GLP-1 REDUZ EVENTOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM ALGUNS PACIENTES DIABÉTICOS

— Os Pacientes Com Histórico De Insuficiência Cardíaca E Fração De Ejeção Preservada Pareceram Ser Os Que Mais Se Beneficiaram.

Principais Conclusões

Uma análise secundária de um ensaio clínico controlado por placebo revelou que o

risco de um desfecho composto de insuficiência cardíaca foi reduzido em 22% com o uso oral de semaglutida em pacientes com insuficiência cardíaca, Diabetes tipo 2 e certas comorbidades.

O benefício foi impulsionado por pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, enquanto nenhum efeito significativo foi observado naqueles com fração de ejeção reduzida ou sem histórico de insuficiência cardíaca.

O risco de eventos cardiovasculares adversos graves também foi menor em pacientes sem histórico de insuficiência cardíaca e apresentou uma tendência semelhante naqueles com histórico de insuficiência cardíaca, corroborando as principais conclusões do estudo SOUL.
De acordo com os resultados de um estudo randomizado, a semaglutida oral (Rybelsus) protegeu contra eventos de insuficiência cardíaca em pacientes com Diabetes tipo 2 com histórico de insuficiência cardíaca e doença cardiovascular aterosclerótica, doença renal crônica ou ambas.

Em uma análise secundária do estudo SOUL, controlado por placebo, o tratamento diário com o comprimido de GLP-1 reduziu o risco de um desfecho composto de eventos de agravamento da insuficiência cardíaca ou morte em 22% para pacientes com insuficiência cardíaca (HR 0,78, IC 95% 0,63-0,96), relataram pesquisadores liderados por Rodica Pop-Busui, MD, PhD, da Oregon Health & Science University em Portland.

As contribuições relativas dos componentes individuais — incluindo o tempo até a primeira ocorrência de hospitalização por insuficiência cardíaca, uma consulta de urgência por insuficiência cardíaca ou morte cardiovascular — "pareceram estar equilibradas", escreveu a equipe no JAMA Internal Medicine.

Essa redução do risco foi significativa apenas para pacientes com fração de ejeção preservada (ICFEp; HR 0,59, IC 95% 0,39-0,86) e não para aqueles com fração de ejeção reduzida
(ICFEr; HR 0,98, IC 95% 0,70-1,38). Isso pode estar relacionado a diferenças mecanísticas entre os subtipos, sugeriram Pop-Busui e seus colegas.
Não foi observado nenhum benefício em pacientes sem insuficiência cardíaca no início do estudo
(HR 1,01, IC 95% 0,84-1,20).

"A insuficiência cardíaca é uma das complicações cardíacas mais prevalentes em pessoas com Diabetes tipo 2", escreveram os autores do estudo, acrescentando que até 57% dos indivíduos com Diabetes tipo 2 também apresentam insuficiência cardíaca.

"Considerando a alta prevalência de insuficiência cardíaca (e particularmente de ICpFE) em pessoas com Diabetes tipo 2 e naquelas com obesidade, esses dados fornecem informações adicionais para os médicos ao considerarem as opções de tratamento e o impacto nos resultados da insuficiência cardíaca em pessoas com ou sem insuficiência cardíaca conhecida", observaram eles.

Nenhum medicamento GLP-1 possui indicação para a prevenção da insuficiência cardíaca, mas os dados do estudo SOUL levaram à aprovação da semaglutida oral para a redução do risco de eventos cardiovasculares adversos maiores (MACE).Em adultos de alto risco com Diabetes tipo 2, independentemente de eventos anteriores, tornando-se o primeiro comprimido de GLP-1 com essa indicação. (Diversos injetáveis de GLP-1 — incluindo semaglutida [Ozempic, Wegovy], dulaglutida [Trulicity] e liraglutida [Victoza] — e um comprimido de semaglutida formulado para obesidade)também apresentam indicações

para prevenção secundária de eventos cardiovasculares adversos maiores (MACE). Os dados da nova análise secundária complementam as principais conclusões do estudo SOUL.Observou-se uma redução de 14% no risco de eventos cardiovasculares adversos maiores (MACE) após 4 anos de tratamento, impulsionada principalmente pela redução de infartos do miocárdio não fatais. Na presente análise, o risco de MACE foi significativamente reduzido em pacientes sem histórico de insuficiência cardíaca (HR 0,86, IC 95% 0,75-0,98) e apresentou uma tendência de redução naqueles com histórico de insuficiência cardíaca (HR 0,83, IC 95% 0,68-1,01).

O estudo não tinha poder estatístico suficiente para comparar os resultados entre subgrupos. No entanto, os pesquisadores não encontraram interações significativas entre o efeito da semaglutida oral nos desfechos cardíacos e o tratamento concomitante com diuréticos de alça, antagonistas dos receptores de mineralocorticoides (ARM) ou inibidores de SGLT2 no início do estudo.

"O uso de inibidores de SGLT2 no atendimento a indivíduos com Diabetes tipo 2 é um possível indicador de doença cardiovascular mais grave, visto que as diretrizes clínicas priorizam esses e outros agentes semelhantes para indivíduos com doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida, insuficiência cardíaca e doença renal crônica", explicaram Pop-Busui e sua equipe.

"Portanto, as descobertas sobre os benefícios da semaglutida oral, independentemente do uso de inibidor de SGLT2 ou ARM entre os participantes do estudo SOUL, são clinicamente significativas, destacando o benefício potencial da adição de um agonista do receptor de GLP-1 a essas terapias em pessoas com Diabetes tipo 2, doença cardiovascular aterosclerótica e/ou doença renal crônica e insuficiência cardíaca", acrescentaram os pesquisadores.
O estudo SOUL de fase IIIb, duplo-cegoO estudo foi conduzido em 444 centros em 33 países. Um total de 9.650 participantes foram inscritos entre junho de 2019 e março de 2021, com base em diagnósticos de Diabetes tipo 2 com doença cardiovascular aterosclerótica, doença renal crônica ou ambas.

Os participantes tinham em média 66 anos de idade, sendo 28,9% do sexo feminino. Cerca de 23% (2.229 pessoas) tinham histórico de insuficiência cardíaca, incluindo 10,3% com fração de ejeção preservada e 6,1% com fração de ejeção reduzida (os demais eram de tipo desconhecido).

Os participantes foram aleatoriamente designados para receber 3 mg de semaglutida ou placebo correspondente uma vez ao dia durante 4 semanas, seguidos por 7 mg uma vez ao dia durante 4 semanas e, em seguida, 14 mg uma vez ao dia.
Vale ressaltar que o principal desfecho da análise secundária — tempo até a primeira ocorrência de piora da insuficiência cardíaca ou morte cardiovascular — apresentou uma tendência na direção oposta para o subgrupo de pacientes norte-americanos (HR 1,23, IC 95% 0,82-1,84), que representava cerca de 16% da população com insuficiência cardíaca no início do estudo.

As taxas de eventos adversos graves não diferiram entre os grupos que receberam semaglutida oral e placebo (53,8% vs 57,1%), nem houve diferenças nos eventos adversos de interesse especial, que incluíram pancreatite e distúrbios gastrointestinais ou da vesícula biliar.

Os subtipos de insuficiência cardíaca foram classificados com base em dados relatados pelos investigadores e não em avaliações clínicas padronizadas, o que pode ter levado a algumas classificações incorretas. Além

disso, os pesquisadores observaram que alguns participantes podem ter mudado de subtipo entre o diagnóstico e a inclusão no estudo devido à variabilidade da fração de ejeção do ventrículo esquerdo.

Fonte:
https://www.medpagetoday.com/cardiology/chf/119701 ■

04 - ESTE EXAME DE SANGUE É UM MELHOR INDICADOR DE DOENÇAS CARDÍACAS DO QUE O COLESTEROL LDL?

Pesquisas Recentes Sugerem Que Mais Pessoas Deveriam Ser Examinadas Para Detectar Uma Proteína Chamada Apob. Um Número Crescente De Médicos Concorda.

O colesterol "ruim", ou LDL, é um importante fator de risco para doenças cardíacas e a maioria das pessoas faz exames para detectá-lo como parte de seus exames físicos anuais. Existe outro marcador no sangue que pode ser um melhor indicador de risco de doença cardíaca , segundo uma recente revisão abrangente. Mas ele não faz parte dos exames de sangue de rotina.

A apolipoproteína B (apoB) é uma proteína que se liga a partículas de gordura nocivas no sangue. A proteína apoB é encontrada na superfície de lipoproteínas prejudiciais, como a lipoproteína de baixa densidade (LDL), que contribuem para doenças cardíacas. Como cada uma dessas partículas nocivas contém uma molécula de apoB, o teste para detectá-la essencialmente identifica o número total de compostos nocivos que formam placas.

Os médicos geralmente monitoram de perto o LDL como um dos principais indicadores de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas. Se estiver elevado, podem recomendar mudanças no estilo de vida ou o uso de medicamentos para reduzi-lo.
O colesterol é uma substância cerosa, semelhante à gordura, que o corpo usa para construir células e produzir hormônios como a testosterona e o estrogênio.

Um perfil lipídico sanguíneo geralmente fornece informações sobre o nível total de colesterol no sangue, incluindo LDL, lipoproteína de densidade muito baixa (VLDL) e lipoproteína de alta densidade (HDL). O exame de sangue também verifica os triglicerídeos, outro tipo de gordura no sangue que pode contribuir para doenças cardíacas.

As LDL e VLDL podem ficar presas nas paredes de uma artéria, causando, em última instância, o estreitamento do vaso e contribuindo para doenças cardíacas, disse a Dra. Ann Marie Navar, cardiologista preventiva do UT Southwestern Medical Center em Dallas.

UT Southwestern Medical Center

“O colesterol não se dissolve no sangue como o açúcar e o chá doce. Ele fica armazenado em substâncias chamadas lipoproteínas”, disse Navar.

O problema é que um nível normal de LDL não significa necessariamente que você está livre de problemas. Algumas pessoas podem ter níveis elevados de apoB não detectados — um fenômeno chamado discordância. Fatores como sobrepeso, Diabetes ou níveis altos de triglicerídeos tornam essa discrepância entre LDL normal e apoB elevada mais provável.

As diretrizes atuais da Associação Americana do Coração não recomendam a realização rotineira de testes para apoB como parte da triagem de colesterol, exceto para alguns pacientes com triglicerídeos elevados.

Navar, no entanto, acredita que todos os adultos devem ser examinados para detectar a doença e verifica rotineiramente os níveis de apoB em seus pacientes.

A Dra. Samia Mora, cardiologista e diretora do Centro de Metabolômica Lipídica do Brigham and Women's Hospital, recomenda que o exame de apoB seja feito pelo menos uma vez para garantir que esteja de acordo com os resultados do exame de LDL.

Como É Feita A Análise Da Apob?

Doenças cardíacas são a principal causa de morte entre homens e mulheres nos EUA. Segundo o Dr. Thomas Dayspring, membro da National Lipid Association e renomado especialista em colesterol, o endurecimento das artérias causado pelo acúmulo de partículas que formam placas é melhor avaliado por meio do teste apoB.

“ApoB é, de longe, a melhor métrica que todos deveriam testar ao fazerem suas avaliações de risco cardiovascular”, disse Dayspring no outono passado durante uma participação no podcast “Proof with Simon Hill”.

Um teste de apoB analisa diretamente o número de partículas que obstruem as artérias no sangue. "O colesterol LDL indica quanto colesterol é transportado pelas partículas de LDL, e o apoB indica quantas partículas de LDL eu tenho", disse Mora.
O Dr. Jeffrey Berger, cardiologista preventivo do NYU Langone, afirmou que "a apoB oferece uma maneira prática e abrangente de avaliar a carga de colesterol", que está envolvida no acúmulo de colesterol ruim e na formação de placas.

No entanto, menos de 1% dos adultos nos EUA foram testados para essa proteína no sangue, de acordo com um estudo de 2024 patrocinado pela farmacêutica Regeneron e publicado no The American Journal of Preventive Cardiology.

O teste de ApoB está em alta entre influenciadores da área da saúde e é cada vez mais divulgado no mercado de exames de sangue comerciais. Recentemente, a rede de saladas Sweetgreen — que se associou a influenciadores contrários ao uso de óleos vegetais — lançou uma parceria com a empresa de testes Function Health e está promovendo a triagem de ApoB em seus cardápios.

O Dr. Michael Shapiro, cardiologista preventivo e presidente do Conselho de Lipidologia, Lipoproteínas, Metabolismo e Trombose da Associação Americana do Coração, afirmou que normalmente utiliza o teste de apoB em pacientes selecionados. “Acho que o melhor caso de uso é quando você está tratando alguém com terapia hipolipemiante”, disse ele, referindo-se a medicamentos como as estatinas, que são tomadas para reduzir o colesterol. “Talvez você tenha conseguido atingir o nível de colesterol LDL desejado e agora queira avaliar se a pessoa realmente alcançou a meta que você queria.”

Em alguns casos, o seguro pode cobrir o exame. Caso contrário, geralmente custa cerca de US$ 70 em um laboratório.
Não existem diretrizes claras sobre quais devem ser os níveis-alvo de apoB. Em pessoas saudáveis, valores de apoB inferiores a 90 mg/dL são geralmente considerados aceitáveis, embora alguns defendam que metas mais baixas, próximas de 70 mg/dL, podem ser mais adequadas para a prevenção de doenças cardíacas.
Para Navar, a verdadeira preocupação é que as pessoas não estejam verificando seus níveis de colesterol. Quase 25% dos adultos elegíveis não fizeram o exame nos últimos cinco anos , de acordo com uma pesquisa da Universidade Johns Hopkins.

Fonte:
https://www.nbcnews.com/health/heart-health/blood-test-heart-disease-protein-apob-ldl-cholesterol-rcna256520

■

05 - IMPACTO DE NOVOS AGENTES ANTI-HIPERGLICÊMICOS NAS COMPLICAÇÕES HEPÁTICAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE DE DADOS DE 5,3 MILHÕES DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Contexto e Objetivos

O Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é um fator de risco modificável reconhecido para carcinoma hepatocelular (CHC) e mortalidade relacionada ao fígado.

Os efeitos de novos agentes antidiabéticos — incluindo agonistas do receptor do peptídeo-1 semelhante ao glucagon (GLP-1 RAs), inibidores do cotransportador sódio-glicose 2 (SGLT-2) e inibidores da dipeptidil peptidase-4 (DPP-4) — sobre os desfechos hepáticos permanecem incertos. Nosso objetivo foi avaliar se essas terapias reduzem o risco de CHC e eventos hepáticos não relacionados ao CHC (EHNR) em pacientes com DM2.

Abordagem e Resultados

Foi realizada uma busca sistemática na literatura para identificar estudos que relatassem complicações hepáticas em pacientes com Diabetes tipo 2 que receberam agonistas do receptor de GLP-1 (GLP-1 RAs), inibidores de SGLT-2 ou inibidores de DPP-4.

As comparações foram feitas com pacientes que receberam diversas terapias hipoglicemiantes diferentes do medicamento em questão. Análises de subgrupos foram conduzidas em pacientes com doença hepática crônica. Metanálises de efeitos aleatórios foram utilizadas para estimar as razões de risco (HRs) agrupadas.

De 2.228 registros triados, 36 estudos de coorte, compreendendo 5.363.858 pacientes, foram incluídos. Comparados a outras terapias hipoglicemiantes, os GLP-1 RAs foram associados a riscos significativamente reduzidos de carcinoma hepatocelular (CHC) (HR agrupado 0,77, IC 95% [0,66–0,90]) e eventos relacionados ao fígado (ERF) (0,79 [0,65–0,95]). Os inibidores de SGLT-2 conferiram proteção semelhante contra o CHC (0,76 [0,67–0,86]) e eventos relacionados ao fígado (ERF) (0,82 [0,73–0,92]).

Em contrapartida, os inibidores de DPP-4 não foram associados à hepatoproteção, apresentando efeitos neutros no CHC (1,12 [0,91–1,39]) e aumento do risco de ERF (1,24 [1,15–1,34]).

Em pacientes com doença hepática crônica, os agonistas do receptor de GLP-1 foram associados exclusivamente à redução da descompensação hepática (0,79 [0,71–0,88]).

Conclusões

Os agonistas do receptor de GLP-1 (GLP-1 RAs) e os inibidores de SGLT-2 foram associados a efeitos hepatoprotetores em comparação com outras terapias hipoglicemiantes em pacientes com Diabetes tipo 2 (DM2), com os GLP-1 RAs demonstrando benefícios adicionais em doenças hepáticas crônicas. Esses achados fornecem evidências sobre as relações entre as classes de medicamentos antidiabéticos e os desfechos hepáticos em pacientes com DM2, podendo auxiliar na tomada de decisões clínicas.

Fonte:
https://journals.lww.com/hep/abstract/9900/impact_of_newer_antihyperglycemic_agents_on.1540.aspx ■