

# BMJ Best Practice

## Visão geral do diabetes

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Introdução</b>	<b>3</b>
<b>Doenças</b>	<b>4</b>
<b>Referências</b>	<b>7</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>8</b>

## Introdução

Diabetes é um termo geral para distúrbios caracterizados por poliúria. Geralmente refere-se ao diabetes mellitus, uma síndrome crônica comum com comprometimento do metabolismo de carboidratos, de proteínas e de gorduras devido à secreção insuficiente de insulina e/ou à resistência insulínica nos tecidos-alvo. As complicações do diabetes mellitus incluem tanto as sequelas macrovasculares (cardiovasculares) quanto as microvasculares (retinopatia, nefropatia ou neuropatia).

O diabetes insípido (DI) é bem menos comum e refere-se a transtornos da secreção da vasopressina (DI central) ou à ação da vasopressina (DI nefrogênica), resultando em anormalidade de concentração de urina.

## Doenças

### ◇ Diabetes mellitus do tipo 2 em adultos

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Diabetes mellitus do tipo 2 em adultos](#)

Doença comum caracterizada por resistência insulínica e deficiência relativa de insulina. A maioria dos pacientes é assintomática e é diagnosticada por meio de rastreamento (glicemia de jejum, hemoglobina A1c e/ou teste oral de tolerância à glicose anormais).[1] Os fatores de risco fortes incluem idade avançada, sobrepeso/obesidade, sedentarismo, diabetes gestacional anterior, pré-diabetes, ascendência não branca, história familiar de diabetes ou síndrome do ovário policístico. As modificações dos fatores de risco cardiovasculares (por exemplo, hipertensão e dislipidemia) são considerações de tratamento importantes, juntamente com o controle glicêmico para prevenir complicações microvasculares.

### ◇ Diabetes mellitus do tipo 1

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Diabetes mellitus do tipo 1](#)

Caracterizada por deficiência absoluta de insulina. A maioria dos casos resulta da destruição autoimune das células beta pancreáticas em indivíduos geneticamente suscetíveis. Geralmente manifesta-se com sintomas agudos ou cetoacidose na infância ou adolescência. Insulinoterapia vitalícia é necessária.

### ◇ Diabetes do tipo 2 em crianças

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Diabetes do tipo 2 em crianças](#)

A obesidade, levando à resistência insulínica, é a causa principal de diabetes do tipo 2 em crianças. A maioria dos casos é diagnosticada após os 10 anos de idade.[2] Comumente acompanhada de acantose nigricans (90% a 95% dos pacientes).[3]

### ◇ Diabetes gestacional

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Diabetes gestacional](#)

O diabetes mellitus gestacional é definido como qualquer grau de intolerância à glicose iniciada ou diagnosticada pela primeira vez durante a gestação.[4] Geralmente, a doença é reconhecida entre as semanas 24 e 28 de gestação com base em testes de tolerância à glicose com resultados anormais. Fatores de risco fortes incluem idade materna avançada (>40 anos), obesidade, história pessoal de diabetes gestacional ou macrosomia da criança anterior, síndrome dos ovários policísticos, ascendência não branca e história familiar de diabetes mellitus.[5] [6] [7] É incomum as pacientes apresentarem sintomas (por exemplo, infecção do trato urinário ou candidíase vulvovaginal). Ocasionalmente, pode ser difícil distinguir diabetes gestacional (DG) de diabetes do tipo 2 preexistente não diagnosticado. Raramente, o diabetes do tipo 1 apresenta-se durante a gestação. A terapia médica nutricional (TMN) é essencial para o controle de DG, e a maioria das mulheres é tratada adequadamente apenas com dieta.

### ◇ Cetoacidose diabética (CAD)

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Cetoacidose diabética \(CAD\)](#)

A cetoacidose diabética (CAD) e o estado hiperosmolar hiperglicêmico (EHH) são emergências metabólicas agudas.[8] O sucesso do tratamento inclui a correção da depleção de volume, da hiperglicemia e da cetose/acidose, dos desequilíbrios eletrolíticos e das comorbidades que desencadearam os eventos (por exemplo, infecção), com monitoramento frequente.

## ◇ Estado hiperosmolar hiperglicêmico

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Estado hiperosmolar hiperglicêmico](#)

Hiperglicemia grave, hiperosmolalidade e depleção de volume, na ausência de cetoacidose grave.[8] Ocorre mais comumente em pacientes com idade mais avançada com diabetes do tipo 2, com alta mortalidade. O tratamento inclui a correção de déficit de fluidos e das anormalidades eletrolíticas, e administração intravenosa de insulina.

## ◇ Doença cardiovascular diabética

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Doença cardiovascular diabética](#)

A doença arterial coronariana e o acidente vascular cerebral (AVC) são as manifestações mais comuns e são responsáveis pela maior parte dos óbitos em pessoas com diabetes. As modificações dos fatores de risco cardiovasculares (por exemplo, hipertensão e dislipidemia) são questões importantes no tratamento de longo prazo.

## ◇ Doença renal diabética

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Doença renal diabética](#)

É definida como a excreção urinária elevada de albumina (30-299 mg/24 horas, historicamente chamada de microalbuminúria; e  $\geq 300$  mg/24 horas, historicamente chamada de macroalbuminúria ou albuminúria clínica) associada à retinopatia diabética ou ao diabetes mellitus do tipo 1 com duração de mais de 10 anos.[1] Os sintomas podem ser ausentes até que a doença esteja avançada. O tratamento inclui controle intenso da hiperglicemia e da hipertensão.[9] Redução de lipídios, dieta com baixo teor proteico e abandono do hábito de fumar também podem ser benéficos.

## ◇ Neuropatia diabética

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Neuropatia diabética](#)

É a complicação crônica mais comum do diabetes, caracterizada por disfunção de nervos autônomos ou periféricos. A neuropatia periférica pode se manifestar como perda da sensibilidade, úlceras indolores em pontos de pressão ou dor, embora muitos pacientes sejam assintomáticos. Tradicionalmente, o tratamento tem como foco o controle da hiperglicemia como um meio de retardar a progressão ou adiar o início da doença, bem como a detecção dos potenciais mecanismos patogênicos e também a redução da dor; terapia medicamentosa pode ser usada, dependendo da variante de neuropatia.

## ◇ Complicações do pé diabético

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Complicações do pé diabético](#)

Incluem úlceras e infecções. Prevenção e/ou recuperação de úlceras do pé diabético ajudam a evitar infecções e, portanto, minimizam o risco de perda do membro.

## ◊ Retinopatia diabética

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Retinopatia diabética](#)

Resultado do extravasamento e oclusão progressivos da microcirculação pelo diabetes. Os sinais que indicam risco à visão incluem edema macular, isquemia ou tração; hemorragia vítrea; ou descolamento da retina. Os principais objetivos do tratamento são melhorar o controle glicêmico, lipídico e da pressão arterial, e garantir que a doença seja interrompida antes da perda da visão.

## ◊ Gerenciamento da glicemia em pacientes hospitalizados

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Gerenciamento da glicemia em pacientes hospitalizados](#)

Refere-se à identificação e ao tratamento da hiperglicemia no hospital, tanto em pacientes com diabetes preexistente quanto em pacientes com hiperglicemia de início recente. O desenvolvimento de hiperglicemia durante uma afecção clínica ou cirúrgica aguda pode não ser uma condição fisiológica ou benigna, mas um marcador de desfechos ruins e mortalidade elevada. O manejo eficaz da hiperglicemia geralmente inclui protocolos de insulina em esquema basal-bolus.

## ◊ Síndrome metabólica

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Síndrome metabólica](#)

Um conjunto de anormalidades comuns, incluindo resistência insulínica, intolerância à glicose, obesidade abdominal, níveis reduzidos de colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL), triglicerídeos elevados e hipertensão. Entretanto, esta síndrome não é universalmente aceita como sendo clinicamente mais útil que a avaliação dos fatores de risco cardiovasculares do indivíduo.<sup>[10] [11]</sup>

## ◊ Diabetes insípido (DI)

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Diabetes insípido \(DI\)](#)

Caracterizado por polidipsia, poliúria, aumento da sede e urina hipotônica. O diabetes insípido (DI) central é decorrente da síntese defeituosa ou da liberação de arginina-vasopressina (AVP). O DI nefrogênico é decorrente da insensibilidade renal à AVP. Ambos os tipos podem estar associados à hipernatremia. Os objetivos do tratamento são a correção do déficit de água e a redução da perda urinária excessiva e contínua.

## Artigos principais

## Referências

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2018. Diabetes Care. 2018 Jan; 41 (Suppl 1): S1-159. [Texto completo](#)
2. Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes statistics report, 2017. 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
3. Brickman WJ, Huang J, Silverman BL, et al. Acanthosis nigricans identifies youth at high risk for metabolic abnormalities. J Pediatr. 2010 Jan;156(1):87-92. [Resumo](#)
4. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel; Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care. 2010 Mar;33(3):676-82. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. National Institute for Health and Care Excellence. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. February 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
6. Solomon CG, Willett WC, Carey VJ, et al. A prospective study of pregravid determinants of gestational diabetes mellitus. JAMA. 1997 Oct 1;278(13):1078-83. [Resumo](#)
7. Kjerulff LE, Sanchez-Ramos L, Duffy D. Pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2011 Jun;204(6):558. [Resumo](#)
8. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, et al. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. Diabetes Care. 2009 Jul;32(7):1335-43. [Texto completo](#) [Resumo](#)
9. National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guidelines for diabetes and CKD: 2012 update. Am J Kidney Dis. 2012 Nov;60(5):850-86. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Emerging Risk Factors Collaboration; Wormser D, Kaptoge S, Di Angelantonio E, et al. Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies. Lancet. 2011 Mar 26;377(9771):1085-95. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, et al. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. 2005 Sep;28(9):2289-304. [Texto completo](#) [Resumo](#)



## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**



O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

## // Autores:

### **Editorial Team,**

---

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.