A Diabetes Mellitus tem Cura?

Does Diabetes Mellitus has a Cure?

Ana Rita Luz*, António Cardoso Pinto*, Rute Ferreira*

Resumo

Título: A Diabetes Mellitus tem cura? – Caso Clínico

Descrição do Caso: Homem de 71 anos ex-fumador, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia mista, hiperplasia benigna da próstata e osteoporose, é diagnosticado com Diabetes Mellitus tipo 2 de novo por queixas de poliúria, polidipsia e perda de peso e glicemia em jejum de 435 mg/dL e HbA1c de 12.9%). Foi medicado com metformina (850mg) + sitagliptina (50mg) bid, aconselhado a ter uma alimentação equilibrada e saudável e a praticar exercício físico ligeiro a moderado pelo menos 5 dias por semana, que, terá cumprido rigorosamente. Após três meses apresentava HbA1c de 6,5%, tendo mantido a terapêutica. Seis meses após apresentação inicial, apresenta uma HbA1c de 5,6%, tendo suspenso a sitagliptina e mantido a metformina 850mg bid. Aos 9 meses volta a apresentar uma descida da HbA1c para 5,4%, pelo que se optou por suspender os antidiabéticos orais. Desde então tem-se mantido assintomático, com HbA1c variando entre 5,1% e 5,6% e sem necessidade de qualquer terapêutica farmacológica antidiabética.

Comentários: É indispensável que se explique detalhadamente ao doente em que consiste a diabetes mellitus e a importância da sua proatividade no controlo da doença. De igual forma, é fundamental que a equipa de saúde realize um acompanhamento regular e uma vigilância apertada destes doentes. Como se observa na descrição deste caso clínico, o acompanhamento próximo pela equipa de saúde e a motivação do doente foram cruciais para que se conseguissem atingir os objetivos terapêuticos, culminando na remissão completa da Diabetes Mellitus.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus tipo 2, controlo do risco, prevenção primária, prevenção secundária.

Abstract

Title: Does Diabetes Mellitus has a cure? – Case Report

Case Description: Male, year-old previously diagnosed with arterial hypertension, benign prostatic hyperplasia, mixed dyslipidaemia, osteoporosis and a former smoker, is diagnosed with type 2 Diabetes Mellitus de novo (fasting glycemia of 435 mg/dL, HbA1c of 12.9% and polyuria, polydipsia and weight loss). He was prescribed metformin (850mg) + sitagliptin (50mg) twice a day and was advised to eat healthier and practice regular physical exercise, at least 5 days a week, which, as himself and his wife inform, he has strictly complied with. When he was reevaluated after three months he presented a significant decrease of HbA1c (6,5%) and it was decided to keep the same medication and lifestyle changes. Six months after the diagnosis was made he presented with a HbA1c of 5,6% which led to the suspension of sitagliptin and maintenance of metformin 850mg twice a day. Three months after this modification his HbA1c decreased again (5,4%), so it was decided to suspend all his medication and keeping the healthy diet and physical exercise practice. Since then he has been asymptomatic, with HbA1c ranging from 5,1% to 5,6% without the need of any antidiabetic drug therapy.

Conclusion: It is essential to explain to the patient in detail what is diabetes mellitus and the importance of being proactive in its control. Equally, it is fundamental that the family physician and family nurse carry out regular monitoring and close observation of these patients. It was this close monitoring, as well as the patient motivation, that were crucial to achieve the therapeutic goals and lead to the complete remission of diabetes mellitus.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, type 2; risk reduction behavior; primary prevention; secondary prevention.

* USF St. André de Canidelo, ACES Grande Porto VII - Gaia

Introdução

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica complexa que necessita de cuidados de saúde continuados tendo em vista a implementação de estratégias para reduzir a morbimortalidade. Segundo o Observatório Nacional para a Diabetes 2015, em 2014 a prevalência estimada da Diabetes Mellitus na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos era de 13,1%¹.

A principal causa de morte nos doentes diabéticos é a doença cardiovascular (principalmente o Enfarte Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Cerebral)². No entanto, estes doentes também apresentam muito frequentemente outras complicações (nefropatia, neuropatia, retinopatia, pé diabético, entre outras) associadas a grande morbilidade² e a elevados custos para o Sistema Nacional de Saúde. Segundo o Observatório Nacional para a Diabetes 2015, em 2014 a Diabetes representou um custo direto estimado entre 1300 - 1550 milhões de euros, o que equivale a 0.7-0.9% do PIB (Produto Interno Bruto) português e 8-10% das despesas em saúde em 2014¹.

O diagnóstico de Diabetes Mellitus pode ser feito quando está presente qualquer um dos seguintes critérios^{2,3}:

- Glicose plasmática em jejum ≥ 126 mg/dL
- Glicose plasmática às 2 horas na PTGO (Prova de Tolerância à Glicose Oral) com 75 g de glicose ≥ 200 mg/dL
- Hemoglobina glicada $\geq 6,5\%$
- Glicose plasmática ≥ 200 mg/dL num doente que se apresente com sintomas típicos de hiperglicemia (como poliúria, polidipsia, fadiga, alterações da acuidade visual com sensação de visão desfocada, perda ponderal ou parestesias principalmente nas mãos ou nos pés)

Tipicamente o diagnóstico de diabetes numa pessoa assintomática deve ser confirmado através de uma segunda análise³, no entanto, se estivermos perante uma hiperglicemia marcadamente sintomática e/ou glicemias elevadas ($>300/350$ mg/dL) não é necessário uma nova análise para confirmar o diagnóstico.

Assim que se estabelece o diagnóstico de Diabetes Mellitus de novo deve realizar-se uma abordagem holística do doente, tendo em conta todos os aspetos da sua vida. Desta forma, e em específico quando se fala nos Cuidados de Saúde Primários, toda a equipa de saúde

do doente deve ser envolvida, bem como a sua família, já que é fundamental haver uma abordagem multidisciplinar conjugando os pontos de vista médicos, de enfermagem e do próprio doente para se definir o plano individualizado que ele necessita². Esta abordagem deve visar os diferentes hábitos de vida do doente como a alimentação, o exercício físico e as intervenções terapêuticas necessárias. De facto, só é possível diminuir a morbimortalidade associadas à Diabetes Mellitus se o doente for aconselhado corretamente, entender as mudanças que são necessárias e estiver empenhado nesse compromisso.

Uma das estratégias que se tem mostrado mais eficaz no atraso da progressão da pré-diabetes para Diabetes Mellitus tipo 2 é a perda de peso e a prevenção da obesidade². Segundo o Observatório Nacional para Diabetes 2015, verificou-se que existe uma relação entre o Índice de Massa Corporal e a Diabetes, já que 90% dos diabéticos apresentavam excesso de peso (49,2%) ou obesidade (39,6%)¹. De facto, foi sugerido que nos doentes com um IMC (Índice de Massa Corporal) elevado (≥ 25 Kg/m²), uma perda de peso de cerca de 5-10% melhora o controlo glicémico e poderá reduzir a necessidade de terapêuticas antidiabéticas⁴. Para se conseguir atingir e manter esta perda de peso é necessário conjugar uma alimentação equilibrada e saudável com a prática de exercício físico. Segundo as recomendações norte-americanas, deve-se praticar, pelo menos, 150 min/semana de exercício aeróbico de intensidade moderada ou 75 min/semana de alta intensidade, bem como exercícios de fortalecimento muscular^{2,5}.

O objetivo deste relato de caso foi demonstrar que uma doença crónica como a Diabetes Mellitus pode ser controlada e até entrar em remissão se se explicar detalhadamente ao doente em que consiste a patologia e capacitá-lo e responsabilizá-lo pelo seu tratamento, dependendo sempre da própria adesão do doente a estas alterações do estilo de vida. Na verdade, e apesar de ser fundamental capacitar cada doente para que decida tendo por base um conhecimento real da patologia em questão, estamos sempre dependentes do que este decide fazer com a informação que recebe. De facto, se o doente e a família não estiverem motivados para o cumprimento de estilos de vida saudáveis, o tratamento farmacológico poderá não ser suficiente para obtermos o controlo metabólico desejado.

Descrição do Caso

Homem, 71 anos, caucasiano, com quatro anos de escolaridade e ex-trabalhador na indústria hoteleira (atualmente reformado), pertencendo à classe III de Graffar, casado, apresentava-se na fase VII do ciclo de Duvall e segundo o APGAR familiar considerava a sua família como altamente funcional.

Apresentava como antecedentes pessoais hipertensão arterial grau I (ao diagnóstico), dislipidemia mista, osteoporose e hipertrofia benigna da próstata. Estava medicado com perindopril 4mg id e indapamida 1.25mg id, fenofibrato 160mg id e pravastatina 40mg id, ácido alendróico 70mg uma vez por semana e tansulosina 0.4mg id. Sem antecedentes cirúrgicos ou outros de relevo. Ex-fumador (40 Unidades de Maço-Ano), com cessação tabágica há 10 anos, consumia 84 gramas de álcool por semana e era sedentário (fazia caminhadas uma ou duas vezes por mês). Referia ter uma alimentação variada sem restrições, assumindo que não se preocupava com o que comia.

Como antecedentes familiares de relevo, referia que a mãe faleceu aos 80 anos devido a acidente vascular cerebral e o pai aos 66 anos por doença cardiovascular (que não soube especificar).

A 28/04/2014 durante uma consulta de vigilância da hipertensão arterial referiu quadro de poliúria, polidipsia e perda de peso com cerca de um mês de evolução.

Ao exame objetivo apresentava:

- tensão arterial de 134/77mmHg; frequência cardíaca de 70 batimentos por minuto; Peso de 59Kg (IMC=23.3 kg/m²), tendo perdido 6Kg em dois meses;
- auscultação cardíaca com S1 e S2 presentes e rítmicos sem alterações;
- auscultação pulmonar com murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios;
- abdómen mole e depressível, sem massas ou organomegalias palpáveis, sem sinais de irritação peritoneal e murphy renal negativo bilateral;
- glicemia capilar pós-prandial (última refeição tinha ocorrido cerca de 3 horas antes) - 335mg/dL;
- tira-teste urinária - glicosúria (+++) sem outras alterações.

Foi decidido requisitar exames complementares de diagnóstico: hemograma, creatinina, TGO, TGP, ureia, ionograma, glicemia, hemoglobina glicada A1c (HbA1c) e colesterol total, colesterol HDL e triglicerídeos cujos resultados foram observados em consulta a 06/05/2014.

- Estudo analítico: hemoglobina 17 g/dL (utente já apresentava hemoglobina >16g/dL em medições anteriores), leucócitos 4730/mm³, plaquetas 174000/mm³, glicose 435 mg/dL, creatinina 1,19 mg/dL (TFG 61 ml/min/1,73 m² calculado pelo CKD-EPI), Na⁺ 143 meq/L, K⁺ 4,1 meq/L, Cl⁻ 95 meq/L, HbA1c= 12,9%, colesterol total 246 mg/dL, HDL 32 mg/dL, triglicerídeos 617 mg/dL.

Nesta consulta (06/05/2014) o doente mantinha queixas de polidipsia e poliúria, pelo que se estabeleceu o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Foi então explicado ao doente em que consiste a doença, de que forma a modificação dos estilos de vida e adesão a uma alimentação saudável e prática regular de exercício físico são fundamentais no controlo da Diabetes Mellitus; optou-se por iniciar tratamento com metformina 850mg bid e sitagliptina 50mg bid.

Por apresentar uma hipertrigliceridemia marcada de “617 mg/dL” (após ter sido confirmado jejum de 12 horas e ser um valor superior aos anteriores, que ainda assim já eram elevados, variando entre os 350-500 mg/dL), foi-lhe também pedida uma ecografia abdominal, a qual realizou a 12/05/2014 tendo enviado à sua médica de família o resultado:

- ecografia Abdominal: “...alterações compatíveis com esteatose hepática ou deposição de glicogénio num quadro clínico de diabetes. ...múltiplos quistos renais corticais mais evidentes à direita, um dos quais complexos... pâncreas sem alterações de relevo”.

Desta forma, considerou-se que se deveria pedir tomografia computadorizada abdominal (pela presença de um quisto renal complexo) e nova HbA1c que o doente deveria realizar poucos dias antes da consulta seguinte.

Cerca de 10 semanas mais tarde (21/07/2014) tem nova consulta de reavaliação. Refere ter iniciado uma alimentação saudável, cortando nos doces, refrigerantes e quantidade diária de pão, e aumentando consumo de frutas e legumes, cumprindo 6 refeições diárias. Terá também começado a fazer caminhadas diárias com 1 hora de duração, acompanhado pela esposa. Apresentava HbA1c de 6,5% e tomografia computadorizada abdominal sem alterações de relevo, especificamente sem alterações pancreáticas. Decidiu-se manter o tratamento com metformina e sitagliptina na mesma dosagem.

No dia 18/09/2014 volta à consulta apresentando uma HbA1c de 5,6% e uma melhoria do perfil lipídico (11/09/2014: colesterol total 218 mg/dL, HDL 42 mg/dL, triglicérides 201 mg/dL, LDL 135 mg/dL), tendo-se decidido suspender a sitagliptina e manter a metformina 850mg bid. Para além disso, a sua equipa de saúde (médica e de enfermagem) assumiu um papel essencial, reforçando positivamente a importância de manter os bons hábitos de alimentação e exercício físico adotados.

Seis meses mais tarde (28/04/2015) volta à consulta de seguimento de diabetes, referindo manter uma alimentação saudável e regrada e exercício físico regular, apresentando hipoglicemias sintomáticas ocasionais e tendo uma HbA1c de 5,4% e glicemia em jejum de 97mg/dL. Decidiu-se então suspender todos os antidiabéticos orais.

Desde então tem sido acompanhado semestralmente, mantendo-se assintomático, normoglicémico, com a última HbA1c (abril de 2016) de 5,6%, e sem necessidade de terapêutica farmacológica.

É ainda indispensável referir o papel fundamental da equipa de enfermagem no acompanhamento regular deste doente, já que nos intervalos entre as consultas médicas o utente tinha consultas de enfermagem nas quais ele expunha as suas dúvidas e dificuldades sendo estimulado a manter o plano terapêutico (tanto farmacológico como de alterações do estilo de vida).

Comentários

A comunicação do diagnóstico da diabetes não implica apenas a prescrição de medicação adequada, é também indispensável que se explique detalhadamente ao doente em que consiste essa patologia e de que forma ele deverá também ser proativo no seu controlo para se minimizar a sua evolução e o aparecimento de complicações. De facto os pilares do tratamento desta patologia são a educação e a capacitação do doente, a dieta, o exercício físico e o tratamento farmacológico individualizados, bem como o tratamento de outras comorbilidades e o apoio psicossocial. Para que esta abordagem holística da doença e do doente tenha sucesso é necessário envolver tanto o doente como toda a equipa de saúde, tendo a enfermagem um papel importante no acompanhamento destes doentes.

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica que, por definição, não tem cura. No entanto, pode ser controlada através de uma alimentação saudável e da prática regular de exercício físico, podendo ser suportada por

terapêutica farmacológica antidiabética. Na verdade, como se pôde observar por este caso clínico, quando o doente foi diagnosticado com Diabetes Mellitus tipo 2 de novo foi-lhe prescrito um plano terapêutico que, apesar de não ser o mais adequado segundo as normas da DGS [...na pessoa com DM2 que se apresenta com hiperglicemia marcadamente sintomática e/ou com glicemias elevadas (300-350 mg/dL) ou HbA1c elevada (>10%) deve iniciar-se terapêutica com insulina podendo, depois da melhoria do seu estado metabólico, reduzir a insulina parcial ou totalmente e iniciar antidiabéticos orais"]³ ou as recomendações internacionais^{2,4}, foi um plano individualizado e adequado para o doente em questão já que este alterou de forma significativa do seu estilo de vida. Na verdade, e após explicar todas as vantagens e riscos ao doente e capacitá-lo para uma toma de decisão consciente, optou-se por não se iniciar logo terapêutica com insulina já que o utente se apresentava muito motivado para alterar os hábitos de vida, referindo que preferia começar o tratamento com antidiabéticos orais e, caso estes não fossem suficientes, alterar para insulina na consulta seguinte. Por outro lado, a dose de metformina prescrita não foi a mais correta já que não estava otimizada (iniciou com 850mg bid em vez de iniciar com 1000mg bid, como seria recomendado), em parte pelo receio dos efeitos gastrointestinais deste fármaco (como as náuseas e a diarreia que são mais exacerbados quando se inicia logo doses mais elevadas). Neste doente, a alteração significativa dos seus hábitos alimentares e a prática de exercício físico frequente permitiram o controlo da doença, mesmo após a suspensão de toda a terapêutica antidiabética em abril de 2015.

Em 2009 um grupo de especialistas da American Diabetes Association sugeriu que poder-se-ia obter a remissão da Diabetes Mellitus tipo 2 através da cirurgia bariátrica/metabólica ou de modificações marcadas no estilo de vida do doente, propondo um conjunto de critérios para definir a remissão (parcial ou completa) desta patologia⁶:

- remissão parcial: hiperglicemia abaixo dos valores diagnósticos para Diabetes Mellitus (HbA1c < 6,5% e glicemia em jejum 100-125 mg/dL), durante pelo menos 1 ano, na ausência de tratamento farmacológico ou cirúrgico em curso;
- remissão completa: medidas glicémicas normais (HbA1c no intervalo normal e glicemia em jejum <100 mg/dL), durante pelo menos 1 ano, na ausência de tratamento farmacológico ou cirúrgico em curso.

Tendo em conta estes critérios, pode-se considerar que o doente acima descrito está em remissão completa da Diabetes Mellitus tipo 2.

Torna-se assim essencial que, numa perspetiva de prevenção secundária, se insista e se motive todos os doentes diagnosticados com Diabetes tipo 2, individualizando o tratamento e adequando-o a cada caso, para que seja possível haver um melhor controlo da sua patologia e até, eventualmente, a sua remissão.

Referências Bibliográficas

1. Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes. 2015. Diabetes: Factos e Números – o ano de 2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-7-edicao-pdf.aspx>. Acedido a 1 Julho 2016
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2016. Diabetes Care. 2016; 39(Suppl. 1). Disponível em http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2015/12/21/39.Supplement_1.DC2. Acedido a 1 Julho 2016
3. Direção Geral de Saúde (DGS). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus [Internet]. DGS; 2011 [citado a 01/08/2016]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-/dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022011-de-14012011-pdf.aspx>. Acedido a 1 Julho 2016
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Type 2 diabetes in adults: management [Internet]. NICE; 2015. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/resources/type-2-diabetes-in-adults-management-1837338615493>. Acedido a 1 Julho 2016
5. US Department of Health and Human Services (HHS). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans [Internet]. HHS, 2008. Disponível em <https://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>. Acedido a 1 Julho 2016
6. Buse JB, Caprio S, Cefalu WT, et al. How do we define cure of diabetes? Diabetes Care 2009;32:2133–5.

Conflito de Interesses

Os autoras declaram não ter conflitos de interesses.