



Como evidência do melhor tratamento para o diabético, descreve-se, a seguir, o algoritmo:

Algoritmo de tratamento da diabetes tipo 2

Etapa 1: Conduta inicial conforme a condição atual			
Manifestações Leves	Manifestações moderadas	Manifestações Severas	Hospitalização se glicemia >300 mg/dL.
<p>Glicemia <200 mg/dL.</p> <p>Sintomas leves ou ausentes.</p> <p>Ausência de outras doenças agudas concomitantes.</p>	<p>Qualquer glicemia entre 200 e 300 mg/dL.</p> <p>Ausência de critérios para manifestação leve ou grave.</p>	<p>Qualquer glicemia acima de 300 mg/dL.</p> <p>Perda significativa de peso.</p> <p>Sintomas graves e significantes.</p> <p>Presença de cetonúria.</p>	<p>Nas seguintes condições:</p> <ul style="list-style-type: none"> cetoacidose diabética e estado hiperosmolar; doença grave intercorrente; comorbidades.
↓	↓	↓	↓
<p>Modificações de estilo de vida.</p> <p>Metformina (500 mg/dia, intensificando até 2.000mg/dia), caso não atinja A1C <7% em 4 a 6 semanas.</p> <p>Considerar, eventualmente, o início do tratamento com terapia combinada com metformina e drogas que atuam na glicemia pós prandial (acarbose, glinidas ou gliptinas).</p>	<p>Modificações de estilo de vida.</p> <p>Metformina (500 mg/dia, intensificando até 2.000 mg/dia) .</p> <p>Outros antidiabéticos orais.</p>	<p>Iniciar insulino terapia imediatamente.</p> <p>Reavaliar condição clínica para eventual reintrodução de terapia oral após o controle adequado da glicemia.</p>	<p>Iniciar a terapia de acordo com as recomendações do algoritmo e conforme o controle glicêmico obtido após a alta.</p>

Etapa 2: Adicionar ou modificar segundo o agente e nível d de A1C (*)		
7 - 8,5%	8,5 -10%	>10%
<ul style="list-style-type: none"> sulfonilureia; inibidores da DPP-4; pioglitazona; 	<ul style="list-style-type: none"> sulfonilureia; inibidores da DPP-4; pioglitazona; 	<ul style="list-style-type: none"> insulino terapia insulina basal + insulina Prandial, com ou sem:

<ul style="list-style-type: none"> • glinidas (predomínio de hiperglicemia pós-randial); • acarbose (predomínio de hiperglicemia pós prandial); <ul style="list-style-type: none"> • exenatida ou liraglutida (sobrepeso ou obesidade). 	<ul style="list-style-type: none"> • insulina basal ao deitar; • exenatida ou liraglutida (sobrepeso ou obesidade). 	<ul style="list-style-type: none"> • metformina; • sulfonilureia; • inibidores da DPP-4.
Monitoramento e ajustes após 2 meses de tratamento com doses máximas efetivas para atingir as metas: a1c <7%, glicemia de jejum <100 mg/dl ou glicemia pós-prandial (2 horas) <140 mg/dl.		

Etapa 3: Adicionar um terceiro agente ou intensificar o tratamento insulínico	
↓	↓
<p>Adicionar um terceiro ADO com diferente mecanismo de ação.</p> <p>As metas de A1C <7%, glicemia de jejum <100 mg/dL ou glicemia pós-prandial (2 horas) <140 mg/dL devem ser atingidas em dois meses, do contrário, a insulinização deve ser inicializada.</p>	<p>Intensificar a insulinização até o momento em que as metas de A1C <7%, glicemia de jejum <100 mg/dL ou glicemia pós-prandial (2 horas) <140 mg/dL sejam atingidas.</p>
<p>Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2. Atualização 2011. São Paulo. 2011. 32p. (Adaptado).</p>	

Importante: Como qualquer outra diretriz, o Algoritmo acima contém recomendações gerais sobre as opções terapêuticas mais indicadas para cada situação clínica. A escolha do melhor esquema terapêutico deverá ser feita com base no juízo médico, nas opções do paciente e nos custos de tratamento com as respectivas drogas.