

Conecte-se ao cerne do Diabetes Tipo 2:

**Guia do ACC sobre a
Doença Cardiovascular
Aterosclerótica (DCVA) e
o Diabetes Tipo 2**



AMERICAN
COLLEGE *of*
CARDIOLOGY

Este livreto destina-se a ajudar especialistas em doenças cardiovasculares (CV) que estejam tratando de pacientes com diabetes tipo 2 (DT2) com DCVA estabelecida ou com risco elevado de desenvolver DCVA.

Ao considerar essas orientações, é importante lembrar que:

- A DCVA é definida como uma história de síndrome coronária aguda ou infarto do miocárdio, angina estável ou instável, doença cardíaca coronária com ou sem revascularização, outra revascularização arterial, acidente vascular cerebral ou doença arterial periférica presumivelmente de origem aterosclerótica.
- Risco elevado* de DCVA é definido como dano ao órgão-alvo, como hipertrofia ventricular esquerda ou retinopatia ou múltiplos fatores de risco (por exemplo, idade, hipertensão, tabagismo, obesidade e dislipidemia).

*Conforme abordado no Consenso de Especialistas em Diabetes de 2020, esta definição para "risco elevado" é coerente com os critérios de inclusão/exclusão dos ensaios clínicos para inibidores de SGLT2 e GLP-1RAs e os Padrões de Assistência Médica em Diabetes da ADA. A definição não corresponde exatamente à definição de "risco elevado", conforme categorizado pelas equações de coorte agrupadas usadas nos aplicativos Estimadores de Risco de DCVA.

Conteúdo

- DCVA e Diabetes Tipo 2

Orientação para pacientes com DT2 com DCVA estabelecida ou com risco elevado de desenvolver DCVA

- Algoritmos para novas terapias visando a redução de risco CV em pacientes com DT2
- Quando e o que considerar na prescrição de inibidores de SGLT2 ou GLP-1RAs com benefício comprovado para a redução de riscos cardiovasculares (CV)
- Folhas de referência: considerações principais sobre o uso de inibidores de SGLT2 e GLP-1RAs com benefício cardiovascular (CV) comprovado
- Preferências e prioridades do paciente e do médico ao considerar inibidores de SGLT2 com benefício CV comprovado versus GLP-1RAs com benefício CV comprovado

Recursos

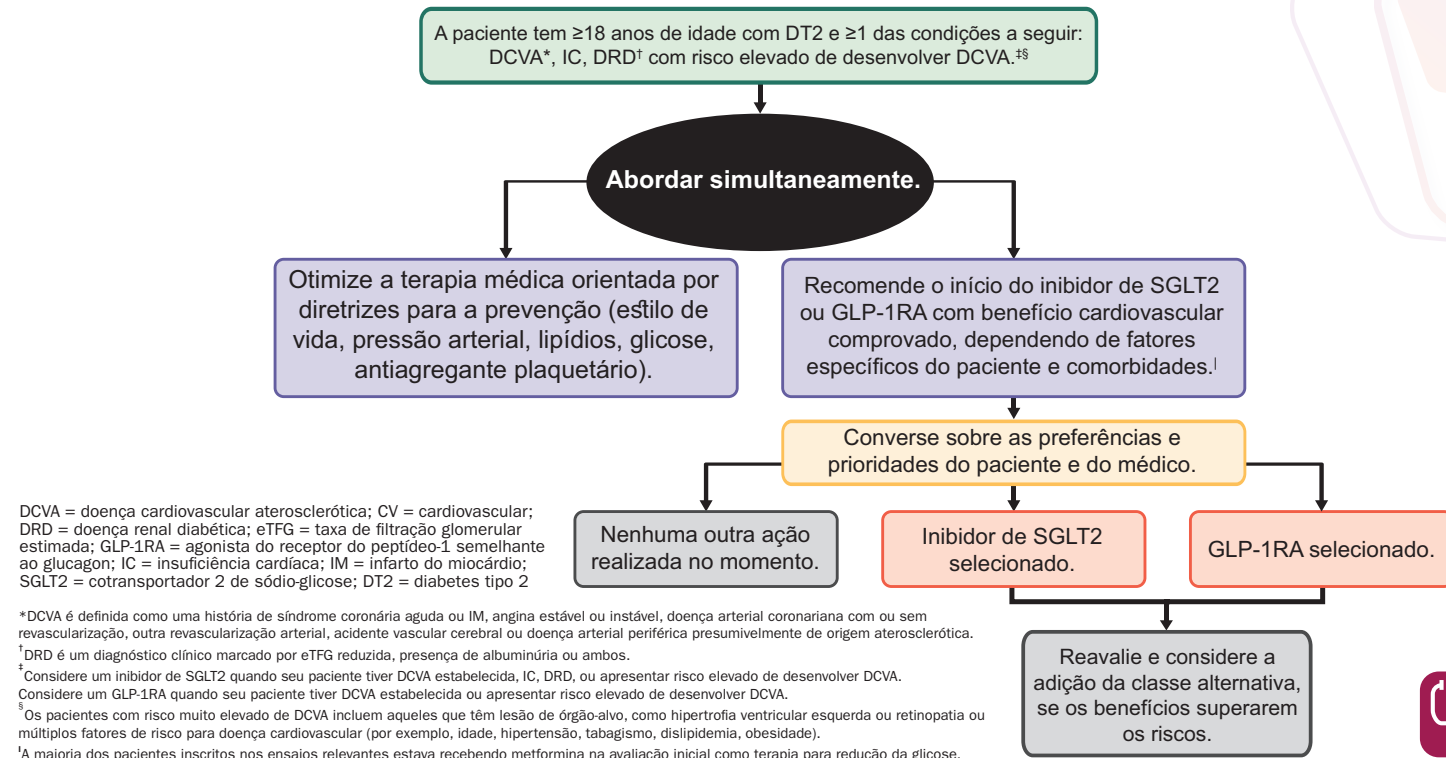
- Estratificação de risco para DCVA
- Referências



- As doenças cardiovasculares continuam sendo a principal causa de morbidade e mortalidade em pacientes com DT2.
- O controle abrangente dos fatores de risco cardiovascular reduz a incidência de eventos e melhora a sobrevida em pacientes com DT2. Isso inclui o incentivo a uma dieta saudável, atividade física regular, perda de peso, abandono do tabagismo, controle assíduo da pressão arterial, redução dos lipídios aterogênicos do sangue e uso de agentes antiplaquetários de acordo com as diretrizes de tratamento atuais.
- Além dessas recomendações básicas, os especialistas em doenças cardiovasculares devem estar cientes das fortes evidências clínicas relacionadas a terapias específicas que comprovadamente melhoram os resultados cardiovasculares em pacientes com DT2.
- Medicamentos de duas novas classes – inibidores de SGLT2 e GLP-1RAs – apresentaram benefícios cardiovasculares importantes que parecem ser independentes dos efeitos de redução da glicose.

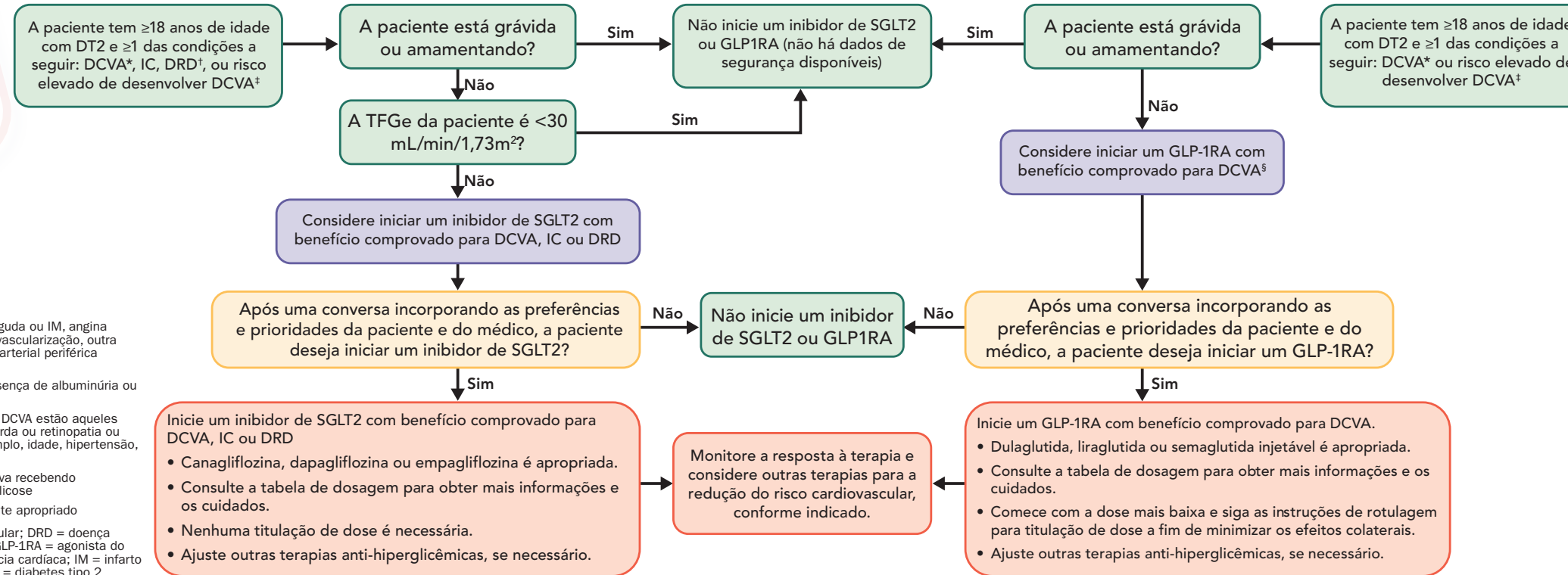
O especialista em doenças cardiovasculares tem papel fundamental na otimização do atendimento de pacientes com DT2 e está em boa posição para abordar 3 áreas principais no manejo desses pacientes:

1. Triagem de DT2 em seus pacientes com doença cardiovascular comprovada ou com risco elevado de desenvolver doença cardiovascular
2. Tratamento agressivo dos fatores de risco cardiovasculares
3. Incorporar novos agentes redutores de glicose com evidências para melhora dos resultados cardiovasculares nas práticas de rotina



Algoritmo para usar um inibidor de SGLT2 a fim de gerenciar os riscos de DCVA, IC ou DRD

Algoritmo para usar um GLP-1RA a fim de gerenciar os riscos de DCVA



*A DCVA é definida como um histórico de síndrome coronária aguda ou IM, angina estável ou instável, doença arterial coronariana com ou sem revascularização, outra revascularização arterial, acidente vascular cerebral ou doença arterial periférica presumivelmente de origem aterosclerótica.

†DRD é um diagnóstico clínico marcado por eTFG reduzida, presença de albuminúria ou ambos

‡Considere que entre os pacientes com risco muito elevado de DCVA estão aqueles que têm lesão de órgão-alvo, como hipertrofia ventricular esquerda ou retinopatia ou múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (por exemplo, idade, hipertensão, tabagismo, dislipidemia, obesidade)

§A maioria dos pacientes inscritos nos ensaios relevantes estava recebendo metformina na avaliação inicial como terapia para redução da glicose

¶Isso pode incluir a adição de um GLP-1RA ou SGLT2i no paciente apropriado

DCVA = doença cardiovascular aterosclerótica; CV = cardiovascular; DRD = doença renal diabética; eTFG = taxa de filtração glomerular estimada; GLP-1RA = agonista do receptor do peptídeo-1 semelhante ao glucagon; IC = insuficiência cardíaca; IM = infarto do miocárdio; SGLT2 = cotransportador 2 de sódio-glicose; DT2 = diabetes tipo 2



Quando e o que considerar na prescrição de inibidores de SGLT2 ou GLP-1RAs com benefício comprovado para a redução de riscos cardiovasculares (CV)

Esses medicamentos devem ser usados:
<ul style="list-style-type: none">Em conjunto com as diretrizes de modificação de fator de risco estabelecidas para a prevenção de MACE em pacientes com DT2, incluindo diretrizes sobre lipídios, pressão arterial e terapia antiplaquetáriaNo contexto do tratamento do diabetes orientado por diretrizes, incluindo aquelas descritas nos Padrões de Cuidados Médicos da ADA relacionados ao Diabetes

Oportunidades para iniciar um inibidor de SGLT2 ou um GLP-1RA com benefício cardiovascular ou renal comprovado em pacientes com DT2:
<ul style="list-style-type: none">Em um paciente com DT2 e DCVA (inibidor de SGLT2 ou GLP-1RA)No momento do diagnóstico da DCVA clínica (inibidor de SGLT2 ou GLP-1RA), DRD (inibidor de SGLT2) e/ou IC (inibidor de SGLT2)[†] em um paciente com DT2 em um regime de medicamentos que não inclui um inibidor de SGLT2 ou GLP-1RA com benefício CVNo momento do diagnóstico de DT2 em um paciente com DCVA clínica (inibidor de SGLT2 ou GLP-1RA), DRD (inibidor de SGLT2) e/ou IC (inibidor de SGLT2)^{†‡}Na alta hospitalar (com acompanhamento ambulatorial rigoroso), após a admissão para tratar um evento de DCVAD (inibidor de SGLT2 ou GLP-1RA) ou IC (inibidor de SGLT2)[§]Em um paciente com DT2 e doença renal diabética (inibidor de SGLT2, alternativamente GLP-1RA para eTFG <30 ml/min/1,73 m2)[‡]Em pacientes definidos com risco elevado de desenvolver DCVA II (Inibidor de SGLT2 ou GLP-1RA) ou IC (inibidor de SGLT2)^{†‡}

Quando e o que considerar na prescrição de inibidores de SGLT2 ou GLP-1RAs com benefício comprovado para a redução de riscos cardiovasculares (CV)

Pontos principais sobre os inibidores de SGLT2 e GLP-1RAs com benefício cardiovascular comprovado:
<ul style="list-style-type: none">Um inibidor de SGLT2 com benefício cardiovascular comprovado é recomendado para pacientes com DT2 e IC, especialmente IC com fração de ejeção reduzida (ICFe^r), ou que tenham risco elevado de desenvolver IC, DRD, DCVA clinicamente evidente ou qualquer combinação dessas condiçõesUm GLP-1RA com benefício cardiovascular comprovado é recomendado para pacientes com DCVA estabelecida ou risco muito elevado de desenvolvê-laUma conversa entre médico e paciente sobre o uso de um inibidor de SGLT2 e/ou um GLP-1RA com benefício cardiovascular comprovado é recomendada durante uma consulta clínica de acompanhamento para pacientes com DT2 que tenham DCVA, IC e/ou DRD ou risco muito elevado de desenvolver essas condições

*No momento da alta hospitalar ou em regime ambulatorial. Maior atenção em relação à vigilância da hipoglicemia se faz necessária, especialmente se estiver fazendo uso de insulina, sulfonilureia ou terapia com glinida.

[†]A minoria dos participantes dos ensaios CANVAS, LEADER, SUSTAIN-6 e EXSCEL e a maioria dos participantes do ensaio REWIND podem ser descritos como pacientes de prevenção primária de risco elevado. Esses pacientes não tinham DCVA estabelecida, mas apresentaram fatores de risco de DCVA pré-especificados.

[‡]Use o julgamento clínico ao iniciar um inibidor de SGLT2 em um paciente que iniciará ou aumentará um inibidor da ECA ou BRA, se a função renal do paciente estiver prejudicada.

[§]Os pacientes hospitalizados não foram incluídos na maioria dos ensaios de desfecho cardiovascular discutidos aqui. Há uma falta de dados práticos e de segurança em relação à adição intra-hospitalar de inibidores de SGLT2 ou GLP-1RAs ao regime de um paciente.

^{||}Considere que entre os pacientes com risco muito elevado de DCVA estão aqueles que têm lesão de órgão-alvo, como hipertrofia ventricular esquerda ou retinopatia ou múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (por exemplo, idade, hipertensão, tabagismo, dislipidemia, obesidade).

ECA = enzima de conversão da angiotensina; BRA = bloqueador da recepção da angiotensina; DCVA = doença cardiovascular aterosclerótica; CANVAS = Estudo de avaliação cardiovascular com canagliflozina; CV = cardiovascular; DRD = doença renal diabética; eTFG = taxa de filtração glomerular estimada; EXSCEL = Estudo de exenatida de ensaio de redução de eventos cardiovasculares; GLP-1RA = agonista do receptor do peptídeo-1 semelhante ao glucagon; IC = insuficiência cardíaca; LEADER = Efeito e ação da liraglutida no diabetes: avaliação dos resultados cardiovasculares; MACE = evento cardiovascular adverso maior; REWIND = Pesquisando Eventos CV com uma Incretina Semanal no Diabetes; SGLT2 = cotransportador 2 de sódio-glicose; SUSTAIN-6 = Ensaio para avaliar CV e outros resultados de longo prazo com semaglutida em indivíduos com DT2; DT2 = diabetes tipo 2



Folhas de referência: considerações principais sobre o uso de inibidores de SGLT2 com benefício cardiovascular comprovado

Informações de dosagem			
Medicamento	Doses recomendadas para benefício CV*	Modificação de dose	Indicações
Canagliflozina	100 mg VO diariamente	<ul style="list-style-type: none">eTFG 30 a 59 mL/min 1,73m² dose máx. 100 mg diariamenteeTFG <30 mL/min/1,73m²: o uso não é recomendado para controle glicêmico	<ul style="list-style-type: none">Melhorar o controle glicêmico em adultos com DT2 como complemento à dieta e exercíciosReduzir o risco de IM, acidente vascular cerebral ou morte cardiovascular em adultos com DT2 e doença cardiovascularReduzir o risco de doença renal em estágio terminal, dobrando a creatinina sérica, morte cardiovascular e hospitalização por IC em pacientes com DT2 e nefropatia diabética com albuminúria
Dapagliflozina	10 mg VO diariamente	<ul style="list-style-type: none">eTFG <45 mL/min 1,73m²: o uso não é recomendado para controle glicêmicoeTFG <30 mL/min/1,73m²: o uso é contraindicado	<ul style="list-style-type: none">Melhorar o controle glicêmico em adultos com DT2 como complemento à dieta e exercíciosReduzir o risco de hospitalização por IC em adultos com DT2 e doença CV estabelecida ou múltiplos fatores de risco CVReduzir o risco de morte cardiovascular e hospitalização por IC em adultos com ICFeR
Empagliflozina	10 mg VO diariamente	<ul style="list-style-type: none">eTFG <45 mL/min/1,73m²: o uso não é recomendado	<ul style="list-style-type: none">Melhorar o controle glicêmico em adultos com DT2 como complemento à dieta e exercíciosReduzir o risco de morte cardiovascular em adultos com DT2 e doença CV estabelecida

CV = cardiovascular; AVC = acidente vascular cerebral; eTFG = taxa de filtração glomerular estimada; DRET = doença renal em estágio terminal; GLP-1RA = agonista do receptor do peptídeo-1 semelhante ao glucagon; HbA1c = hemoglobina A1c; SGLT2 = cotransportador-2 de sódio-glicose; MACE = eventos cardiovasculares adversos maiores; IM = infarto do miocárdio; SC = subcutâneo; SGLT2 = cotransportador-2 de sódio-glicose; DT2 = diabetes tipo 2
*Como não há evidência de uma resposta de dose graduada em relação aos efeitos cardiovasculares e renais, os inibidores de SGLT2 com benefício cardiovascular devem ser iniciados na dose mais baixa testada em ensaios de desfechos CVs e renais. Essas doses estão listadas aqui. Nenhuma titulação de dose adicional é necessária para redução do risco cardiovascular ou renal. No entanto, os aumentos de dose podem proporcionar benefícios adicionais de redução da glicose, se indicado.

Folhas de referência: considerações principais sobre o uso de inibidores de SGLT2 com benefício cardiovascular comprovado

Considerações para a iniciação e o monitoramento de medicamentos

- Suspenda pelo menos três dias antes de uma cirurgia planejada, para prevenir a cetoacidose pós-operatória.
- Pode contribuir para a contração do volume intravascular; considere interromper ou reduzir a dose de diurético, se aplicável.
- Use com cuidado em pacientes com amputação prévia, neuropatia periférica grave, doença vascular periférica grave, úlceras de pé diabético ativas ou infecções de tecidos moles.
- Possível risco aumentado de fraturas ósseas (canagliflozina).
- Se a HbA1c estiver bem controlada na avaliação inicial ou se houver histórico conhecido de eventos hipoglicêmicos frequentes, suspenda ou interrompa a sulfonilureia e considere uma redução da dose diária total de insulina em ~20% ao iniciar a terapia.
- Evite a hipovolemia. Talvez seja necessário reduzir a dose de diurético, se o paciente apresentar sintomas de desidratação. Oriente os pacientes quanto aos sintomas de desidratação (tontura, ortostase, fraqueza) e indique a suspensão da medicação em caso de baixa ingestão oral.
- Instrua os pacientes a monitorarem atentamente a glicose em casa durante as primeiras 4 semanas de terapia (especialmente se estiverem tomando insulina, sulfonilureia e/ou glinidas). Considere a interrupção de qualquer tratamento com sulfonilureia ou glinida. Para pacientes em uso de insulina, considere reduzir modestamente a dose diária total em até 20%.
- Efeitos adversos a monitorar:
 - Infecções fúngicas genitais
 - Infecções do trato urinário
 - Cetoacidose diabética euglicêmica
 - Úlcerações de membros inferiores e infecções de tecidos moles

Contraindicações

- História de reação de hipersensibilidade grave ao medicamento
- Gravidez ou amamentação
- Em diálise
- eTFG <30 mL/min/1,73m² (dapagliflozina)
- DRET (dapagliflozina e empagliflozina)
- Insuficiência renal grave (empagliflozina)

Educação do Paciente

Orientar os pacientes sobre:

- O potencial de infecções micóticas genitais e a importância da higiene genital.
- Os sintomas de cetoacidose diabética (náuseas, vômitos, dor abdominal, fraqueza) e a possibilidade de cetoacidose diabética mesmo se as leituras de glicose no sangue estiverem na faixa de 150–250 mg/dL. Se o paciente apresentar sintomas semelhantes aos da cetoacidose diabética, ele deve ser instruído a procurar atendimento médico urgente.
- Os cuidados com os pés, especialmente para pacientes com neuropatia diabética. Peça aos pacientes que relatem quaisquer feridas nos pés imediatamente.

Folhas de referência: considerações principais sobre o uso de GLP-1RAs com benefício cardiovascular comprovado

Informações de dosagem				
Medicamento	Doses recomendadas para benefício cardiovascular	Titulação	Modificação de dose	Indicações
Dulaglutida	0,75 mg SC por semana	Executar a titulação lentamente para 1,5 mg ou a dose máxima tolerada com base nas informações de prescrição	<ul style="list-style-type: none">Aumentar a titulação lentamente para reduzir náuseas e vômitosSuspender se houver suspeita de pancreatite e não reinicie se a pancreatite for confirmadaNenhum ajuste de dose necessário havendo insuficiência renal ou hepática; os dados da doença renal em estágio terminal são limitados	<ul style="list-style-type: none">Melhorar o controle glicêmico em adultos com DT2Reduzir MACE para pessoas com DT2 com e sem doença cardiovascular estabelecida
Liraglutida	0,6 mg SC diariamente	Executar a titulação lentamente para 1,8 mg ou a dose máxima tolerada com base nas informações de prescrição	<ul style="list-style-type: none">Aumentar a titulação lentamente para reduzir náuseas e vômitosSuspender se houver suspeita de pancreatite e não reiniciar se a pancreatite for confirmadaNenhum ajuste de dose é necessário havendo insuficiência renal ou hepática	<ul style="list-style-type: none">Melhorar o controle glicêmico em adultos com DT2Reduzir o risco de IM, AVC ou morte cardiovascular em adultos com DT2 e doença cardiovascular
Semaglutida injetável	0,25 mg SC por semana	Executar a titulação lentamente para 1 mg uma vez por semana ou a dose máxima tolerada com base nas informações de prescrição	<ul style="list-style-type: none">Aumentar a titulação lentamente para reduzir náuseas e vômitosSuspender se houver suspeita de pancreatite e não reiniciar se a pancreatite for confirmadaNenhum ajuste de dose é necessário havendo insuficiência renal ou hepática	<ul style="list-style-type: none">Melhorar o controle glicêmico em adultos com DT2Reduzir o risco de IM, AVC ou morte cardiovascular em adultos com DT2 e doença cardiovascular

*Como não há evidência de uma resposta de dose graduada em relação aos efeitos cardiovasculares e renais, os inibidores de SGLT2 com benefício cardiovascular devem ser iniciados na dose mais baixa testada em ensaios de desfechos CVs e renais. Essas doses estão listadas aqui. Nenhuma titulação de dose adicional é necessária para redução do risco cardiovascular ou renal. No entanto, os aumentos de dose podem proporcionar benefícios adicionais de redução da glicose, se indicado.

Folhas de referência: considerações principais sobre o uso de GLP-1RAs com benefício cardiovascular comprovado

Considerações para a iniciação e o monitoramento de medicamentos

- Risco de hipoglicemia aumentado com insulina, sulfonilureias ou glinidas.
- Pode atrasar o esvaziamento gástrico; não recomendado para pacientes com gastroparesia clinicamente significativa. Este efeito é geralmente transitório com GLP-1RAs de ação mais prolongada.
- Deve-se ter cuidado em pacientes com cirurgia gástrica prévia, incluindo cirurgia bariátrica.
- Complicações de retinopatia diabética foram relatadas com semaglutida (injetável), embora não esteja claro se isso é um efeito direto do medicamento ou devido a outros fatores, como melhora rápida no controle da glicose no sangue.
- Efeitos adversos a monitorar:
 - Náusea, vômito, diarreia, cefaleia, fraqueza ou tontura
 - Hipoglicemia, quando administrada insulina, sulfonilureias ou glinidas
 - Perda de peso
 - Reações no local da injeção
- Se a HbA1c estiver bem controlada na avaliação inicial ou se houver histórico conhecido de eventos hipoglicêmicos frequentes, suspenda ou interrompa a sulfonilureia e considere uma redução da dose diária total de insulina em ~ 20% ao iniciar a terapia.
- Instrua os pacientes a monitorarem mais atentamente a glicose em casa durante as primeiras 4 semanas de terapia. Considere a interrupção de qualquer tratamento com sulfonilureia ou glinida. Para pacientes em uso de insulina, considere reduzir modestamente a dose diária total em até 20%.
- Suspenda o inibidor DPP-4 antes de começar.
- Para aliviar a náusea, recomende porções pequenas para as refeições, comece com a dose mais baixa e aumente, conforme tolerado, para as doses-meta usadas em ensaios de desfecho cardiovascular.
- Aconselhe os pacientes a se submeterem a exames oftalmológicos apropriados, recomendados pelas diretrizes, antes de iniciar a terapia, caso não tenham sido realizados nos últimos 12 meses.
- Discuta o risco potencial de complicações de retinopatia diabética (para dulaglutida ou semaglutida injetável).
- Evitar em pacientes com gastroparesia diabética ou doença ativa da vesícula biliar.

Contraindicações

- Histórico de reação de hipersensibilidade grave ao medicamento
- Gravidez ou amamentação
- Histórico pessoal ou familiar de câncer medular de tireoide
- Histórico pessoal ou familiar de MEN2

CV = cardiovascular; AVC = acidente vascular cerebral; DPP4 = dipeptidil peptidase-4; GLP-1RA = agonista do receptor do peptídeo-1 semelhante ao glucagon; HbA1c = hemoglobina A1c; MACE = principais eventos cardiovasculares adversos; MEN2 = neoplasia endócrina múltipla, tipo 2; IM = infarto do miocárdio; SC = subcutâneo; SGLT2 = cotransportador-2 de sódio-glicose; DT2 = diabetes tipo 2



Preferências e prioridades do paciente e do médico ao considerar inibidores de SGLT2 com benefício CV comprovado versus GLP-1RAs com benefício CV comprovado

Preferência ou Prioridade	Considere o uso de um inibidor de SGLT2 primeiro, quando as prioridades do paciente e do médico incluírem:	Considere o uso de um GLP-1RA primeiro, quando as prioridades do paciente e do médico incluírem:
Prevenção MACE	+++	+++
Prevenção de IC	+++	
Perda de peso	+	+++
Prevenção da progressão da doença renal	+++	+
Modo de administração	Oral	Subcutâneo
Considerações que podem levar ao uso de uma classe alternativa	<ul style="list-style-type: none"> • Função renal gravemente reduzida*,[†] • Histórico de amputação anterior, doença arterial periférica grave ou úlceras de pé diabético ativas (cuidado com canagliflozina) • Histórico de candidíase genital recorrente • Histórico de cetoacidose diabética • Histórico de fratura (cuidado com canagliflozina) • A paciente estar pensando em engravidar • A paciente estar amamentando 	<ul style="list-style-type: none"> • Náusea persistente, apesar da educação dietética adequada e doses baixas • Histórico de gastroparesia • Doença da vesícula biliar ativa Histórico de MEN2 ou câncer medular de tireoide • Histórico de retinopatia proliferativa (cuidado com semaglutida ou dulaglutida) • A paciente estar pensando em engravidar • A paciente estar amamentando

*eTFG <45 mL/min /1,73m² é atualmente um cuidado devido a uma diminuição da eficácia glicêmica (não devido à segurança), mas estudos em andamento estão avaliando se os inibidores de SGLT2 oferecem benefícios renais para estes pacientes. O rótulo da FDA para canagliflozina permite o uso de canagliflozina para uma eTFG de 30 ml/min/1,73m² especificamente para pacientes com DRD.

[†] Use o julgamento clínico ao iniciar um inibidor de SGLT2 em um paciente que iniciará ou aumentará um inibidor da ECA ou BRA se a função renal do paciente estiver prejudicada.

ECA = enzima de conversão da angiotensina; BRA = bloqueador da recepção da angiotensina; CV = cardiovascular; DRD = doença renal diabética; eTFG = taxa de filtração glomerular estimada; FDA = Food and Drug Administration [Administração de Alimentos e Medicamentos]; GLP-1RA = agonista do receptor do peptídeo-1 semelhante ao glucagon; IC = insuficiência cardíaca; MACE = principais eventos cardiovasculares adversos; MEN2 = neoplasia endócrina múltipla tipo 2; SGLT2 = cotransportador-2 de sódio-glicose

Estratificação de risco de DCVA: avaliação de risco com aplicativos estimadores de risco de DCVA ACC*



AMERICAN
COLLEGE of
CARDIOLOGY

Multilingual ASCVD Risk Estimator

Risco Estimado

Resumo

Risco de DCVA
Atual de 10 anos**

34.3%
Elevado

Risco de DCVA ao longo da vida: 50%

Risco ideal de DCVA: 2.0%

Seleção de Idioma

Português ▼

Unidade de Medida

US SI

Reiniciar Tudo

O aplicativo deve ser usado apenas para pacientes de prevenção primária (aqueles sem DCVA).

Idade Atual ⓘ

56

Idade deve ser entre 20-79

Sexo

Masculino

☒ Feminino

Etnia

Outro

☒ Afrodescendente/Negro

Branco

Pressão Arterial Sistólica (mm Hg)

146

Valor deve ser entre 90-200

Pressão Arterial Diastólica (mm Hg)

83

Valor deve ser entre 60-130

Colesterol Total (mmol/L)

6

Valor deve ser entre 3.367 - 8.288

Colesterol HDL(mmol/L)

1

Valor deve ser entre 0.518 - 2.59

Histórico de Diabetes?

Fumante? ⓘ

Em Tratamento de Hipertensão?

Estimador de risco de DCVA ACC Plus

- Aplicativo móvel e baseado na web
- Estime o risco inicial de um paciente em 10 anos, risco de vida e risco ideal
- Receba uma abordagem de intervenção individualizada e baseada em evidências para gerir a prevenção primária da DCVA
- Orientar as conversas entre paciente e médico sobre como diminuir os riscos

Estimador de risco de DCVA ACC Multilíngue

- Aplicativo baseado na web
- Estime o risco inicial de um paciente em 10 anos, risco de vida e risco ideal com várias opções de idioma
- Simplificado para cálculo rápido de avaliação de riscos

*As categorias de estratificação de risco nos aplicativos são baseadas em fatores de risco incluídos nas equações de coorte agrupadas. A definição de “risco elevado” nos aplicativos não corresponde exatamente à definição de “risco elevado”, conforme definido no Consenso de Decisão de Especialistas em Diabetes de 2020.



Como acessar o aplicativo Estimador de Risco de DCVA Plus:

- On-line em: <https://tools.acc.org/ASCVD-Risk-Estimator-Plus>
- Baixe em um dispositivo móvel (Apple ou Android) pesquisando “Estimador de Risco de DCVA Plus” nas lojas iTunes ou Google Play.
- Leia o código QR abaixo:



Como acessar o aplicativo Estimador de Risco de DCVA Multilíngue:

- On-line em: <https://tools.acc.org/Multilingual-ASCVD-Risk-Estimator>
- Leia o código QR abaixo:



Referências

Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, Himmelfarb CD, Khera A, Lloyd-Jones D, McEvoy JW, Michos ED, Miedema MD, Munoz D, Smith SC, Virani SS, Williams KA, Yeboah J, Ziaeian B. 2019 ACC/AHA Guideline on the Prevention of Cardiovascular Disease: a report of the American College of Cardiology and American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2019;74:e177-e232. <https://doi.org/10.1016/j.jack.2019.03.010>

Das SR, Everett BM, Birtcher KK, Brown JM, Januzzi Jr JL, Kalyani RR, Kosiborod M, Magwire ML, Neumiller JJ, Morris PB, Sperling LS. 2020 Expert consensus decision pathway on novel therapies for cardiovascular risk reduction in patients with type 2 diabetes: a report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. J Am Coll Cardiol. 2020 Sep, 76 (9) 1117-1145. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.05.037>

ACC 2019 Type 2 Diabetes and Cardiovascular Risk Discussion Guide

Links para as informações de prescrição

Canagliflozina: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/204042s026lbl.pdf
Dapagliflozina: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2020/202293s021lbl.pdf
Empagliflozina: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2020/204629s023lbl.pdf
Dulaglutida: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/125469s007s008lbl.pdf
Liraglutida: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/022341s027lbl.pdf
Semaglutida injetável: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/209637lbl.pdf

Apoiado por:



