



© Use gratuitamente, com crédito para os autores. Não use com fins comerciais. Não modifique ou traduza sem permissão.



Este trabalho está licenciado sob a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. contate deprescribing@bruyere.org ou visite deprescribing.org para mais informações.



Hipoglicemiantes e risco de hipoglicemia

Medicamentos	Causa hipoglicemia
Inibidores da Alfa-glicosidase	Não
Inibidores da Dipeptidil Peptidase 4 (IDPP4)	Não
Peptídeo semelhante a glucagon 1 (GLP-1)	Não
Insulina	Sim (alto risco com insulina Regular e insulina NPH)
Meglitinidas	Sim (baixo risco)
Metformina	Não
Inibidores do co-transportador renal de sódio-glicose 2 (SGLT2)	Não
Sulfoniuréias	Sim (alto risco com glibenclamida e baixo risco com glicazida)
Tiazolidinediona (TZDs)	Não

Medicamentos que afetam o controle da glicemia

- Medicamentos com histórico de causar hiperglicemia (quando esses medicamentos são descontinuados, pode resultar em hipoglicemia pelos hipoglicemiantes) ex. quinolonas (especialmente gatifloxacina), beta bloqueadores (exceto carvedilol), diuréticos tiazídicos, antipsicóticos atípicos (especialmente olanzapina e clozapina), corticosteróides, inibidores da calcineurina (como ciclosporina, sirolimus, tacrolimus), inibidores de protease.
- Medicamentos que interagem com hipoglicemiantes (ex. trimetoprima / sulfametoxazol com sulfonilureias).
- Medicamentos com histórico de causar hipoglicemia (ex. álcool, inibidores da MAO, salicilatos, quinolonas, quinina, beta-bloqueadores, IECAs, pentamidina).

Engajamento pacientes e cuidadores

- Alguns idosos preferem uma terapia menos intensiva, especialmente se é onerosa ou aumenta o risco de hipoglicemia.
- Os pacientes e/ou cuidadores podem ser mais propensos a se engajar em discussões sobre a mudança de metas ou considerar a desprescrição se entenderem as razões: considering deprescribing if they understand the rationale:
 - Riscos de hipoglicemia e outros efeitos colaterais
 - Riscos do controle rígido da glicose (sem benefício e possíveis danos com A1C <6%)
 - Tempo para se beneficiar do controle rígido da glicose
 - Incerteza sobre o benefício do tratamento em idosos com fragilidade, demência ou em final de vida
- Objetivos do cuidado: evitar sintomas hiperglicêmicos (sede, desidratação, frequência urinária, quedas, fadiga, insuficiência renal) e prevenir complicações (para isto é necessário 5-10 anos de tratamento).
- Muitos países concordam com o tratamento menos agressivo do diabetes em pessoas idosas
- Revisar as opções de desprescrição, bem como planejar o processo de monitoramento e limites para voltar à doses anteriores ajudará a engajar pacientes e cuidadores

Informação de hipoglicemia para pacientes e cuidadores

- Os idosos frágeis estão em maior risco de hipoglicemia
- Existe um maior risco de hipoglicemia pelo controle rígido
- Os sintomas de hipoglicemia incluem: sudorese, taquicardia, tremor, MAS pacientes idosos podem não apresentar estes sintomas tipicamente
- Deficiências cognitivas ou físicas podem limitar a capacidade do paciente idoso em responder a sintomas de hipoglicemia
- Alguns medicamentos podem mascarar os sintomas de hipoglicemia (ex. beta bloqueadores)
- Os danos da hipoglicemia podem ser graves e incluem: comprometimento cognitivo e da função física, quedas e fraturas, convulsões, idas à emergências e hospitalizações

Recomendação de desmame

- Defina metas de glicemia e A1C, além de limites para retornar à dose anterior, reiniciar um medicamento ou manter uma dose
- Desenvolver plano de desmame com o paciente/cuidador (não há evidência da melhor abordagem de desmame; pode-se parar os hipoglicemiantes orais, mudar os medicamentos ou diminuir as doses gradualmente, ex. mude a cada 1 a 4 semanas para a dose mínima disponível antes da descontinuação ou simplesmente não fornecer mais o medicamento ao paciente)
- As doses podem ser aumentadas ou o medicamento reiniciado a qualquer momento se a glicemia persistir acima da meta individual (216-270 mg/dL) ou os sintomas de hiperglicemia retornarem

© Use gratuitamente, com crédito para os autores. Não use com fins comerciais. Não modifique ou traduza sem permissão.



Este trabalho está licenciado sob a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. contate deprescribing@bruyere.org ou visite deprescribing.org para mais informações.

B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors. Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician 2017;63:354-64 (Eng), e253-65 (Fr).



deprescribing.org

INSTITUT DE RECHERCHE
Bruyère
RESEARCH INSTITUTE

Canadian Institutes of Health Research
CIHR IRSC
Instituto de pesquisas em saúde do Canadá