

## NEWSLETTER

### ISBE & COCHRANE PORTUGAL

24 OUTUBRO 2024 | Nº 306



Esta Newsletter (NL) resulta de uma parceria entre o Instituto de Saúde Baseada na Evidência e a Cochrane Portugal, e tem como objectivo disponibilizar informação sobre áreas importantes para a prática clínica, com base na melhor evidência científica disponível. São incluídos estudos relevantes, criticamente avaliados pela sua validade, importância dos resultados e aplicabilidade prática, resumidos numa óptica de suporte à decisão. É dada prioridade a estudos de causalidade incluindo-se ainda, quando justificado, estudos qualitativos e metodológicos, assim como revisões científicas. O conteúdo da NL é da exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) autor(es).

## Recentes tratamentos farmacológicos aprovados para a diabetes tipo 2

**Referência:** Tyler Drake et al. Newer Pharmacologic Treatments in Adults With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Network Meta-analysis for the American College of Physicians. doi:10.7326/M23-1490

**Análise do estudo:** Classicamente, o tratamento da diabetes mellitus tipo 2 (DM2) incluiu, até recentemente, antidiabéticos orais (ADOs) — metformina, sulfonilureias e tiazolidinedonas (entre outros) — e/ou insulina. Os objetivos da presente revisão sistemática (RS) com meta-análise em rede foram avaliar a efetividade, a efetividade comparada e a taxa de efeitos adversos de ADOs e insulinas, analisando ensaios clínicos (RCTs) em adultos com DM2 a fazer inibidores da SGLT2, agonistas da GLP-1 e/ou inibidores da DPP-4, assim como insulinas de ação longa — em monoterapia ou em combinação com outros ADOs.

De 2010 até janeiro de 2013, foram pesquisadas as bases de dados MEDLINE e EMBASE para a localização de RCTs com uma duração mínima de 12 meses, com amostras de 500 ou mais doentes a fazerem as medicações referidas e que tivessem reportado resultados (outcomes) relevantes. A avaliação crítica de cada RCT foi feita por dois investigadores, que se concentraram no risco de viés e na certeza da evidência (CoE), utilizando o instrumento GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Para a análise final, foram incluídas 130 publicações de 84 RCTs. Resultados principais:

- Quando comparados com os cuidados de rotina, os inibidores da SGLT2 e os agonistas da GLP-1 reduzem a mortalidade global (CoE elevado), assim como os eventos cardiovasculares maiores (MACE) (CoE moderado a elevado).
- Quando comparados com os cuidados de rotina, os inibidores da SGLT2 reduzem a progressão da doença renal crónica (DRC), assim como as taxas de internamento por insuficiência cardíaca (IC).
- Quando comparados com os cuidados de rotina, os inibidores da SGLT2 reduzem os efeitos adversos graves (EA) e as hipoglicémias graves (CoE elevado).
- Quando comparados com os cuidados de rotina, os agonistas da GLP-1 reduzem a incidência de acidentes vasculares cerebrais (CoE elevado).
- Quando comparados com os cuidados de rotina, as insulinas, a tirzepatida e os inibidores da DPP-4 não reduzem a taxa de mortalidade global (CoE baixo a elevado).
- Comparados com a insulina, os inibidores da SGLT2 e os agonistas da GLP-1 reduzem a taxa de mortalidade global (CoE baixo a elevado).
- Comparados com os inibidores da DPP-4, os agonistas da GLP-1 reduzem a taxa de mortalidade global (CoE moderado).
- Comparados com os inibidores da DPP-4 e as sulfonilureias, os agonistas da GLP-1 reduzem a taxa de mortalidade global (CoE moderado).
- Comparados com os inibidores da DPP-4 e as sulfonilureias, os inibidores da SGLT2 reduzem os resultados cardíacos — MACE (CoE moderado a elevado).
- Comparados com as sulfonilureias e as insulinas, os inibidores da SGLT2 e os agonistas da GLP-1 reduzem os episódios de hipoglicémias graves (CoE baixo a elevado).

**Aplicação prática:** caracterização dos fármacos antidiabéticos em termos de resultados (outcomes) clínicos relevantes permite uma abordagem individual mais fundamentada de cada doente diabético. As limitações deste estudo são a escassez de comparações indiretas entre fármacos, poucos dados de revisões sistemáticas em rede, a variação do risco de base e da prática clínica, e a escassez de análise de subgrupos relevantes.

**António Vaz Carneiro, Juan José Rachadell, Nuno Lupi Manso**