

Aumento da Prevalência de Obesidade e Diabetes Mellitus tipo II em Crianças e Adolescentes: Abordagem e Manejo

Giannini MC¹, Valério LI¹, Sousa JDPP¹, Pereira CP¹, Azevedo RAS¹, Gomes PB².

1. Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.

2. Docente da disciplina de Pediatria do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – SUPREMA.

E-mail: marinac_giannini@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A prevalência do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) em crianças e adolescentes aumentou nas últimas três décadas, ocorrendo complicações micro e macrovasculares em idades mais jovens. Profissionais de saúde encontram-se ainda pouco equipados para enfrentar os desafios associados ao aumento de DM2 em crianças.

OBJETIVO

Avaliar as evidências atuais sobre os métodos diagnósticos e o manejo do DM2 em crianças e adolescentes.

MÉTODOS

Analisaram-se estudos na base indexadora MedLine no período de 2005-2020. A busca incluiu as palavras-chave: children, obesity, type 2 diabetes mellitus, respectivos sinônimos de acordo com o MeSH e os booleanos "AND" e "OR".

RESULTADOS

Recomenda-se triagem para DM2 em crianças e adolescentes com IMC > percentil 85 para idade e sexo, peso > percentil 85 para altura ou peso > percentil 120 para altura ideal com dois fatores de risco entre: história familiar, raça e etnia de alto risco, história materna de diabetes gestacional e sinais de resistência insulínica. A triagem deve ser realizada aos 10 anos ou início da puberdade. O diagnóstico para DM2 inclui os mesmos valores de referência da população adulta. O tratamento deve ser multidisciplinar, incentivando padrões alimentares saudáveis e exercícios por 60 minutos/dia. O alvo é IMC < percentil 85 para idade e sexo. Metformina e insulina são os únicos medicamentos aprovados pela Food and Drug Administration. Metformina associada a dieta e exercício é terapia de primeira linha em ≥ 10 anos; deve ser iniciada 500mg/dia, aumentando até 2.000mg/dia. A insulina deve ser iniciada se cetoacidose, níveis aleatórios de glicose

plasmática ≥ 250 mg/dL ou A1C > 9%. Recomenda-se monitorização de A1C a cada 3 meses, com meta < 7%.

CONCLUSÃO

Evidências de intervenções medicamentosas em crianças e adolescentes com DM2 ainda são limitadas. Reverter a obesidade através do estilo de vida torna-se imprescindível no atendimento aos pacientes com risco ou diagnóstico de DM2, exigindo identificação e acompanhamento precisos por parte dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Hanna X, Verre MC. Type 2 diabetes mellitus in children. *Am Fam Physician* 2018; 98: 590-4.
2. Hannon TS, Rao G, Arslanian SA. Childhood obesity and type 2 diabetes mellitus. *PE* 2005; 116: 2004-536.
3. Liberali R, Kupek E, Assis MAA. Dietary patterns and childhood obesity risk: a systematic review. *Childhood Obesity* 2020; 16: 70-85.
4. Temneanu OR, Trandafir LM, Purcarea MR. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents: a relatively new clinical problem within pediatric practice. *J Med Life* 2016; 9: 235-9.
5. Xue Y, Gao M, Gao Y. Childhood type 2 diabetes: risks and complications. *Experimental and Therapeutic Medicine* 2016; 12: 2367-70.
6. Yoshida Y, Simoes EJ. Sugar-sweetened beverage, obesity, and type 2 diabetes in children and adolescents: policies, taxation, and programs. *Curr Diab Rep* 2018; 18: 31-46.