

Caso Clínico

Autor: Irenilton Jesus dos Santos

Orientador: Diógenes Alexandre da Costa Lopes

ESTUDO DE CASO

M. R. da S., 66 anos, negra, do sexo feminino, alfabetização até a 4^o serie, pensionista, casada, 75,4 Kg, 1,52 cm de altura, natural de Mantena - MG, residente em Juara-MT, com o esposo a pouco mais de 3 anos, mudou para o Mato Grosso para ficar próximo dos filhos que moram nas proximidade de uma comunidade, onde é a sua residência, a casa é própria, mista de alvenaria e madeira, sem saneamento básico. Diagnóstico Médico de Diabetes Mellitus tipo 2, cardiopata e hipertensa. Com a diabetes descontrolada devido ao fator emocional, pois seu filho mais velho que vinha queixando de dores na perna, descobriu recentemente que está com CA. em cabeça de Fêmur. Com isso a sua diabetes que conservava em média 180 a 200 mg/dl passou a variar de 380 a 450 mg/dl em aparelho de glicemia capilar, em exame laboratorial em jejum de 12 horas 240mg/dl. Menciona ter sofrido uma queda em 2010, onde segundo ela verificou-se uma fratura em seu joelho (MID), sendo que, em sua opinião, a referida fratura não teria se consolidado de forma correta e hoje não consegue articular o joelho. Mencionou que em 2013, passou também por uma cirurgia de catarata em seus olhos. Em consulta devido a dores no joelho e quadril onde a medica do PSF diagnosticou com desgaste nas articulações do fêmur e joelho a mesma a encaminhou para o especialista ortopedista. Faz consultas mensais no Ambulatório Medico do SUS, porém não descarta as orientações de um farmacêutico de confiança da família. Relata ter sido hospitalizada em 2014 para uma artroplastia do quadril (MID), sendo que após essa cirurgia, continuou a se locomover com dificuldade houve uma melhora porem sente algumas dores ainda. Faz uso de enalapril 10mg 2 x ao dia, glibenclamida 5mg 2x ao dia, metformina 850mg 3x ao dia hidroclorotiazida

25mg pela manhã, omeprazol 20mg 1x ao dia.. Ela é sedentária, mas era parcialmente ativa em suas atividades cotidianas de sua residência, devido as dores ao se locomover não consegue mais realizar suas atividade como a de cuidar da casa e da horta, e principalmente de ir pescar devido à dificuldade de se locomover até o rio e por medo de cair devido as mas condições de acesso como terreno “liso”. Paciente relata dormir bem, cerca de 8 horas por noite; com relação à beber agua, ingere cerca de 1,5 litros de água por dia, porém sem sinais de desidratação; Refere pequenas refeições diárias. como pequenos lanches com frutas; Eliminações intestinais presente no dia, porem a mesma relata que costuma a evacuar de três vezes por semana. Hábito urinário normal, urinando em media quantidade, de cor amarelo claro, com odor característico. Sinais Vitais: PA: 120x80mmHg, FC: 71 FR: 15mrp SpO2 97%, Glicemia capilar pela manhã 335mg/dl antes do café da manhã, cerca de 1 hora após 418mg/dl.

EXAME FISICO

Paciente consciente, orientado, verbalizando, deambulando com dificuldades e auxilio de bengala, tem 75,4 Kg, 152 cm de altura, boa higiene corporal. Apresenta otimista com o seu estado de saúde. Crânio: sem a normalidades porem com sujidades, “caspa” e outras sujeiras não identificadas no couro cabeludo. Pavilhões auriculares: limpos, com acuidade auditiva dentro dos parâmetros aceitável. Olhos: sem anormalidades, com simetria, úmidos, condições visuais preservadas. Nariz: sem anormalidades e com presença de secreções ressecadas. Boca: sem anormalidades, porem lábios ressecados, paciente com uso de prótese dentária. Pescoço: sem anormalidades, sem presença de linfonodos e pulso carotídeo presente regular e cheio. Tórax: sem alterações anatômicas e mamas simétricas. Aparelho respiratório: com boa expansividade, som claro e sem presença de ruídos adventícios pulmonares. Aparelho cardiovascular: ausculta cardíaca: bulhas rítmicas, normal em 2 Tempos. Abdome: normotenso e pele ressecada e oleosa. Ausculta: ruídos hidroaéreos presentes e som timpânico. Palpação: sem anormalidades, indolor á palpação. Aparelho geniturinário: diurese e fezes presentes sem anormalidades, Hábito urinário normal, com coloração clara e ausência de odor. Pele lisa e brilhante com bom turgor. Não há uma boa postura corporal,

sendo notado pequeno desconforto para permanecer sentada. Realizados apenas exames estáticos. MMII apresenta má circulação, com edema em MMII e com redução da mobilidade MID, em MIE mobilidade preservada.

Sono e repouso: Paciente relata dormir bem, cerca de 08 horas por dia;
Hidratação: Em relação à ingestão hídrica, ingere cerca de 1,5 litros de água por dia, porém apresenta sinais de desidratação leve como boca e pele ressecada, Nutrição: Refere realizar três pequenas refeições diárias. Na primeira, o café da manhã, tendo como base, pão, bolacha e/ou esquentado arroz, feijão e ovo para comer pela manhã. Após almoça com alimentos que a base da maioria dos brasileiros com arroz, feijão carne vermelha e sua maior parte é salada. As vezes realiza pequenos lanche no período da tarde ingerindo frutas ou uma fatia de pão caseiro.

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

1 Risco de glicemia instável

Fatores de risco

- Conhecimento insuficiente sobre o controle da doença
- Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis
- Controle ineficaz de medicamentos
- Controle insuficiente do diabetes
- Estresse excessivo
- ganho de peso excessivo
- Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade

e sexo

- Monitoração inadequada da glicemia.

Populações em risco

- Alteração no estado mental
- Estado de saúde física comprometido

2 Risco de síndrome do desequilíbrio metabólico

Fatores de risco

- Comportamento de saúde propenso a risco (00188)
- Estilo de vida sedentário (00168)
- Manutenção ineficaz da saúde (00099)
- Obesidade (00232)
- Risco de glicemia instável (00179)
- Sobrecarga de estresse (00177)
- Sobrepeso (00233)

Populações em risco

- História familiar de diabetes melito
- História familiar de dislipidemia
- História familiar de hipertensão
- Idade > 30 anos

PLANEJAMENTO

Objetivo de tratamento

Meta que ela melhore a sua condição do estado mental e adaptar exercícios para que ela possa realizar e assim melhorar o estado de saúde física comprometido, orientar sobre as causas de hiperglicemia, realizar terapia laboral para reduzir a ansiedade e com isso reduzir a compulsão de comer devido à preocupação. Melhorar o estilo de vida adquirindo hábitos saudáveis.

Prescrição de Enfermagem	Aprazamento
1 Fazer visita domiciliar com equipe multidisciplinar com nutricionista, psicólogo e educador físico para orientar quanto a forma de fazer uma comida saudável, os efeitos benéficos das terapias e como ela pode ser realizada no conforto de sua residência, e orientar mostrar como os exercícios podem ser realizado em sua residência,	Em todas as visitas domiciliares da equipe da saúde da família

2 Incentivar a pratica de exercícos diário que foi passado pelo educador físico, quando possível caminha junto ao grupo de hiper-dia	3x na semana
3 Incentivar a manter a dieta ideal para a sua condição, todos os dias nas 3 refeições. Todos os dias	Todos os dias
4 Intensificar a de realização de laborterapia, cuidar da horta, ir pescar,	2 vezes na semana

IMPLEMENTAÇÃO

Nas visitas domiciliar coletar as dificuldades nos exercícos e passar o fild back para o educador físico quanto a evolução e uma vez a cada 15 dias.

Psicólogo fazer uma avaliação/reavaliação na melhora/evolução da saúde mental e os efeitos no quadro clinico.

Nutricionista avaliar quanto as dificuldade de adaptação da dieta e as possíveis adaptações quanto aos alimentos.

AVALIAÇÃO

Na reunião com a equipe multidisciplinar após 30 dias, foi avaliado uma mudanças em seu cotidiano. Todas as prescrições surtiram efeito positivo para a melhora do quadro da paciente.

FISIOPATOLOGIA DO DIABETES MELLITUS TIPO 2

O *Diabetes Mellitus* é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da mesma de exercer adequadamente seus efeitos, resultando em resistência insulínica. Caracteriza-se pela presença de hiperglicemia crônica, frequentemente, acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial.

Os sintomas mais comuns são a sede excessiva, micção frequente e perda de peso inexplicável. Outros possíveis sintomas são fome excessiva, fadiga e feridas que não cicatrizam. Em muitos casos os sintomas

manifestam-se de forma gradual e lenta. Entre as complicações a longo prazo dos níveis elevados de glicose estão doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, retinopatia diabética que pode causar cegueira e má circulação de sangue nos membros que pode levar a amputações. Pode ainda ocorrer hiperglicemia de aparecimento súbito, embora a cetoacidose diabética seja pouco comum.

A diabetes do tipo 2 ocorre como consequência da obesidade e falta de exercício físico. Algumas pessoas apresentam uma predisposição genética superior. A diabetes do tipo 2 corresponde a 90% dos casos de diabetes, sendo os restantes 10% constituídos principalmente por diabetes do tipo 1 e diabetes gestacional. Na diabetes do tipo 1, as células beta do pâncreas não produzem insulina em quantidade suficiente para controlar a glicose no sangue. O diagnóstico da diabetes é feito com análises ao sangue que avaliam a quantidade de glicose no plasma, provas de tolerância à glicose oral ou hemoglobina glicosilada.

No DM tipo 2, há **resistência à insulina** nas células, que gera um aumento da demanda de síntese da insulina na tentativa de compensar o déficit em sua ação. Inicialmente, por conta disso, há um hiperinsulinismo, sendo representada clinicamente pela acantose.

A manutenção deste quadro causa uma exaustão das células β pancreáticas, explicando parcialmente o **déficit na secreção da insulina** nestes pacientes, quando a doença já está avançada.

O **hipoinsulinismo relativo**, devido a produção insuficiente para a alta demanda sistêmica, não consegue manter os níveis glicêmicos normais e, portanto, há uma hiperglicemia persistente.

Outras causas de hipoinsulinismo são descritas, sendo elas a **hipossensibilidade das células β pancreáticas à glicose**, devido há baixa expressão do GLUT2 e **deficiência de incretinas**, sendo a causa de ambas ainda desconhecida.

FARMACODINÂMICA

Metformina

FARMACOCINÉTICA: depois da administração oral, a metformina é absorvida parcialmente pelo trato gastrointestinal em aproximadamente 6 horas. Tem uma meia-vida plasmática de 1,5 a 3 horas. Alcança uma concentração plasmática de 2 a 4 mcg/ml entre 27 e 48 minutos após a administração. A ligação às proteínas plasmáticas é praticamente inexistente. A metabolização em nível microsomal hepático é limitada e o metabólito principal é a hidroximetilmetformina. A dose terapêutica alcança uma biodisponibilidade de 60%. Cerca de 90% da dose é eliminada sem alteração na urina. Uma pequena quantidade é eliminada na saliva.

FARMACODINÂMICA: o mecanismo de ação da metformina não é bem conhecido; ela diminui a glicemia produzindo efeitos tipo insulina em diversos tecidos. Atua na presença de insulina aumentando a utilização de glicose e reduzindo a produção da mesma, portanto contrabalançando a resistência à insulina. Os efeitos da metformina incluem um aumento da utilização da glicose, oxidação e glicogênese pelos músculos sem modificar a síntese de glicogênio do músculo esquelético. Aumenta o metabolismo da glicose a lactato em nível intestinal, reduzindo a gliconeogênese hepática e, possivelmente, a taxa de absorção intestinal de glicose. Pode haver perda de peso, já que diminui a hiperglicemia pós-prandial por aumento da captura de glicose pelo músculo esquelético e adipócitos, e isto possivelmente diminui o apetite. Incrementa a captura da glicose em pacientes obesos e diminui levemente ou não modifica em pacientes não obesos. Por isso a redução de peso corporal ocorre apenas em pacientes obesos. Causa uma diminuição na glicose e insulina plasmática em jejum, melhora a tolerância à glicose e diminui os níveis plasmáticos dos lipídios de forma independente às alterações do peso corporal. Diminui triglicérides, colesterol total e lipoproteínas de baixa densidade. Não incrementa as lipoproteínas de alta densidade.

Glibenclamida

Características químicas e farmacológicas

A Glibenclamida é uma sulfoniluréia de segunda geração, usada para tratamento de diabetes mellitus tipo II.

Mecanismo de Ação:

A Glibenclamida diminui a glicose pelos mesmos mecanismos de outras sulfoniluréias, tanto por estimulação da secreção de Insulina, como pelo aumento da resposta à insulina pelos tecidos. O efeito extrapancreático predominante parece ser a redução na produção de glicose hepática. A Glibenclamida diminui a glicose sanguínea inicialmente estimulando a liberação de Insulina pelo pâncreas, num efeito dependente do funcionamento das células beta. Entretanto, o mecanismo pelo qual as sulfoniluréias produzem efeitos benéficos prolongados na tolerância à glicose, não é explicado apenas pela ação pancreática, a sensibilidade aumentada à insulina sendo provável pela melhora a longo prazo.

Farmacocinética:

A Glibenclamida é bem absorvida pelo trato gastrointestinal; os níveis séricos máximos ocorrem cerca de 4 horas após a dose oral e persistem por 24 horas. É metabolizada no fígado em dois metabólitos que são eliminados na urina e na bile em quantidades aproximadamente iguais. Estes metabólitos são muito pouco ativos. O início da ação ocorre em aproximadamente em 1 hora a 90 minutos. Os alimentos não alteram sua absorção. Cerca de 99% da droga fixam às proteínas plasmáticas.

A Glibenclamida é um antidiabético oral pertencente ao grupo farmacológico das sulfoniluréias de segunda geração. As sulfoniluréias são agentes hipoglicemiantes orais que estimulam a secreção de insulina. Está indicada no Diabetes Mellitus tipo 2 sendo a primeira opção nos indivíduos não obesos, que não alcançaram níveis glicêmicos desejáveis após a adoção das medidas dietéticas e da prática regular de atividade física.

A hipoglicemia é um efeito colateral frequente, sobretudo em idosos e renais crônicos.

POSOLOGIA

A dose usual para início do tratamento com Glibenclamida é de 2.5 a 5 mg por dia, administrados preferencialmente 30 minutos antes do café da manhã ou da primeira refeição do dia. A dose usual de manutenção varia de 1.25 a 20 mg

por dia. Pacientes especialmente sensíveis aos hipoglicemiantes orais devem receber uma dose inicial de 1.25 mg/dia, aumentando-se de 2.5 mg a cada semana dependendo da resposta. O medicamento é administrado uma vez ao dia, mas quando se utilizam 10 mg ou mais por dia, a resposta é melhor esperada com duas tomadas ao dia.

REAÇÕES

ADVERSAS

O efeito colateral primário da Glibenclamida é a hipoglicemia, que pode ser grave e levar ao coma e à morte. Para minimizar esta reação, os pacientes idosos, debilitados ou mal nutridos e aqueles com insuficiência renal, hepática, adrenal ou pituitária devem ser tratados com cuidado, se necessário o uso de Glibenclamida.

A hipoglicemia tem sido associada à terapêutica com Glibenclamida em cerca de 1.5% dos pacientes. A incidência de hipoglicemia em pacientes em tratamento com hipoglicemiantes é comparável entre Clorpropamida e Glibenclamida e bem menor com Glipizida e Tolbutamida.

Os fatores de risco de desenvolvimento da hipoglicemia incluem alterações na dieta, exercício físico intenso ou prolongado, ingestão alcoólica, doença hepática ou renal e idade avançada. Hipoglicemia profunda ocorre como resultado da supressão de produção de glicose pelo fígado e pode ser pior em pacientes com insuficiência hepática ou renal e em pacientes com insuficiência pituitária. Os sintomas de hipoglicemia incluem taquicardia, sudorese, palpitações, tremores, dor de cabeça, confusão, distúrbios visuais, confusão, irritabilidade, alterações da personalidade, convulsão e coma.

Outros efeitos colaterais, menos comuns, são os distúrbios do trato gastrointestinal, como náuseas, sensação de plenitude gástrica e queimação, que geralmente desaparecem com o uso continuado do medicamento. Outros sintomas digestivos, como constipação ou diarreia também podem ocorrer. Reações alérgicas da pele, como prurido, eritema, urticária e erupções morbiliforme ou maculopapular podem ocorrer em menos de 5% dos pacientes. Geralmente são transitórias e podem desaparecer com o uso continuado. Se persistentes ou graves, a medicação deve ser suspensa.

Diminuição da agregação plaquetária e subsequente aumento do tempo de coagulação, episódios de eosinofilia, neutropenia e trombocitopenia podem ocorrer com o uso de Glibenclamida, como casos raros, mas podendo ser graves.

As sulfoniluréias tem propriedades uricosúricas e podem causar litíase renal, especialmente em indivíduos propensos a cálculos de ácido úrico. Aumentos transitórios dos testes de função hepática, como SGOT, SGPT e fosfatase alcalina, além de icterícia colestática, têm sido relatados após o início da terapêutica com Glibenclamida.

GRAVIDEZ E LACTAÇÃO: Categoria C do FDA

O uso durante a gravidez é inapropriado devido ao controle inadequado da glicemia, risco de hipoglicemia neonatal e risco de anormalidades congênitas. Secreção no leite materno não conhecida.

CUIDADOS ESPECIAIS

Conversão da Insulina para Glibenclamida:

1 - Os pacientes que estiverem recebendo menos de 20 unidades de Insulina por dia, devem receber uma dose única de Glibenclamida de 2.5 a 5 mg por dia.

2 - Os pacientes que estiverem em utilização de 20 a 40 unidades de Insulina, a dose inicial de Glibenclamida deve ser de 5 mg ao dia, em dose única.

3 - Pacientes em uso de 40 unidades ou mais de insulina requerem um período de transição. A Insulina deve ser reduzida em 50% e a Glibenclamida deve ser iniciada concomitantemente com a dose de 5 mg/dia. A Insulina deve ser retirada progressivamente e a Glibenclamida acrescida de 1.25 a 2.5 mg cada 2 a 10 dias. Durante este período de conversão poderá ocorrer hipoglicemia, havendo necessidade de monitorização atenta do paciente.

Conversão de outro hipoglicemiante oral para Glibenclamida.

Quando um paciente é transferido de outro agente hipoglicemiante para

Glibenclamida, a dose inicial deve ser de 2.5 a 5 mg ao dia, não havendo necessidade de um período de transição. Entretanto, requer-se cuidado especial durante as duas primeiras semanas se o paciente estiver usando Clorpropamida. Devido a meia-vida prolongada da Clorpropamida, poderá ocorrer hipoglicemia mais frequentemente que com outros agentes. Nos pacientes com insuficiência renal ou insuficiência hepática, as doses iniciais e de manutenção devem ser menores e cuidadosamente estudadas. Nos pacientes idosos ocorre hipoglicemia com maior frequência, mesmo com doses menores.

Tratamento da hipoglicemia induzida por antidiabético oral

O tratamento inicial de um paciente comatoso envolve a administração intravenosa de 20 a 50 ml glicose a 50%, seguida de infusão contínua de glicose 5% ou 10% para manter a glicemia entre 5 a 10mmol/l. Tratamento prolongado por vários dias pode ser necessário em pacientes em uso de hipoglicemiantes de longa duração como Clorpropamida e Glibenclamida. Em pacientes conscientes o tratamento envolve a administração de alimentos, como doces, água com açúcar ou suco de frutas

QUÍMICA E FARMACOLOGIA

Características químicas e farmacológicas

A Glibenclamida é uma sulfoniluréia de segunda geração, usada para tratamento de diabetes mellitus tipo II.

Mecanismo de Ação:

A Glibenclamida diminui a glicose pelos mesmos mecanismos de outras sulfoniluréias, tanto por estimulação da secreção de Insulina, como pelo aumento da resposta à insulina pelos tecidos. O efeito extrapancreático predominante parece ser a redução na produção de glicose hepática. A Glibenclamida diminui a glicose sanguínea inicialmente estimulando a liberação de Insulina pelo pâncreas, num efeito dependente do

funcionamento das células beta. Entretanto, o mecanismo pelo qual as sulfoniluréias produzem efeitos benéficos prolongados na tolerância à glicose, não é explicado apenas pela ação pancreática, a sensibilidade aumentada à insulina sendo provável pela melhora a longo prazo.

Farmacocinética:

A Glibenclamida é bem absorvida pelo trato gastrointestinal; os níveis séricos máximos ocorrem cerca de 4 horas após a dose oral e persistem por 24 horas. É metabolizada no fígado em dois metabólitos que são eliminados na urina e na bile em quantidades aproximadamente iguais. Estes metabólitos são muito pouco ativos.

O início da ação ocorre em aproximadamente em 1 hora a 90 minutos. Os alimentos não alteram sua absorção. Cerca de 99% da droga fixam às proteínas plasmáticas.

CUIDADOS COM A MEDICAÇÃO

ADVERTÊNCIA

Stress com febre, infecção, trauma ou cirurgia podem resultar em perda do controle glicêmico em pacientes tratados com Glibenclamida. O uso temporário de insulina no lugar da Glibenclamida pode ser necessário. Com o uso prolongado, a eficácia da Glibenclamida pode diminuir por um determinado período. Isto é conhecido com falência secundária e pode requerer o uso tentativo de outro agente hipoglicemiante oral ou insulina. Existem evidências de que a falta de controle adequado das concentrações de glicose sanguínea durante a gravidez está associada a maior frequência de anormalidades congênitas, recomendando-se por isso, o uso de Insulina durante a gravidez para manter tanto quanto possível os níveis normais de glicose.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

A administração concomitante de Glibencamida e antiácidos não é recomendada, podendo ocorrer hipoglicemia.

Os agentes betabloqueadores podem reduzir a tolerância à glicose e inibir a secreção de Insulina em pacientes com diabetes tipo II, e portanto causar hiperglicemia.

Os corticosteróides podem causar hiperglicemia. Os pacientes em uso de drogas antidiabéticas podem necessitar de aumento da dosagem destas drogas durante a terapêutica com corticosteróides. O uso concomitante de Cimetidina pode aumentar a concentração de Glibenclamida em 30% (Glipizida em 25%, Tolbutamida em 20%) e provocar hipoglicemia. Efeito semelhante pode ocorrer com o uso de Fluconazol. Também o uso de Clofibrato e uma sulfoniluréia pode resultar em aumento da hipoglicemia em alguns pacientes.

O uso concorrente de Enalapril, Captopril ou outro inibidor da ECA e Glibenclamida pode reduzir a resistência à Insulina e necessitar diminuição da dosagem do antidiabético.

Os diuréticos tiazídicos podem antagonizar os efeitos dos agentes hipoglicêmicos orais e diminuir a eficácia da Glibenclamida. Fenilbutazona ou outro antiinflamatório não esteróide pode provocar reações hipoglicêmicas leves quando associada à Glibenclamida, e requerer maior controle do paciente e das dosagens dos medicamentos. A Rifampicina pode diminuir o efeito hipoglicêmico da Glibenclamida, Tolbutamida e Clorpropamida. O aumento da dosagem do antidiabético ou o uso de Insulina podem ser necessários.

Sulfametoxazol pode aumentar os efeitos hipoglicêmicos das sulfoniluréias. O uso concomitante de Glibenclamida e Warfarin poderá aumentar o risco de sangramento. O tempo de protrombina deve ser monitorizado e as doses do anticoagulante reduzidas. Aspirina aumenta os efeitos hipoglicemiantes. De um modo geral os fármacos altamente ligados às proteínas podem

aumentar os efeitos hipoglicemiantes das sulfoniluréias, como: antiinflamatórios não-esteróides, anticoagulantes cumarínicos, Cloranfenicol, Probenecida, Salicilatos, Sulfonamidas, Fibratos, Fenfluramina, inibidores da ECA, Disopiramida, Pentoxifilina, Quinolonas, Tetraciclina.

INFORMAÇÕES AO PACIENTE

- Tomar o medicamento 30 minutos antes do café da manhã.
- Notificar imediatamente o médico a ocorrência de febre, dor de garganta, lesão na pele ou qualquer sangramento.
- Não é aconselhável a ingestão de álcool junto com Glibenclamida. Relatar o uso de qualquer outro medicamento ao médico.
- Sintomas de hipoglicemia: formigamento dos lábios e da língua, náusea, confusão mental, fadiga, sudorese, fome, distúrbios visuais.
- O diabetes é uma doença crônica, não curável, mas que pode ser controlada com diversas medidas.
- O controle da doença visa sobretudo evitar as complicações da doença, que podem atingir diversos órgãos.
- A dieta adequada é a medida mais importante no controle do diabetes. Aliada à perda de peso e aumento da atividade física, constituem-se como ponto fundamental no tratamento e controle da doença e suas complicações.
- Os medicamentos orais - que auxiliam na redução da glicose - só devem ser usados se o controle da dieta, perda de peso e atividade física não produzirem resultados satisfatórios desejados. Mesmo assim, o uso dos medicamentos não modifica a necessidade e importância das outras medidas.
- Não modifique a dose do medicamento estabelecida pelo médico.
- Se esqueceu de tomar o medicamento pela manhã, tome ao longo do dia.
- Faça controle periódico da glicose na urina e no sangue, seguindo a orientação do médico.

Referências

CARVALHO, Eliziane Nitz de; CARVALHO, Nestor Antônio Schmidt de e FERREIRA, Lydia Masako. Modelo experimental de indução de diabetes mellitus em ratos. Acta Cir. Bras. [conectados]. 2003, vol.18, n.spe [citado 2020-06-24], pp.60-64.

SECLLEN, Segundo. Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos. Rev Med Hered [online]. 2015, vol.26, n.1 [citado 2020-06-24], pp.3-4

NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

<http://portal.anvisa.gov.br/bulario-eletronico1>