



Diabetes Mellitus

1. Introdução

A diabetes mellitus é um distúrbio endócrino crônico, caracterizada por hiperglicemia resultante da deficiência absoluta ou relativa de insulina. Há um número de diferentes causas da diabetes, mas a grande maioria dos casos são classificados como diabetes do tipo 1 ou diabetes do tipo 2.

A fisiopatologia da diabetes tipo 1 resulta da destruição auto-imune das células β pancreáticas secretoras de insulina, resultando numa deficiência de insulina e hiperglicemia subsequente. Diabetes tipo 1 representa cerca de 10-15% de todos os diabéticos. A diabetes do tipo 2 caracteriza-se pela secreção anormal de insulina, devido à resistência periférica, e representa 85-90% dos indivíduos com diabetes. Enquanto a diabetes tipo 1 se manifesta geralmente na infância ou adolescência, a diabetes tipo 2 manifesta-se numa fase posterior, as manifestações clínicas e a progressão variam consideravelmente. Alguns pacientes podem não ser claramente classificados como tendo tipo 1 ou 2, inicialmente. A diabetes tipo 1 pode ocorrer em qualquer idade, mas quando o início é tardio geralmente tem uma progressão mais lenta. A diabetes tipo 2 manifesta-se cada vez mais cedo, mesmo na infância e adolescência, permitindo um diagnóstico preciso só com o longo do tempo.

Quando não controlados, ambos os tipos de diabetes são caracterizados por um aumento da produção de glicose hepática e por diminuição da absorção de glicose pelos músculos e tecido adiposo. Os pacientes com diabetes tipo 1 têm risco de desencadear um evento de lipólise grave conduzindo a cetoacidose diabética. A atividade da insulina restante na diabetes tipo 2 inibe a lipólise e a produção de cetona, o que faz com que estes pacientes tenham menor probabilidade de desenvolver cetoacidose, mas são mais propensos a desenvolver um estado hiperosmolar não-cetótico.

A incidência e prevalência mundial da diabetes continua a aumentar, devido tanto a um aumento da incidência da diabetes tipo 1 em crianças, como de diabetes tipo 2, por consequência das mudanças do estilo de vida particularmente em países em desenvolvimento. No esporte, a diabetes está presente em todos os níveis da competição, tornando-se uma característica muito comum dado o crescente número de atletas master e porque a diabetes tipo 2 está a surgir em idades cada vez mais jovens. Além disso, dado o aumento das possibilidades de melhora do controle terapêutico de ambos os tipos de diabetes, o número de pacientes diabéticos capazes de competir ao nível dos atletas de elite esportivo é cada vez maior.

O exercício físico acarreta vários benefícios fisiológicos e psicológicos para o paciente diabético. Na diabetes tipo 1, o exercício físico tem um papel fundamental tanto no desenvolvimento físico como mental. Na diabetes tipo 2, é um fator importante na melhora da sensibilidade à insulina e controle da glicose no sangue. Assim, a participação nos esportes deve ser incentivada e a terapêutica otimizada para permitir que essas pessoas cumpram todo o seu potencial.

Os atletas com diabetes podem participar em quase todos os esportes de competição, se forem tomadas determinadas precauções. Estas medidas devem ser individualizadas e continuamente reajustadas. Para uma participação esportiva segura, os pacientes diabéticos devem ser submetidos a um exame de avaliação médico-esportiva rigoroso e, posteriormente, a exames médicos regulares, para otimizar a terapêutica e para rastrear o desenvolvimento de complicações a longo prazo. Pode ser aconselhada precaução para atletas com certas condições, conforme especificado abaixo (2.C;8.).

2. Diagnóstico

A. História Médica

A diabetes apresenta caracteristicamente uma história de sinais e sintomas associados com a hiperglicemia: polidipsia, poliúria, polifagia (tríade hiperglicémica), perda de peso, fadiga, prurido da pele e genitais, boca seca, estomatite, perturbações visuais, deficiência na capacidade de cicatrização, infecções recorrentes, arritmia, confusão, disfunção erétil e balanite (nos homens). Note-se, no entanto, que a diabetes tipo 2 é frequentemente assintomática e identificada através de programas de rastreio.

Um amplo espectro de sintomas vagos, incluindo letargia, náuseas, visão turva e fungos recalcitrantes ou infecções bacterianas, podem ser os primeiros indícios da doença. A diabetes também pode apresentar-se por uma crise hiperglicêmica aguda, que se manifesta por estupor, coma ou convulsões.

B. Critérios de Diagnóstico

Atualmente, são válidos quatro diferentes critérios de diagnóstico para a diabetes:

- O teste de HbA1C é recomendado para o diagnóstico da diabetes, utilizando um método certificado pelas respectivas autoridades nacionais (testes rápidos de HbA1C não são adequados para o propósito do diagnóstico), tendo como base um limite \geq a 6.5%. O teste de HbA1C pode ser influenciado pela etnia, hemoglobinopatias e anemias, torna-se inválido em situações de reposição anormal das hemácias.
- Os níveis de glicose no sangue em jejum são (GJ) \geq 7mmol/l (126 mg/dl). O jejum é definido como a ausência da ingestão de calorias durante as últimas oito horas.
- Valor de glicose plasmática às 2 h num teste oral de tolerância à glicose (TOTG) é de \geq 11,1 mmol/l (200mg/dl). O teste deve ser realizado segundo as instruções da OMS com um equivalente a 75 g de glicose anidra dissolvidos em água.
- Com sintomas clássicos de hiperglicemia ou uma crise hiperglicêmica, uma glicose plasmática aleatória é \geq 11.1 mmol/l (200mg/dl).

O teste de HbA1C tem um custo elevado comparativamente aos outros testes e ainda não está universalmente disponível, por conseguinte, os critérios de GJ e TOTG são susceptíveis de serem largamente utilizados, especialmente nos países em vias de desenvolvimento.

Um resultado positivo para qualquer um dos três testes acima citados, deve ser repetido para excluir um erro de laboratório, a não ser que a história e os sinais clínicos não deixem qualquer dúvida sobre o diagnóstico. De preferência, deve ser utilizado o mesmo método de ensaio. Em caso de resultados conflitantes entre dois testes diferentes, o teste com resultado positivo para a diabetes deve ser repetido.

C. Informação médica relevante

A avaliação preliminar de um atleta diabético recentemente diagnosticado deve ser abrangente e incluir a história médica, o exame físico, análises laboratoriais apropriadas e em certas circunstâncias a avaliação por um especialista. Os objetivos principais são classificar adequadamente o tipo de diabetes e detectar a presença de quaisquer complicações relacionadas com a diabetes.

As avaliações de atletas com diabetes estabelecida, devem incluir a história médica prévia ao diagnóstico, duração da doença, história familiar, exame físico cardiovascular, incluindo a determinação da pressão arterial, exame à retina, avaliação do pé para neuropatia e doença vascular periférica, HbA1c, perfil lipídico, função renal e análise de urina (uma lista dos componentes para uma avaliação abrangente pode ser encontrada no apêndice 1).

Todos os atletas diabéticos devem ser examinados para detectar complicações diabéticas existentes, antes de iniciar um programa de exercício, devem também ser realizadas avaliações médicas regulares de pré-participação e pré-competição. O aumento da atividade física pode apressar um evento cardíaco, incluindo morte súbita em pacientes com doença arterial coronária subjacente, hipertensão não controlada ou cardiomiopatia, que são mais comuns nos diabéticos. A avaliação cardíaca inicial deve, por isso, incluir os fatores dos riscos cardiovasculares, tais como hipertensão, dislipidemia e neuropatia autonômica. Um exame de esforço físico pode fazer parte da avaliação inicial.

Além de observar a frequência cardíaca máxima a pressão arterial, bem como alterações isquêmicas, os testes de tolerância ao exercício podem identificar limiares de angina e isquemia assintomática.

Os atletas têm de ser, além disso, examinados para detecção de condições como neuropatia periférica grave, retinopatia pré-proliferativa ou proliferativa e edema macular que representam uma contra-indicação para a participação em exercícios que exijam manobras de Valsava ou que sejam realizados a alta altitude. Essas condições também podem impedir o exercício intenso em alguns diabéticos.

3. Boas Práticas no Tratamento Médico

O principal objetivo da terapêutica da diabetes é manter os níveis de glicose no sangue o mais próximo possível do valor normal, sem causar hipoglicemia. O bom controle da glicose plasmática ajuda a proteger contra as complicações a longo prazo da diabetes.

Para os atletas com diabetes tipo 1, o uso da insulina é sempre indicado, a maioria dos atletas vão exigir um regime de insulina intensivo, com três ou mais injeções de insulina de ação curta diariamente, juntamente com uma insulina de ação prolongada uma vez por dia (regime bolus basal). Um crescente número de pessoas com diabetes tipo 1 utiliza bombas de insulina que proporcionam insulina de ação curta por via subcutânea de forma contínua mas a uma taxa que pode variar de uma forma altamente sofisticada.

Para atletas com diabetes tipo 2, a insulina está indicada quando a medicação oral anti-hiperglicemiante já não é suficiente para manter o controle glicêmico. A diabetes tipo 2 é uma doença progressiva caracterizada pela piora da hiperglicemia, com necessidade de doses cada vez mais altas e medicação adicional para alcançar os objetivos do tratamento. Muitos atletas com diabetes tipo 2 eventualmente necessitam de insulina, deve ser considerado o início precoce da terapêutica com insulina como um meio de alcançar e manter níveis recomendados de controle glicêmico. Muitas vezes, os atletas com diabetes tipo 2 vão exigir grandes doses de insulina para superar a resistência à insulina, característica desta condição.

A. Nome das substâncias proibidas

A insulina é o agente mais eficaz na redução da glicose e não tem nenhuma dose máxima. O principal local de ação é o músculo-esquelético. A insulina está disponível numa variedade de preparações de ação rápida, intermédia e longa duração. Existem também preparações de ação curta e intermédia pré-misturadas em proporções variáveis. Estas insulinas são administradas usando seringas de insulina, canetas ou bombas de insulina subcutâneas contínuas.

As insulinas combinadas são utilizadas em pacientes com diabetes tipo 1, mas são menos úteis para o atleta diabético, uma vez que não permitem a mesma flexibilidade dos regimes de insulino terapia intensiva. Estes regimes consistem na administração de uma insulina basal de ação prolongada juntamente com uma insulina de ação rápida prandial, ou terapêutica com bomba de insulina, e permitem o ajuste da dose de insulina nos atletas, durante e após o exercício.

A insulina também é usada hoje em dia, numa fase inicial do tratamento da diabetes tipo 2. De acordo com declarações de consenso atuais que são aplicáveis a adultos acima de 18 anos de idade, a insulina está entre os medicamentos do primeiro nível dos algoritmos de tratamento. Se as mudanças do estilo de vida e as doses máximas de metformina não forem suficientes para atingir os objetivos terapêuticos, tanto a insulina como as sulfonilureias devem ser consideradas como medicação adicional. Na diabetes tipo 2, a insulina é normalmente introduzida como insulina basal, uma vez ao dia, administrada ao deitar. Se ainda assim não é suficiente para atingir os objetivos do tratamento (normalmente HbA_{1c} 7-7.5 %), a intensificação das injeções de insulina é tratamento de escolha. A metformina é geralmente mantida como sensibilizador de insulina. Nos diabéticos tipo 2 com perda de peso ou outros sintomas hiperglicêmicos graves, a iniciação da insulina pode estar indicado no momento do diagnóstico.

O algoritmo mencionado acima para a diabetes tipo 2 não pode ser aplicado a atletas com menos de 18 anos de idade, uma vez que estes apresentam uma população especial que requer uma abordagem individualizada. A otimização do tratamento de diabetes tipo 2 em jovens ainda não é conhecida. Os medicamentos anti-hiperglicêmicos orais não são aprovados para crianças até os 18 anos na maioria dos países, os pilares do tratamento são as mudanças do estilo de vida e insulina (recomendações específicas para atletas juvenis diabéticos podem ser encontradas nas referências).

B. Vias de Administração

Injeção subcutânea em bolus ou infusão subcutânea contínua através de uma bomba de insulina.

C. Dosagem e frequência

A dosagem e a frequência da administração de insulina dependem das necessidades individuais e é influenciada pela ingestão de alimentos, intensidade e frequência das sessões de exercício, níveis de glicose plasmática no pré-exercício, etc. O acompanhamento da glicose ou automonitorização regular dos níveis de glicose plasmática com medidores de glicose ou às vezes com um Sistema de Monitoramento Contínua da Glicose (CGMS) indica a necessidade imediata de insulina e constitui uma parte indispensável de todos os regimes de terapia intensiva da insulina.

Os objetivos gerais do tratamento são manter a concentração de glicose plasmática o mais próxima dos valores normais, dentro de um intervalo individual determinado, e impedir que ocorram grandes desvios para valores inferiores a 3 mmol/l ou acima de 8-10 mmol/l. É importante que estes objetivos sejam individualizados. Na prática, pode ser difícil para os atletas alcançarem objetivos muito estritos. Um controle muito apertado aumenta o risco de hipoglicemia durante o exercício. As necessidades de insulina na diabetes do tipo 1 variam geralmente entre 0,5 - 1,0 U/ kg/dia, mas podem precisar de ser reduzidos em atletas e pessoas magras para cerca de 0,2-0,6 U/Kg/dia. Os atletas com diabetes tipo 2 muitas vezes requerem doses mais elevadas ($\geq 1,0$ U / kg / dia) para superar a resistência à insulina.

A frequência das medições de glicose no sangue realizadas pelo atleta depende do tipo de diabetes e do regime de tratamento utilizado. A automonitorização é útil para o controle dos níveis de glicose plasmática e para prevenir flutuações extremas. Os atletas devem ter o conhecimento e a compreensão necessárias para serem capazes de usar essas informações de forma adequada, e fazer ajustes significativos aos seus regimes particularmente em relação ao exercício.

Deve-se considerar a verificação dos níveis da glicose no sangue no período da manhã, antes, durante e principalmente após o fim de uma sessão de exercício, e ainda, antes e após as refeições. Atividades de alto risco (por exemplo, quando o acesso aos carboidratos é limitado) pode exigir verificações dos níveis de glicose mais frequentes aos 90, 30 e 5 minutos antes do seu início. Isso para tentar evitar a hipoglicemia, que seria extremamente perigosa durante essas atividades. A avaliação por especialistas é indispensável antes dos atletas diabéticos se envolverem em atividades de alto risco.

Recomenda-se, reduzir ou mesmo omitir doses de insulina, nos períodos de exercícios com intensidade competitiva ou exercício prolongado de alta intensidade, ou consumir carboidratos extras antes, durante ou depois da sessão de exercício, ou usar uma combinação de ambas as estratégias. A frequente monitorização da glicose e individualizando os regimes de tratamento com base na experiência individual é fundamental para o atleta diabético.

Os exercícios de moderada a alta intensidade têm um efeito contrastante nos níveis de glicose no sangue e requerem diferentes estratégias de gestão para manter o estado euglicêmico. A resposta dos níveis de glicose plasmática a uma combinação de exercício moderado e de alta intensidade, que é um padrão de atividade física referida como exercício intermitente de alta intensidade (IHE) tem recebido menos atenção da investigação, embora este tipo de treinamento caracterize o padrão de atividade da maioria dos esportes de equipa e de campo. Em muitos exercícios de alta intensidade (cerca de 80 % do VO_2 máximo) ou quando é realizado um exercício de alta intensidade após um de baixa intensidade, há uma tendência para aumentar a glicose plasmática devido ao excesso de catecolaminas circulantes, necessitando de administrar no pós exercício uma insulina de ação rápida. O exercício prolongado também pode levar à diminuição da glicose por um mecanismo de contra-regulação.

Os atletas com diabetes que são tratados com insulina e sulfoniluréias apresentam maior risco de hipoglicemia, durante e após o exercício, devido ao efeito de sensibilização à insulina provocado pelo exercício. Estes atletas devem ser educados a gerir a sua diabetes em relação ao exercício, para minimizar a possibilidade de ocorrência de episódios de hipoglicemia.

D. Duração do Tratamento recomendada

A necessidade contínua de insulina é evidente em atletas com diabetes tipo 1 e o será ao longo da vida (para a validade da AUT ver 7). Dado o caráter progressivo da doença, os atletas diabéticos tipo 2 que iniciarem a insulina por não atingirem as metas terapêuticas com a medicação alternativa, será muito provável que haja a necessidade deste tratamento ao longo a vida.

4. Outros tratamentos alternativos não proibidos

Embora o tratamento de qualquer atleta diabético inclua o controle dietético e educação, a insulina, para o qual não há uma alternativa não-proibida, é a base do controle terapêutico na diabetes tipo 1.

Na diabetes tipo 2, vários medicamentos anti-hiperglicêmicos clássicos e novos estão disponíveis para o tratamento, porém a sua escolha depende de inúmeros fatores individuais. A eficácia da redução dos níveis plasmáticos da glicose nas diferentes opções de monoterapia e terapêutica combinada disponível, depende da duração da diabetes, da glicemia basal, da terapêutica anterior, entre outros fatores. Há uma crescente variedade de medicamentos orais e injetáveis que complementam a metformina e sulfonilurêias (glinidas, inibidores α -glicosidase, tiazolidinedionas, agonistas do receptor peptídeo 1 tipo glucagon, agonistas da amilina, inibidores da dipeptidil peptidase-4). No entanto, os consensos atuais não suportam a utilização de nenhuma dessas novas substâncias como medicamentos de primeira escolha e consideram apenas a metformina e as sulfonilureias como medicamentos validados para o tratamento inicial (para algoritmo, ver 2.A acima). Dado o caráter progressivo da doença, os níveis de glicose plasmática pode muitas vezes não ser controlados de forma adequada, apesar de todas estas medidas, e a introdução da insulina no tratamento.

5. Consequências para a saúde em caso de adiamento do tratamento

O tratamento com insulina é essencial à sobrevivência dos atletas com diabetes tipo 1. Se um atleta com diabetes tipo 1, omitir ou receber uma dose insuficiente de insulina, desenvolve-se a hiperglicemia que pode progredir para um estado de cetoacidose diabética com risco de vida.

O exercício intenso pode precipitar a hiperglicemia em atletas com diabetes.

Os atletas tratados com insulina, que não conseguem obter o adequado controle da glicose plasmática, apresentam maior risco de complicações a longo prazo e danos aos órgãos-alvo, incluindo retinopatia, nefropatia, diversas neuropatias, doença do pé diabético e doença isquêmica do coração.

Um atleta com diabetes tipo 2 que requer insulina para manter o controle adequado da glicose também está exposto a um potencial aumento do risco de complicações, relacionadas com a diabetes de longa duração, assim sendo deve ser suspenso o tratamento com insulina. Haveria também um risco de descompensação metabólica, que poderia levar a uma crise de hiperglicemia, mas sem o acontecimento da cetoacidose.

6. Monitorização do Tratamento

Os níveis de glicose plasmática fornecem uma indicação imediata da necessidade de insulina, enquanto que a determinação de hemoglobina glicosilada (HbA1c) fornece uma indicação do controle glicêmico durante os últimos 1-3 meses.

A automonitorização frequente da glicose é fundamental para qualquer atleta diabético, incluindo monitorização mais frequente (e por períodos mais longos após o exercício) para aqueles que realizam exercícios de alta intensidade ou exercício prolongado. Quaisquer incidentes de hipoglicemia devem ser documentados e relacionados com a intensidade do treino, níveis de glicose no sangue antes do exercício, alimentação e ingestão de líquidos, dose de insulina basal/bolus, condições ambientais, etc. e usado para ajustar o treinamento futuro, dieta e/ou regimes de tratamento em conformidade.

A frequência dos testes de HbA1c dependem do paciente, variando entre uma a duas vezes por ano em atletas diabéticos estáveis, e a cada três meses ou até menos, em atletas diabéticos com o controle glicêmico inadequado e aqueles com regimes de tratamento muito intensos. O objetivo geralmente aceito para a maioria dos diabéticos é uma HbA1c $\leq 7\%$, com objetivos mais ou menos rigorosos dependendo dos atletas, devem ser analisados individualmente, e ainda por exemplo, a sua tendência para a hipoglicemia.

O acompanhamento regular dos atletas diabéticos cabe aos próprios atletas, juntamente com o apoio do médico de atenção primária, um enfermeiro ou um médico especialista de diabetes/endocrinologista.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

Na diabetes tipo 1 com o diagnóstico primário claramente estabelecido e na diabetes tipo 2 com necessidade comprovada de tratamento com insulina, a duração recomendada de uma AUT para o atleta diabético é de 10 anos, com uma revisão anual por um médico especialista.

Os atletas não são obrigados a apresentar regularmente / anualmente a documentação do seu médico especialista, mas devem ser capazes de fornecer a documentação, a pedido da ABCD.

8. Medidas de Prevenção Apropriadas

Na diabetes, durante o exercício há uma perturbação na utilização do substrato energético, que leva tanto à hipo como à hiperglicemia. Com as terapias modernas da diabetes é possível alcançar e manter a glicose em valores normais em ambos os tipos de diabetes, mas à custa de uma maior incidência de hipoglicemia, uma condição potencialmente ameaçadora da vida, especialmente relacionada com o exercício. A prevenção da hipoglicemia é fundamental para o atleta diabético, pois esta aumenta o risco de quedas, acidentes e outros danos (relacionados com a atividade). Em atletas diabéticos tipo 1, o exercício aumenta o risco de ocorrência de hipoglicemia grave durante o exercício e após, no descanso, de até 31 horas. As sequelas de uma reação de hipoglicemia grave induzida pelo exercício, podem ser evitadas com medidas simples, tais como, ter em sua posse comprimidos de açúcar ou gel para ser usado em caso de necessidade. O ideal é que toda a equipe de apoio ao atleta diabético esteja treinada para uma situação de emergência de hipoglicemia.

Quando os atletas com diabetes tipo 1 são privados de insulina por mais de 12 horas e estão em cetoacidose, o exercício pode piorar a hiperglicemia e a cetose. Atividade moderada a vigorosa deve ser evitada na presença de cetose. Não é necessário adiar o exercício com base apenas na hiperglicemia, desde que o atleta diabético sintam-se bem e as suas cetonas na urina e/ou no sangue sejam negativas.

9. Referências

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2011. Diabetes Care. 2011 Jan;34 Suppl1:S11-S61. doi: 10.2337/dc11-S011
2. Chipkin SR, Klugh SA, Chasan-Taber L. Exercise and diabetes. Cardiol Clin. 2001 Aug;19(3):489-505.
3. Gallen IW, Hume C, Lumb A. Fuelling the athlete with type 1 diabetes. Diabetes Obes Metab. 2011 Feb;13(2):130-6. doi: 10.1111/j.1463-1326.2010.01319.x.
4. International Diabetes Foundation. Global IDF/ISPAD Guideline for Diabetes in Childhood and Adolescence. Brussels: International Diabetes Federation; 2011. ISBN 2-930229-72-1.
5. Kourtoglu GI. Insulin therapy and exercise. Diabetes Res Clin Pract. 2011 Aug;93 Suppl 1:S73-77.
6. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferranini E, Holman RR, Sherwin R, Zinman B Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. 2009 Jan;32:192-203. doi: 10.2337/dc06-9912
7. Peirce NS. Diabetes and exercise. Br J Sports Med. 1999;33:161-173.
8. Rosenbloom AL, Silverstein JH, Amemiya S, Zeitler P, Klingensmith GJ. Type 2 diabetes in children and adolescents. Pediatr Diabetes. 2009 Sep;10 Suppl 12:17-32.

Apêndice 1

Componentes de avaliação abrangente da diabetes

(Fonte: American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2011. Diabetes Care. 2011 Jan;34 Suppl1:S11-S61)

História médica

- Idade e características do aparecimento da diabetes (por exemplo, cetoacidose diabética, resultado laboratorial assintomático)
- Padrões alimentares, hábitos de atividade física, estado nutricional e histórico do peso; crescimento e desenvolvimento em crianças e adolescentes
- História da educação para a diabetes
- Revisão dos regimes de tratamento anteriores e resposta à terapêutica (registos de HbA1c)
- Tratamento atual da diabetes, incluindo medicamentos, plano de refeições, padrões de atividade física, resultados de monitorização da glicemia e da utilização dos dados feita pelo paciente
- Frequência da Cetoacidose diabética, gravidade, e causa
- Episódios de hipoglicemia
 - Consciência da hipoglicemia
 - Qualquer hipoglicemia severa: frequência e causa
- História de complicações relacionadas com a diabetes
 - Microvascular: retinopatia, nefropatia, neuropatia (sensorial, incluindo o histórico da lesões nos pés, autônoma, incluindo disfunção sexual e gastroparesia)
 - Macro vascular: doença coronária, doença cerebrovascular, doença arterial periférica
 - Outros: problemas psicossociais*, doença odontológica*

Exame físico

- Estatura, peso, Índice de massa corporal (IMC)
- Determinação da tensão arterial incluindo as medições da tensão ortostática quando indicado
- Exame de fundo de olho (fundoscopia)*
- Palpação da tiróide
- Exame da pele (para acantose nigricans e locais de injeção de insulina)
- Exame do pé detalhado:
 - Inspeção
 - Palpação dos pulsos pedioso e tibial posterior
 - Presença / ausência de reflexos patelares e de Aquiles
 - Determinação da propriocepção, vibração e sensação de monofilamento

Avaliação laboratorial

- HbA1c, sem resultados disponíveis nos últimos 2-3 meses Se não tiver sido executado/ estiver disponível no/do ano anterior:
 - Perfil lipídico em jejum, incluindo colesterol total, LDL e HDL e triglicéridos
 - Testes da função hepática
 - Teste de excreção da albumina na urina com ratio albumina/creatinina
 - Creatinina sérica e cálculo da Taxa de Filtração Glomerular (TFG)
 - Hormona estimulante da tiroide na diabetes tipo 1, dislipidemia ou mulheres com mais de 50 anos de idade

Referências

- Exame anual de dilatação ocular
- Planeamento familiar para mulheres na idade reprodutora
- Nutricionista registado para Terapêutica Médica Nutricional
- Educação de autogestão da diabetes
- Exame odontológico
- Profissional de saúde mental, se necessário

* ver referências adequadas para estas categorias