

Posições, Recomendações, Pareceres e Actividades

A direcção da SPD tem procurado manter os seus sócios a par das suas actividades recorrendo às novas tecnologias de informação através da Internet. Inicialmente foi o lançamento do "site" no endereço: www.spd.pt criado em 2002 e, posteriormente, com o envio mensal das newsletters através do correio electrónico desde o ano de 2004 a todos os sócios que facilitaram o seu endereço electrónico ao secretariado da SPD.

Nesta página da Revista, pretendemos chamar a atenção para o que de mais relevante ocorreu no trimestre relativamente aos assuntos relacionados com as actividades da Direcção da SPD, sobretudo com a divulgação de alguns pareceres, tomadas de posição e recomendações decorrentes da sua participação na Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Diabetes e de situações circunstanciais que obriguem a SPD a tomar posições públicas em defesa dos prestadores de cuidados de saúde e das pessoas com diabetes. Em suma, da Diabetologia nacional.

Tem sido assim, quando existem ameaças ou factos consumados quanto à retirada de velhos ou à não introdução de novos medicamentos, quando nos é solicitada opinião de base científica acerca de diversos aspectos relacionados com a Diabetes e quando é necessário atender à definição de objectivos relativamente aos cuidados de saúde prestados aos diabéticos e ao modo de os atingir.

Neste primeiro número da Revista, optámos por incluir aquelas posições que, embora já divulgadas na página na Internet ou nas "newsletters" nos parecem mais relevantes pois sabemos que muitos dos sócios ainda não as conhecem. Assim, aspectos como a controvérsia gerada pelo início da utilização da nova metodologia de doseamento da HbA1c (IFCC) e a aparente tentativa de limitar o consumo das tiras de autovigilância glicémica nos diabéticos tipo 2 mereceram pareceres que aqui são divulgados.

Parecer da SPD (Posteriormente Adaptada pela Comissão de Acompanhamento do Programa de Controlo da Diabetes) Em Relação à Nova Padronização dos Resultados Laboratoriais da Hemoglobina Glicada (Hb A1c).

A necessidade da padronização internacional dos valores da hemoglobina glicada, a partir de um método laboratorial de medição e calibração rigorosa e menos sujeito a variações nos valores de referência para a Hb A1c, levaram à adopção de uma nova metodologia aprovada pela IFCC ("International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine"), tendo a sua adopção e implementação imediata sido objecto de uma directiva comunitária já para o ano de 2004.

Contudo, este método que constituirá o novo referencial a

nível global de calibração para a HbA1c, apresenta em média valores inferiores em 2% aos métodos clássicos, nomeadamente os utilizados nos estudos DCCT e UKPDS.

Considera a SPD e a Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Diabetes que a adopção, de imediato, da calibração aprovada pelo IFCC, sem medidas de alerta quanto aos novos padrões da "normalidade" (HbA1c inferior a 4%) tem riscos, pois poderá induzir em erro muitos clínicos na interpretação do controlo metabólico dos doentes diabéticos e, assim, prejudicar gravemente a saúde destes.

Assim, e à semelhança, das recomendações já propostas pelo INSA, consideramos que deve ser obrigatório que todos os laboratórios nacionais que adoptarem o método de medição da Hemoglobina Glicada de acordo com o padrão IFCC deverão continuar a utilizar a calibração DCCT, nesta fase de transição de modo a serem prevenidos os problemas resultantes de uma errada interpretação quer pelos clínicos, quer pelos próprios doentes.

Parecer da Sociedade Portuguesa de Diabetologia Relativamente ao Benefício da Autovigilância Glicémica na Diabetes Tipo 2

Considera a SPD que os estudos que não têm demonstrado evidência clara do benefício da autovigilância glicémica nalgumas situações de Diabetes tipo 2, nomeadamente nas situações de terapêutica oral ou nas situações sem terapêutica, não são indicativos de que a autovigilância glicémica seja dispensável nestas populações. Com efeito, e na nossa perspectiva, estudos relacionando autovigilância com controlo da diabetes ou complicações sofrem de algumas limitações que passamos a referir.

Independentemente das limitações e inconsistências metodológicas dos próprios estudos e que abundam, existem considerações de ordem clínica que gostaríamos de realçar:

Em 1º lugar, a autovigilância glicémica é um meio auxiliar de vigilância que por si só não tem influência directa no controlo da diabetes ou das suas complicações. É um meio intermediário, facilitador do autocontrolo do doente e, portanto, um poderoso auxiliar na educação terapêutica e é um instrumento fundamental na prática clínica para orientar a atitude terapêutica medicamentosa pelo médico assistente.

São a terapêutica medicamentosa e o estilo de vida que influem directamente no controlo metabólico e não a autovigilância glicémica, por si.

Assim, a existir uma ausência de resultados, esta dever-se-á

a uma menor eficácia na utilização do meio auxiliar (autovigilância glicémica) pelos intervenientes (médico ou doente) e não a uma insuficiência do método em si.

Em 2º lugar, na população de diabéticos tipo 2 tratados com ADO o risco de hipoglicemia iatrogénica é significativo e é causa de morbilidade acrescida, sendo que a autovigilância glicémica é imprescindível como método preventivo desta grave complicação da terapêutica.

Em 3º lugar, na população com diabetes tipo 2 não medicada com ADO, encontram-se situações intermediárias em que a intervenção terapêutica pode vir a ser necessária. Aqui, a autovigilância glicémica funciona como factor de autocontrolo importante, educativo e preventivo. A frequência com que se exerce esta autovigilância, nestes casos, é habitualmente baixa e, até intermitente ou periódica. A autovigilância glicémica é uma manobra para a maioria das pessoas incómoda e, mesmo, dolorosa pelo que não são habituais consumos excessivos nesta população.

Em termos mais genéricos, pode-se mesmo afirmar que a autovigilância glicémica irá tendencialmente aumentar na população de pessoas com diabetes tipo 2 ou mesmo numa fase de pré-diabetes. Com efeito, a principal causa de morbilidade, mortalidade e custos para o SNS na Diabetes tipo 2 relaciona-se com a Doença cardiovascular.

Estudos observacionais vários (Decode, Paris Prospective Study, Hoorn etc...) têm demonstrado uma associação significativa entre a doença cardiovascular e a glicemia pós-pran-

dial. Esta associação é, inclusive, mais evidente do que com os níveis de hemoglobina glicada. Embora não exista ainda evidência de que uma intervenção terapêutica sobre as glicemias pós-prandiais venham a reduzir a incidência de doença cardiovascular na população referida (existem estudos prospectivos em curso) é já advogada por diversas entidades científicas (entre elas, a própria SPD) a autovigilância glicémica pós-prandial na Diabetes tipo 2 nas fases iniciais do seu desenvolvimento.

A SPD concorda, na generalidade, com as recentes "Guidelines" da IDF e as recomendações quanto à autovigilância glicémica ("Standard-Care") publicadas recentemente. ("Global Guideline for type 2 Diabetes pp.32-34").

A SPD está na disposição de participar num grupo de trabalho sobre autovigilância com o intuito de discutir e divulgar "Recomendações para a Autovigilância Glicémica para a Diabetes" pois é nossa forte convicção que a utilidade e eficácia da autovigilância glicémica reside na forma como esta é utilizada e prescrita e não no método em si.

Para melhor conhecimento da realidade portuguesa, seria da máxima utilidade a partir de dados da DGS e IGIF realizar um cálculo quanto ao consumo de tiras de glicemias /ano *per capita* de diabéticos conhecidos.

Assim é parecer da SPD que:

1. Nas pessoas com diabetes tipo 2 deve ser mantido o tipo de participação actual.

2. Nos casos especificados de Diabéticos tipo 1 e tipo 2 insulino-tratados, tendo em conta os benefícios comprovados da autovigilância glicémica nestas pessoas, deve ser facilitada ainda mais a participação em certos grupos como crianças e jovens, grávidas e idosos (com pensões mínimas).

3. As tiras de cetonémia devem ser compartilhadas de forma idêntica às de glicemia

4. A eventual retirada da participação nas tiras de glicosúria não deve implicar, nesta fase, a retirada da participação das tiras de cetonúria.

Pela SPD
Rui Duarte