



COMUNICAÇÕES ORAIS (Sessão 3)

Sexta-Feira, 7 de Março de 2014

(13h45 - 14h45)

SALA NEPTUNO

(Sessão 3.1. a 3.6.)

Sessão 3.1.- Oral - Clínica

ACIDOSE LÁCTICA ASSOCIADA A METFORMINA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Figueiredo A.¹, Santos J. C.¹, Matos A. F.¹, Rosário V.¹, Esteves M. C.¹, Siopa L.¹

1- Hospital Distrital de Santarém, Medicina Interna, Santarém

Introdução: A metformina é amplamente utilizada no tratamento da diabetes *mellitus*, até ao máximo de 3g/dia. A acidose láctica como reação adversa da metformina, relaciona-se com a dose usada e condições patológicas que predisponham para hiperlactacidémia; caracteriza-se pela elevação dos níveis séricos de lactatos, diminuição de HCO_3^- e compensação com diminuição de P_aCO_2 .

Objetivos: Avaliar uma amostra de doentes com o diagnóstico de acidose láctica associada à metformina analisando a incidência, função renal, gravidade da acidose, admissão em unidade de cuidados intensivos (UCI) e unidade médico cirúrgica (UMC), hemodiálise, taxa de reinternamento e mortalidade.

Material e Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo, revendo os processos clínicos dos doentes admitidos no Serviço de Medicina IV e na UCI do Hospital Distrital de Santarém, com o diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 sob terapêutica com metformina, que apresentassem acidose láctica e insuficiência renal associada, no ano de 2013. Avaliou-se a idade, género, dose de metformina, hemoglobina glicada, creatinina basal e à admissão, valores da gasimetria à admissão (pH, lactatos, HCO_3^- e anion gap), dias de internamento, admissão na UCI ou UMC, reinternamento e mortalidade.

Conclusão: Em 2013, foram internados 28 (0,65%) doentes com acidose láctica associada à metformina, 14 (50%) doentes do sexo feminino e 14 (50%) do sexo masculino, com idade média de 76 anos. A dose diária média de metformina era 1,4 g/dia. O valor de hemoglobina glicada médio era de 8,52%. A creatinina basal média era de 1 mg/dL, enquanto à admissão a creatinina média foi de 4,4 mg/dL. Sete (25%) doentes realizaram diálise. Na gasimetria arterial da admissão obtiveram-se as seguintes médias: pH 7,189; lactatos 9,5 mmol/L; HCO_3^- 13,9 mmol/L e anion gap 21,2 mmol/L. A duração média de internamento foi de 8,3 dias. Existiram 2 (7%) reinternamentos pelo mesmo motivo, que não seguiram a indicação de suspender metformina após a alta. Houve necessidade de internamento de 7 (25%) casos na UCI e de 5 (17,9%) casos na UMC. Faleceram 9 doentes, calculando uma taxa de mortalidade de 32,1%.

A acidose láctica associada à metformina, apesar de não ser uma causa frequente de internamento apresenta elevada taxa de mortalidade. No geral, na admissão observa-se acidose láctica grave e insuficiência renal acentuada, apesar da dose média de metformina diária não ser muito elevada, necessitando muitas vezes de internamento em unidades mais diferenciadas. É fundamental a utilização regrada de metformina, especialmente no doente idoso e/ou quando há patologia concomitante que predisponha à acidose láctica.

Sessão 3.2.- Oral - Clínica

CIRCUITO DE ATENDIMENTO – UMA NOVA FORMA DE ACOLHER

Paiva A. C.¹, Afonso M. J.², Ribeiro R. T.³, Serrabulho L.¹, Susano J.⁴, Raposo J.F.⁵

1- APDP – Diabetes Portugal (Education and Research Centre /APDP-ERC), Enfermagem, Lisboa
 2- APDP – Diabetes Portugal (Education and Research Centre /APDP-ERC), Nutrição, Lisboa
 3- APDP – Diabetes Portugal (Education and Research Centre /APDP-ERC)/FCM-UNL/CEDOC, Lisboa
 4- APDP – Diabetes Portugal (Education and Research Centre /APDP-ERC), Lisboa
 5- APDP – Diabetes Portugal (Education and Research Centre /APDP-ERC), Endocrinologia, Lisboa

Introdução: A APDP introduziu em fevereiro de 2013 um novo programa de educação que abrange de forma integrada uma ampla gama de cuidados para a autogestão da diabetes. Destina-se a pessoas com diabetes tipo 2 que recorrem pela primeira vez à APDP.

Objetivo: É um programa de cuidados centrados na pessoa concebido para aumentar a autonomia, promover uma melhor adesão ao tratamento, e assim, um melhor controlo metabólico. Pretendemos perceber a viabilidade prática do programa e a adesão das pessoas.

Método: O programa de acolhimento decorre durante três meses, e é constituído por três sessões de educação em grupo, antes da consulta individual de diabetologia. As sessões são orientadas por facilitadores da equipa multidisciplinar da APDP, utilizando uma ferramenta de educação aprovada pela IDF, que proporciona uma experiência interativa de aprendizagem verbal e visual, permitindo o envolvimento dos grupos num debate aberto e significativo sobre as suas vivências com a diabetes. A primeira sessão ajuda a pessoa a uma reflexão sobre o seu papel na auto-gestão da doença, a segunda aborda conceitos gerais de alimentação saudável, e a última é uma sessão de atividade física. As pessoas incluídas foram selecionadas com base na sua idade (60-80 anos) e $\text{HbA1c} < 10\%$.

Resultados: Para a presente análise foram incluídas 231 pessoas, com média de idades de $67,5 \pm 1,7$ anos, média inicial de $\text{HbA1c} 8,4 \pm 0,1\%$ e de $\text{IMC} 30 \pm 0,19 \text{ kg/m}^2$. Do total de participantes, 25 (10,8%) participaram apenas na sessão inicial, 169 (73,1%) participaram na primeira e segunda sessão e 37 (16,0%) completaram as três sessões. Não se observaram alterações consistentes em termos de IMC entre os vários grupos. Em termos de HbA1c observou-se uma tendência de decréscimo diretamente relacionada com o número de sessões frequentadas ($V1 \Delta -0,27\% \pm 0,2$; $V1-2 \Delta -0,59\% \pm 0,4$; $V1-3 \Delta -0,85\% \pm 0,7$).

Conclusão: É facto conhecido que a utilização de métodos ativos é uma ferramenta fundamental na educação em grupo. A redução consistente da HbA1c obtida de forma independente da perda de peso, realça o impacto da partilha de soluções entre os pares, melhorando a aceitação da diabetes, o bem-estar e o desenvolvimento de autonomia com a educação para uma autogestão. O elevado abandono antes da sessão de atividade física sugere-nos considerar alterações na implementação do programa, incentivando a participação das pessoas.

Sessão 3.3.- Oral - Clínica

INSULINORRESISTÊNCIA E COMPOSIÇÃO CORPORAL EM DOENTES COM INFECÇÃO VIH SOB TERAPÊUTICA ANTI-RETROVÍRICA AO LONGO DE 2 ANOS

Oliveira J.¹, Lau E.¹, Santos A. C.², Serrão R.³, Pereira J.³, Sarmiento A.³, Carvalho D.¹, Freitas P.¹

- 1- Centro Hospitalar São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Endocrinologia, Porto
 2- Departamento de Epidemiologia Clínica e Medicina Preditiva e Saúde Pública da Universidade do Porto, Instituto de Saúde Pública da Univ. Porto
 3- Centro Hospitalar São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

Introdução: A infecção pelo VIH e o tratamento anti-retrovírico (TAR) têm sido associados a insulinoresistência (IR) e alterações na composição corporal.

Objectivos: Avaliar a evolução dos índices de insulinoresistência e da composição corporal em doentes com infecção VIH-1 sob TAR ao longo de 3 anos.

Métodos: Avaliação do HOMA-IR e HOMA-B e da composição corporal por DEXA [massa gorda total, membros superiores (MS), membros inferiores (MI), tronco e massa não gorda total (MNG)] em doentes com infecção VIH-1 sob TAR. A lipodistrofia foi definida pela clínica (LC) e por DEXA pela "razão massa gorda tronco/membros" [(RMGTM) >1,961 nos homens e >1,329 nas mulheres].

Resultados: Avaliámos uma amostra de 400 doentes com infecção VIH sob TAR, com uma média de idades de 45,78 (11,51) anos, sendo 67,3% (269) do sexo masculino. A mediana de duração da infecção foi de 8,0 (IIQ: 6,0) anos e a duração da TAR de 7,0 (IIQ:7,00) anos. 85,7 % tinha supressão da carga vírica e a mediana de CD4+ foi de 476,5 (IIQ:364,0). Destes, 57,9% tinham lipodistrofia clínica e 41,3% lipodistrofia definida pela RMGTM. Ao longo dos três anos, no total da amostra, verificou-se um aumento do HOMA-B no primeiro ano e uma diminuição no segundo ano; aumento da massa gorda total, MS e tronco; e diminuição da MNG (tabela 1). Naqueles sem lipodistrofia (definida pela clínica ou RMGT) não se verificaram diferenças na massa gorda, HOMA-IR e HOMA-β, havendo uma diminuição da MNG ao longo dos 3 anos. Naqueles com lipodistrofia clínica verificou-se aumento da massa gorda total e nos segmentos avaliados, sem diferenças no HOMA-IR e HOMA-B; e diminuição da MNG. Naqueles com lipodistrofia definida pela RMGTM, verificou-se aumento da massa gorda nos membros, sem diferenças nos outros segmentos avaliados, no HOMA-IR e HOMA-B. Nestes observou-se diminuição da MNG ao longo do tempo (tabelas 2 e 3).

Conclusão: Ao longo dos três anos, apesar do aumento da massa gorda, não se verificaram alterações no HOMA-IR, tendo-se observado aumento do HOMA-B apenas no primeiro ano.

Sessão 3.4.- Oral - Clínica

INTERNAMENTO POR PÉ DIABÉTICO E INFECÇÃO: UMA COMPLICAÇÃO GRAVE DA DIABETES MELLITUS

Saraiva J.¹, Oliveira P.¹, Rodrigues D.¹, Paiva I.¹, Moreno C.¹, Guelho D.¹, Cardoso L.¹, Vicente N.¹, Gomes L.¹, Carrilho F.¹

- 1- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Endocrinologia, Coimbra

Introdução: As complicações do pé são um dos problemas mais graves e dispendiosos da diabetes *mellitus*. Este trabalho teve como objectivo caracterizar os internamentos por pé diabético durante 2012 no Serviço de Endocrinologia dos HUC-CHUC, EPE e determinar factores associados a amputação.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos processos de 43 doentes utilizando o programa estatístico SPSS 20.0.

Resultados: Foram realizados 59 internamentos por pé diabético (43 doentes), 69,5% homens, idade média 61,2±13anos. A maioria (84,4%) diabéticos tipo 2, todos com uma longa duração da doença (20,7±11,1anos) e elevada prevalência de complicações microvasculares (83,3% neuropatia, 74,1% retinopatia, 44,4% nefropatia) e macrovasculares (doença arterial periférica em 75,4%). Antecedentes de úlcera em 50% e amputação prévia em 30,5%. A1C média 8,3±1,9%, a maioria (76,3%) sob insulino terapia. Na admissão, 86,5% apresentava infecção moderada a grave (PEDIS 3 e 4), associada a osteomielite em 37,3%. Classificação do pé: neuroisquémico em 71,2% e neuropático em 28,8%. Analiticamente: leucócitos 10,9x10⁹±4,1x10⁹L e PCR média 9,5±8,8mg/dL (<0,5). *S. aureus* foi isolado em 35,5% (MRSA em metade), *E. faecalis* em 22,6%. Todos fizeram antibioterapia endovenosa de largo espectro (≥2 antibióticos em 55,9%), duração média 10±8dias. 45,8% submetidos a amputação (66,7% *minor*). Duração média de internamento 16,5±10,2dias. Seis doentes (13,9%) reinternados pela mesma lesão. Verificou-se correlação positiva entre a necessidade de amputação e a duração do internamento (rho 0,3; p=0,021), PCR (rho 0,6; p<0,001) e leucócitos (rho 0,5; p<0,001). A maioria dos doentes com osteomielite foi submetida a amputação (p<0,001). Doentes submetidos a amputação *major* apresentavam mais frequentemente antecedentes de úlcera (OR 1,4; IC95: 0,28-7,13), nefropatia (OR 4,5; IC 0,7-28,8), retinopatia (OR 2,7; IC95:0,3-28,4), hemodiálise (OR 1,4; IC95 0,2-10,6) e doença arterial periférica (OR 1,4; IC95 0,4-5,2).

Conclusão: Nesta unidade são internados doentes diabéticos com infecções severas, quase sempre com repercussão sistémica e com elevada prevalência de complicações micro e macrovasculares. A percentagem de amputações foi considerável, mas correspondeu principalmente a procedimentos *minor*, o que é de salientar atendendo à gravidade do quadro apresentado pela maioria dos doentes, bem como aos antecedentes prévios de amputação.

Sessão 3.5.- Oral - Investigação

SISTEMA DE INFUSÃO CONTÍNUA SUBCUTÂNEA DE INSULINA (SICSI) NO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS TIPO 1

Martins J. M.¹, Martins A. F.¹, Vale S.¹, Gomes A. R.¹

1- Hospital de Santa Maria, Endocrinologia, Lisboa

Introdução: O Sistema de Infusão Contínua Subcutânea de Insulina (SICSI) constitui a modalidade terapêutica médica mais recente da Diabetes Mellitus (DM). Razões económicas limitam a sua utilização aos doentes com DM1. O sistema tem indicações específicas, vantagens e inconvenientes particulares.

Doentes e Métodos: Comparámos os doentes a utilizarem o SICSI em relação a outros doentes com DM1 que cumprem regimes intensivos de insulino-terapia (IR). A base de dados DMHSM.DBF que inclui dados do registo clínico dos doentes diabéticos assistidos na Consulta Externa de um hospital público central foi utilizada para obter os dados relevantes. Utilizou-se o programa SPSS/IBM versão 19 para a análise estatística.

Resultados: 120 doentes com DM1 foram estudados: 27 (23%) sob SICSI e 78 (65%) sob IR. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos em relação à idade (36 ± 10 anos), duração da doença (22 ± 11 anos), Índice de Massa Corporal Inicial (23.3 ± 2.9 kg/m²), HbA1c ($9.2 \pm 2.0\%$) ou na frequência de Hipertensão Arterial (27%), dislipidemia (11%), Retinopatia (46%) ou Nefropatia (26%). A terapêutica com SICSI foi escolhida para obter um melhor controlo metabólico (100%), para reduzir a frequência e gravidade das hipoglicemias (15%), para aumentar a autonomia (78%), por impossibilidade de conseguir um controlo metabólico aceitável (33%) e por planeamento de gravidez (22%). 19% apresentavam previamente um controlo metabólico bom ou razoável ($HbA1c \leq 8\%$) enquanto que 59% tinham um controlo metabólico mau ($HbA1c > 12\%$) e 22% muito mau ($HbA1c > 12\%$). 11% abandonaram a consulta e 19% abandonaram o programa. Todos os outros doentes permanecem no programa, valorizando-o muito positivamente. Este grupo de doentes é seguido em média há 3.0 ± 2.4 anos [0,25-8 anos]. Globalmente a dose média basal de insulina é de 33.2 ± 10.9 U [10.5-63], correspondendo a 0.49 ± 0.15 U/Kg [0.14-0.71] do peso do doente, e a dose nocturna (0-8h) corresponde a 0.27 ± 0.1 U [0.19 - 0.37] da dose total. Globalmente a HbA1c diminuiu de 9.9 ± 3.1 para $9.2 \pm 2.0\%$ ($p < 0.15$) atingindo valores idênticos aos dos doentes com IR. O controlo metabólico melhorou em 63%.

Discussão: Os critérios de selecção para terapêutica com SICSI são mais ou menos consensuais. No grupo em análise foram aceites doentes "difíceis", em que tinha sido impossível até então obter um controlo metabólico minimamente aceitável. Este facto explica em parte a percentagem relativamente elevada de abandonos e os valores persistentemente elevados da HbA1c. No entanto explica também a diferença absoluta obtida em média: 0.7%. Outros aspectos, para além da melhoria do controlo metabólico são igualmente relevante para a selecção desta nova modalidade terapêutica.

Sessão 3.6.- Oral - Investigação

DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÓNICA – DUAS DÉCADAS NUMA CONSULTA DE DIABETES E TRANSPLANTAÇÃO

Dantas R.¹, Bastos M.², Baptista C.², Alves R.³, Roseiro A.⁴, Bastos C.⁴, Simões-Pereira J.⁵, Cardoso L. M.², Guimarães J.¹, Mota A.⁴, Carrilho F.²

1- Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Nutrição, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, unidade de Aveiro, Endocrinologia, Aveiro
2- Serviço de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HUC-CHUC, EPE, Endocrinologia, Coimbra
3- Serviço de Nefrologia e Diálise, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HUC-CHUC, EPE, Nefrologia, Coimbra
4- Serviço de Urologia e Transplantação, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, HUC-CHUC, EPE, Coimbra
5- Serviço de Endocrinologia, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Endocrinologia, Lisboa

Introdução: A diabetes (DM) é uma das principais causas de doença renal crónica (DRT), e o transplante renal o melhor tratamento de substituição. A avaliação pré-transplantação dos doentes diabéticos permite seleccionar melhor os candidatos.

Objetivo: Avaliar as características de diabéticos admitidos à consulta de Diabetes e Pré-Transplantação (Jan/1992-Dez/2011). Comparar os resultados da 1ª década (D1: Jan/1992-Dez/2001), com os da segunda (D2: Jan/2002-Dez/2011).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de 108 diabéticos. Subdivisão em 4 grupos: Diabetes tipo 1 na 1ª década (DM1/D1) e na 2ª década (DM1/D2); Diabetes tipo 2 na 1ª década (DM2/D1) e na 2ª década (DM2/D2). Estatística SPSS 20.0.

Resultados: Avaliados 108 de 415 doentes (11 F, 97 M). Com DM1 11 doentes, 6 DM1/D1 e 5 DM1/D2. A idade e IMC eram superiores em D2 (55.4 ± 9.4 vs 49.5 ± 11.1 A e 26.6 ± 1.7 vs 23.8 ± 3.8 kg/m²). Idade de diagnóstico da DM: D1- 33.7 ± 3.8 A; D2- 31.8 ± 16.1 A. Duração da DM: D1- 15.8 ± 9.6 A; D2- 24.6 ± 10.9 A. Na D1 apresentavam retinopatia 83,4%, neuropatia 66,7%, doença vascular periférica (DVP) 33,3%, amputação 16,7%, doença cardíaca isquémica (DCI) 16,7% e cerebrovascular (DCV) 33,3%. Na D2 apresentavam retinopatia 80%, amaurose 20%, neuropatia 40%, DVP 20% e DCI 40%. Em D2 existiam mais hipertensos (100 vs 66,7%) e dislipidémicos (40 vs 16,7%). A1c: D1- $7.9 \pm 0.7\%$; D2- $6.9 \pm 1.8\%$. Foram transplantados 66,7% doentes de D1 ($p=0,02$), após uma espera média de $2,5 \pm 1,5$ A. Na DM2 avaliados 93 doentes, D1 (n=40) e D2 (n=53). Em D2, a idade média era superior ($60,5 \pm 7,4$ vs $56,6 \pm 7,8$ A, $p=0,015$) tal como o IMC (D1: $27,3 \pm 4,2$ vs D2- $27,6 \pm 3,9$ kg/m²). Idade ao diagnóstico da DM2: D1- $41,8 \pm 8,9$ A; D2- $43,5 \pm 8,4$ A. Duração da DM2: D1- $15,1 \pm 7,4$ A; D2- $16,7 \pm 8,9$ A. Na D1, apresentavam retinopatia 67,5%, amaurose 7,5%, neuropatia 27,5%, DVP 20%, amputação 10%, DCI 20%, DCV 7,5% e HTA 85%. Em D2, apresentavam retinopatia 73,6%, amaurose 17%, neuropatia 39,6%, DVP 22,6%, amputação 13,2%, DCI 18,9%, DCV 15,1% e HTA 86,8%. Em D2, maior nº de dislipidémicos (41,5 vs 17,5%, $p=0,013$). Em D1, 62,5% sob insulina, 25% só com terapêutica médica nutricional (TMN) e 12,5% sob ADO's. Em D2, 74,7% sob insulina, 20,8% sob TMN, 5,7% sob ADO's e 1,9% sob ADO's + insulina. A1c: D1- $7,4 \pm 1,9\%$; D2- $7,2 \pm 1,4\%$. Foram transplantados mais doentes em D1 (37,5 vs 18,9%, $p=0,045$). Tempo espera: D1- $0.93 \pm 2,7$ A e D2- 2 ± 2 A.

Conclusões: Nos doentes admitidos à consulta na 2ª década verifica-se, quer na DM1 quer na DM2, tendência para doentes mais idosos, com maior duração de diabetes e mais complicações. Foram considerados como tendo contra-indicação definitiva para transplante renal 27,3% (n=3) dos DM1 e 52,7% dos DM2 (n=49).