

O Risco de Acidente Cérebro-Vascular Duplica nos Homens de Meia Idade com a Síndrome Metabólica

J. Sequeira Duarte

A prevenção da síndrome metabólica apresenta um desafio grande para clínicos no que respeita aos acidentes cérebro-vasculares com o aumento na idade da população e na mesma falta do tempo da actividade física, este risco aumentará mais e porá uma maior pressão sobre os sistemas de saúde. Há que prevenir a síndrome metabólica e uma intervenção precoce será de importância vital. Uma alimentação saudável e actividade física regular devem ser recomendadas, e avaliadas pelo pessoal de saúde de uma forma sistemática.

Os homens com a síndrome metabólica mas sem diabetes ou doença cardiovascular diagnosticada estão em risco aumentado de sofrer acidente

cérebro-vascular, de acordo com um estudo publicado na revista *Stroke* (1). Trata-se de um estudo de *cohort*, de base populacional conduzido por um grupo dos investigadores finlandeses que examinou a associação entre a síndrome metabólica, definida por critérios do Programa

Nacional de Educação do Colesterol (NCEP), e da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o risco de acidente cérebro-vascular. Um total de 1131 homens sem história prévia de acidente cérebro-vascular, doença cardiovascular, ou diabetes foram incluídos no estudo. Os participantes foram seguidos durante uma média de 14,3 anos. Um total de 187 homens (14,8%) tinha no começo a síndrome metabólica de acordo com critérios do OMS e 114 homens (9,0%) tinham a síndrome metabólica baseado em critérios do NCEP.

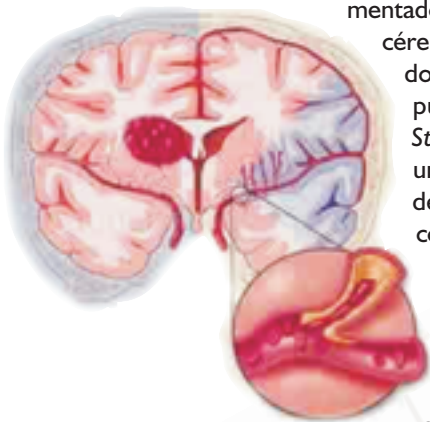
Ocorreram 65 acidentes cérebro-vasculares durante o seguimento, 47 dos quais foram acidentes isquémicos. Após o ajuste para o nível social, consumos de tabaco, álcool, e história familiar de doença coronária, os homens com a síndrome metabólica definida pelo NCEP tiveram um risco 2,05 vezes maior para todos os acidentes cérebro-vasculares ($p = 0,042$) e um risco 2,4 vezes maior para o acidente isquémico ($p = 0,025$). O risco associado nos homens com a síndrome metabólica de acordo com os critérios da OMS eram 1,82 vezes ($p = 0,046$) para todos os acidentes cérebro-vasculares e 2,16 vezes ($p = 0,022$) para acidentes isquémicos.

Eficácia comparada da insulinoterapia contínua com bomba infusora e o esquema basal-bolus que utiliza insulina glargina na diabetes de tipo I da criança

Um estudo relevante, agora que se espera para breve a comparticipação pelo SNS destas duas "armas pesadas" da te-rapêutica da Diabetes tipo I. No final, o tratamento com insulina administrada em perfusão contínua sub-cutânea com bomba infusora parece mais eficaz a longo prazo no equilíbrio glicémico do que o esquema basal-bolus com insulina glargina nas crianças diabéticas tipo I: diminuição persistente, da HbA1c e diminuição transitória das necessidades insulínicas.

Um estudo de acompanhamento a longo prazo comparou a insulinoterapia contínua com bomba infusora e o regime basal-bolus utilizando insulina glargina, em 36 doentes pediátricos (idades de 9 a 18 anos) com diabetes de tipo I há mais de um ano, tratados inicialmente de maneira intensiva (*bolus* de insulina humana antes das refeições, insulina NPH à deitar) e tendo uma HbA1c $> 7,0\%$. A idade média à inclusão foi $15,5 \pm 3$ anos. A idade de diagnóstico da diabetes foi $8,7 \pm 3,2$ anos. Os doentes foram repartidos em 2 grupos comparáveis de 18 crianças emparelhadas pela idade, tratadas quer por insulina glargina mais *bolus* insulina humana antes das refeições ($12,9 \pm 3,1$ anos), quer por insulinoterapia contínua com bomba infusora, com *bolus* insulina aspart ou lispro ($12,5 \pm 2,6$ anos). Os parâmetros estudados foram: as necessidades insulínicas (UI/kg/d), o índice de corpulência (CI medido em DS) e a ocorrência de hipoglicemias graves com um período de acompanhamento de pelo menos 2 anos para cada doente.

Resultados: no grupo da insulina glargina, a HbA1c diminuiu de maneira significativa o primeiro ano, passando de $8,5\%$ inicialmente para $7,8\%$ aos 12 meses ($p < 0,05$); este efeito benéfico não se manteve contudo no tempo dado que foi observado um escape secundário com um aumento da HbA1c que atingiu $8,2\%$ aos 24 meses, enquanto que as necessidades insulínicas foram pouco alteradas, passando de $1,01$ UI/kg/d inicialmente para $0,84$ UI/kg/d aos 24 meses (NS). Pelo contrário, no grupo tratado com perfusão contínua por bomba infusora, foi observada uma diminuição regular e significativa da HbA1c, diminuição que se manteve aos 24 meses: $8,3\%$ inicialmente contra $7,6\%$ aos 24 meses ($p < 0,05$). Neste grupo, as necessidades insulínicas, diminuíram no decurso do primeiro ano ($0,8$ UI/kg/d aos 12 meses contra $0,71$ UI/kg/d inicialmente) voltaram a aumentar depois para atingir $0,8$ UI/kg/d aos 24 meses. Nenhuma diferença significativa em termos de CI e de sintomas de hipoglicemia foi observada entre os 2 grupos (2).



BIBLIOGRAFIA

I. Kurl S, Laukkanen JA, Niskanen L, Laaksonen D, Sivenius J, Nyyssonen K, Salonen JT. Metabolic syndrome and the risk of stroke in middle-aged men. *Stroke* 2006; 37: 806-811.

2. A long term observational study comparing the efficacy of Continuous Subcutaneous Insulin Infusion (CSII) to Multiple Daily Injections (MDI) with glargine as basal insulin in type 1 age matched diabetic children. Schiaffini R, Corbi S, Bizzarri C, Cervoni M, Ciampalini P, Patera Patrizia I, Crinò A, Cappa M, Italy. Apresentado no ESPE 2005 - 21-24 Setembro em Lyon.

Normas de Publicação/Instructions to the Authors

A "Revista Portuguesa de Diabetes" publica artigos originais, artigos de revisão e casos clínicos sobre todos os temas da Diabetologia.

Os artigos originais submetidos para publicação devem ser preparados de acordo com os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals - Updated 2004" elaborados pelo "International Committee of Medical Journal Editors". Os artigos aceites para publicação passarão a ser propriedade da Sociedade Portuguesa de Diabetologia não podendo ser reproduzidos, no seu todo ou em parte, sem autorização do Corpo Editorial da Revista. A aceitação dos originais enviados para publicação será feita após apreciação por membros do Conselho Científico cujos pareceres serão sempre comunicados aos autores; estes disporão de um período de seis semanas para efectuar as eventuais modificações propostas. Os artigos originais recebidos que não estejam de acordo com as normas definidas serão devolvidos aos autores sem serem apreciados pelo Conselho Científico.

Normas Gerais

Os artigos originais, em Português ou Inglês, devem ser enviados, acompanhados da declaração de originalidade e da cedência dos direitos de propriedade, em suporte electrónico (disquete ou CD) e acompanhados de 3 cópias impressas para: "Revista Portuguesa de Diabetes" (morada).

Devem ser preparados, segundo a seguinte ordem, iniciando-se cada item numa página separada: 1. Página do título 2. Resumo 3. Introdução 4. Material e Métodos 5. Resultados 6. Discussão 7. Bibliografia 8. Legendas 9. Figuras 10. Quadros.

Todas as páginas devem ser numeradas no canto superior direito. A numeração das referências bibliográficas, tabelas e quadros deve ser feita pela ordem de aparecimento no texto.

1. Página do Título

Deve conter:

1. Título - Deve ser conciso, não conter abreviaturas e não ultrapassar os 120 caracteres. Poderá englobar um subtítulo com um máximo de 45 caracteres.
2. Autores - A identificação dos autores deve ser feita com a(s) inicial(is) do(s) primeiro(s) nome(s) e com o apelido. Deverá ser feita a identificação completa do serviço, departamento ou instituição onde o trabalho foi realizado.
3. Patrocínios - Deverão ser referidas todas as entidades que patrocinaram o trabalho.
4. Correspondência - Referir o nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor a quem deve ser enviada a correspondência.

2. Resumo

Os resumos são redigidos em Português e Inglês, não devendo ultrapassar as 200 palavras no caso dos artigos originais e as 120 se se tratar de um caso clínico. Devem ser organizados segundo os seguintes itens: Introdução, Objectivos, Material e Métodos, Resultados e Conclusões. Não devem conter abreviações, referências ou notas em rodapé.

3. Texto

Não deve ultrapassar as 12 páginas nos artigos originais e as 6 páginas nos casos clínicos. Deve incluir referência a aprovação da Comissão de Ética da Instituição e aos métodos estatísticos utilizados. Todos os fármacos devem ser referidos pelo seu nome genérico, sendo eventuais referências a nomes comerciais, acompanhadas do nome, cidade e país do fabricante, feitas em rodapé.

As abreviaturas, que são desaconselhadas, devem ser especificadas na sua primeira utilização. Os parâmetros utilizados devem ser expressos em Unidades Internacionais, com indicação dos valores normais. A identificação

das figuras deverá ser feita em numeração árabe, e a dos quadros em numeração romana.

4. Bibliografia

Deve ser referenciada em numeração árabe, por ordem de aparecimento no texto.

Nos artigos originais ou de revisão não há limite pré-estabelecido de referências.

Nos casos clínicos não devem ultrapassar as 15. As referências de comunicações pessoais e de dados não publicados serão feitas directamente no texto, não sendo numeradas. Deverão ser feitas utilizando as abreviaturas do Index Medicus.

Revistas: relação de todos os autores se não ultrapassar os seis ou dos seis primeiros seguido de et al, título do artigo e identificação da revista (nome, ano, volume e páginas). Exemplo: Fagot-Campagna A, Pettitt DJ, Engelgau MM, Burrows NR, Geiss LS, Valdez R, et al. Type 2 diabetes among North American children and adolescents: an epidemiologic review and a public health perspective. *J Pediatr*. 2000; 136: 664-72.

Livros: nome do(s) autor(es) ou editor(es) (seguido de ", editor" no caso dos editores), título, nº da edição, cidade e nome da editora, ano de publicação. Exemplo: Ganz M, editor. *Prevention of Type 2 Diabetes*. First edition. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2005. Artigos ou capítulos em livro: Nome(s) e iniciais do(s) autor(es) do artigo (ou capítulo); título ou número do artigo ou capítulo, nomes e iniciais dos editores, título do livro, cidade e nome da casa editora, número de edição, ano de publicação, primeira e última páginas do artigo. Exemplo: Zimmet P, Cameron A, Shaw J. The Diabetics Epidemic: Genes and Environment Clashing. In: Ganz M, editor. *Prevention of Type 2 Diabetes*. First edition. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2005. p. 3-13.

5. Legendas

Devem ser dactilografadas a dois espaços em folhas separadas e numeradas em sequência. As legendas devem ser numeradas em algarismos árabes pela sequência da citação no texto, e fornecerem a informação suficiente para permitir a interpretação da figura sem necessidade de consulta do texto.

6. Figuras

Todas as figuras e fotografias devem ser enviadas em triplicado. A sua identificação será feita através do número e do título da figura e das iniciais do primeiro autor escritos num autocolante colocado no verso, que deverá ainda conter sinalização clara da sua parte superior. As letras e símbolos que apareçam nas figuras não poderão ser manuscritas (utilizar de preferência símbolos/letras decalcadas), devendo ser legíveis após eventual diminuição das dimensões da figura. O número máximo de figuras e quadros será de 8 para os artigos originais e de 5 para os casos clínicos. As fotografias a cores devem ser enviadas impressas em papel; em alternativa, poderão ser enviadas em suporte electrónico, desde que digitalizadas em alta definição.

7. Quadros

Devem ser enviados em folhas separadas, dactilografados a 2 espaços, identificados com o número de aparecimento no texto (algarismos romanos) e com um título informativo na parte superior. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas (abreviaturas, significado estatístico, etc).

8. Revisão

As provas tipográficas serão revistas pelos autores. Será claramente especificado o prazo para devolução das provas revistas. O não cumprimento do prazo implica a aceitação pelos autores da revisão das provas efectuada pelos serviços da Revista.