

VELOCIDADE DA ONDA DE PULSO EM RELAÇÃO COM PARÂMETROS CLÍNICOS E ANTROPOMÉTRICOS NA OBESIDADE – RESULTADOS PRELIMINARES

Sónia do Vale, João Martin Martins, Carlota Saldanha, João Martins e Silva

Instituto de Bioquímica, Faculdade de Medicina de Lisboa

INTRODUÇÃO

A velocidade da onda de pulso (PWV) pode ser avaliada de forma simples, económica e não invasiva, fornecendo um índice precoce da doença aterosclerótica. No presente estudo procedemos à avaliação da PWV em doentes obesos.

MÉTODOS

Foram estudados 50 doentes consecutivos observados na consulta de endocrinologia por Obesidade (OB), Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão arterial (HTA) e foram comparados com 20 Controlos (C). A PWV foi avaliada por método computadorizado – COMPLIOR. Foi realizada a avaliação clínica e laboratorial apropriada a cada caso. A análise dos resultados foi efectuada com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

RESULTADOS

Os valores da PWV não foram significativamente diferentes no grupo OB e grupo C - $7,01 \pm 1,40$ vs $6,98 \pm 2,27$ m/s. Apenas o grupo DM apresentou valores tendencialmente mais elevados - $8,11 \pm 2,34$ vs $6,98 \pm 2,27$ m/s, $p < 0,1$. A PWV foi inferior no género feminino - $7,01 \pm 1,27$ vs $8,32 \pm 3,0$ m/s, - $p < 0,05$ - e aumentava com a idade - $r = 0,282$, $p < 0,05$. A PWV correlacionava-se directamente com a altura - $r = 0,209$, $p < 0,09$ - com o peso - $r = 0,214$, $p < 0,09$ - e com a área de superfície corporal - $r = +0,264$, $p < 0,05$ - mas não com o IMC. Também não se correlacionava com o perímetro umbilical, perímetro da anca e razão cintura/anca, nem com a FC ou níveis tensionais. O único parâmetro laboratorial relevante foi o Na - $r = +0,333$, $p < 0,06$.

CONCLUSÕES

A PWV depende do género, idade e de parâmetros antropométricos como o peso, altura e área de superfície corporal, mas não depende do grau nem do tipo de obesidade. O único factor analítico identificado como relevante foi a concentração sérica de sódio.

* A utilização do dispositivo COMPLIOR deve-se à generosidade dos Laboratórios SERVIER.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE NA OBESIDADE, ANOREXIA NERVOSA E PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES

João Martin Martins, Sónia do Vale, Carlota Saldanha, João Martins e Silva

Instituto de Bioquímica, Faculdade de Medicina de Lisboa.
Serviços de Endocrinologia, Hospital de Curry Cabral e Hospital de Santa Maria.

INTRODUÇÃO

No contexto da Psicologia da Saúde, os factores comportamentais são operacionais na definição susceptibilidade às doenças. A avaliação da personalidade pode permitir compreender alguns aspectos do processo patogénico e orientar a selecção terapêutica.

DOENTES E MÉTODOS

Foram estudados 100 doentes assistidos sucessivamente na Consulta de Endocrinologia com: Obesidade (Ob) (53); Anorexia Nervosa (AN) (10); Perturbação Somatoforme (PS) (12) e Controlos (CT) (25). Foram utilizados os critérios da DSM-IV para a definição da AN e PS. Os doentes procederam ao auto-preenchimento do Inventário Multifásico de Personalidade do Minnesota (MMPI). Para além das escalas clínicas, utilizou-se a definição convencional dos supertraços: Tríade Neurótica (TN), Díade Psicótica (DP) e Problemas de Comportamento (PC). A análise dos resultados foi feita com o programa SPSS.

RESULTADOS

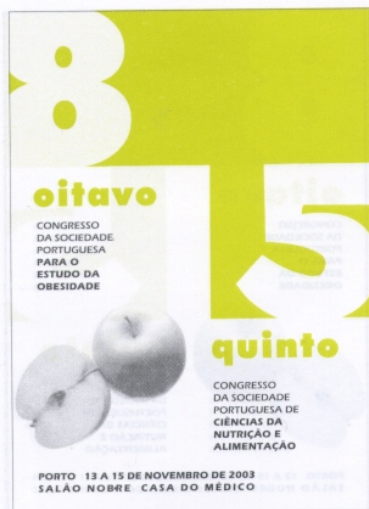
Comparativamente com o grupo

controlo, o grupo Ob caracteriza-se apenas por valores mais elevados na escala de Psicoastenia (Pt) - 58 ± 17 vs 52 ± 12 , $p < 0.05$; na AN registam-se valores mais elevados na escala de Depressão (D) - 60 ± 8 vs 49 ± 13 , $p < 0.05$ e na TN-177 ± 28 vs 153 ± 24 , $p < 0.05$, com valores inferiores na escala de masculinidade/feminilidade (Mf) - 35 ± 7 vs 42 ± 13 , $p < 0.05$; nas PS obtiveram-se valores mais elevados nas escalas Hipocondria (Hs)- 62 ± 13 vs 51 ± 12 , Depressão - 62 ± 13 vs 49 ± 13 e Histeria (Hy) - 62 ± 13 vs 52 ± 9 -e na TN-186 ± 36 vs 153 ± 24 .

DISCUSSÃO

Apesar das dimensões reduzidas da amostra, obtiveram-se personalidades distintivas em cada entidade. Os doentes com obesidade apresentam uma personalidade sobreponível à dos controlos excepto pelo exagero dos traços obsessivo-compulsivos. As doentes anoréticas caracterizam-se por traços depressivos e recusa da sexualidade no contexto de uma personalidade neurótica. As PS caracterizam-se essencialmente apenas pelo exagero dos traços neuróticos. Parece claro que o tipo de personalidade é um elemento relevante para o entendimento holístico do quadro clínico.





AValiaÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS EM OBESOS E CONTROLOS

João Martin Martins, Sónia do Vale, Carlota Saldanha e João Martins e Silva

Instituto de Bioquímica, Faculdade de Medicina de Lisboa.
Serviços de Endocrinologia, Hospital de Curry Cabral e Hospital de Santa Maria.

INTRODUÇÃO

A obesidade é habitualmente considerada como resultando essencialmente de erros alimentares e sedentarismo. No sentido de averiguar da veracidade deste mito corrente, procedemos à avaliação sistemática do comportamento alimentar, percepções e expectativas dos doentes obesos e não obesos.

DOENTES E MÉTODOS

Foram estudados 70 doentes sucessivos classificados em dois grupos: Obesos (IMC > 25 kg/m²) (N=40) e Controlos (N=30). Os doentes de ambos os grupos procederam ao auto-preenchimento do Inventário das Doenças do Comportamento Alimentar ("Eating Disorders Inventory", EDI) de Williamson modificado por algumas perguntas adicionais. Os resultados foram analisados com o programa SPSS.

RESULTADOS

O ganho ponderal nos doentes obesos é atribuído a erros alimentares

e sedentarismo (35%). 50% dos doentes obesos estão preocupados e já se sentiram socialmente prejudicados pela obesidade; 60-70% já tinham realizado planos de dieta e medicação para induzir a perda ponderal ($p < 0.001$). Os doentes obesos pretendem uma perda ponderal de cerca de 20% do peso actual; a maioria está disposta a cumprir um plano alimentar (82%) e menos frequentemente um plano de exercício (58%). Os doentes obesos apresentavam um peso ao nascer mais elevado ($p < 0.07$), sem diferenças quanto à história familiar de obesidade. Apresentavam uma maior variabilidade ponderal durante a idade adulta (28%) e no último ano (5%) ($p < 0.05$). O comportamento alimentar era mais restritivo, nomeadamente quanto à ingesta de hidratos de carbono complexos e ingesta de hidratos de carbono livres ($p < 0.01$). Apresentavam mais frequentemente voracidade alimentar (71%), voracidade alimentar selectiva para os hidratos de carbono (80%) ($p < 0.05$) e comportamento bulímico (23%) (ns). Apenas 14% referiam a prática regular de actividade física estruturada ($p < 0.05$). Não foram evidentes significativas distorções da imagem corporal.

DISCUSSÃO

A avaliação realizada é demorada, mas ajuda a identificar os problemas e poderá permitir uma terapêutica mais dirigida na obesidade. Além do maior sedentismo é evidente um comportamento crónico de tipo restritivo com exagero de pulsões libertadoras. Estes

comportamentos inibitórios perpetuados podem relacionar-se com os traços obsessivo-compulsivos identificados nestes doentes. As percepções e expectativas dos doentes são realistas e adequadas e não se encontraram alterações dramáticas da auto-imagem corporal.

Figura 3: Imagem de fluorescência após injeção de fluoresceína sódica. Este corante é seletivamente internalizado pelas células endoteliais e a fluorescência é emitida a partir da luz refletida e captada pelo sistema de vídeo. É possível visualizar o sistema de veias centrilobulares (A-B). Em maior ampliação é possível detalhar a interação entre os hepatócitos e os capilares sinusoides (C-D).



Figura 1: Autofluorescência hepática. A autofluorescência hepática é produzida naturalmente por alguns tipos de células hepáticas. É possível observar a autofluorescência em hepatócitos e em células endoteliais. A autofluorescência é mais intensa nos hepatócitos periféricos e da Zona 1 do lobo hepático, com metabolismo oxidativo mais importante em comparação com a Zona 3 e 4. A autofluorescência é produzida naturalmente por alguns tipos de células hepáticas e por células endoteliais. A autofluorescência é mais intensa nos hepatócitos periféricos e da Zona 1 do lobo hepático, com metabolismo oxidativo mais importante em comparação com a Zona 3 e 4. A autofluorescência é produzida naturalmente por alguns tipos de células hepáticas e por células endoteliais. A autofluorescência é mais intensa nos hepatócitos periféricos e da Zona 1 do lobo hepático, com metabolismo oxidativo mais importante em comparação com a Zona 3 e 4. A autofluorescência é produzida naturalmente por alguns tipos de células hepáticas e por células endoteliais. A autofluorescência é mais intensa nos hepatócitos periféricos e da Zona 1 do lobo hepático, com metabolismo oxidativo mais importante em comparação com a Zona 3 e 4.



Figura 2: Imagem de fluorescência após injeção de corante nuclear Hoechst 33258. Em condições de vídeo observa-se que a marcação nuclear ocorre inicialmente nos hepatócitos periféricos e progride na direção das células centrilobulares. P, área portal; C, veia centrilobular.