

gem de massa gorda do tronco pela percentagem de massa gorda dos membros inferiores. Os resultados são expressos em média±desvio padrão. Comparamos as variáveis usando o teste não paramétrico de Wilcoxon.

Resultados: No final de 1 ano de evolução, no total dos doentes verificamos aumento da percentagem de gordura no tronco ($23,3\pm 10,3$ vs $24,4\pm 10,6$; $p=0,007$) e da RMGTM ($1,92\pm 0,98$ vs $1,98\pm 0,93$; $p=0,039$) e uma diminuição do total de massa magra ($50059,9\pm 8424,4$ g vs $49863,4\pm 7906,2$ g; $p=0,002$). Nos doentes sem lipodistrofia observamos um aumento da RMGTM ($1,23\pm 0,54$ vs $1,38\pm 0,61$; $p=0,001$) e não observamos alterações na gordura total, dos membros superiores, dos membros inferiores, do tronco e da massa magra. Nos 79 doentes com lipodistrofia clínica observamos um aumento da gordura dos membros superiores ($19,1\pm 14,0\%$ vs $20,3\pm 13,9\%$; $p=0,058$), dos membros inferiores ($2224,0\pm 1783,7$ g vs $2352,6\pm 1690,1$; $p=0,024$), do tronco ($21,8\pm 9,7\%$ vs $23,4\pm 10,0$; $p=0,003$) e da gordura total ($18,0\pm 9,0\%$ vs $19,17\pm 9,1\%$; $p=0,003$), diminuição da massa magra ($49938,8\pm 8515,0$ g vs $49725,8\pm 7736,3$; $p=0,003$) e ausência de alteração na RMGTM.

Conclusões: No final de 1 ano de avaliação, no total dos doentes existe um aumento de gordura no tronco e um aumento de RMGTM, ou seja, verificou-se um agravamento do síndrome de redistribuição do tecido adiposo. Nos doentes do grupo inicialmente definido como sem lipodistrofia o aumento da RMGTM sugere evolução no sentido de poderem vir a ter lipodistrofia. A perda de massa magra nos doentes com lipodistrofia clínica poderá significar emaciação.

P33

SÍNDROME DA SELA TURCA VAZIA UMA CAUSA RARA DE HIPONATREMIA

Teodoro M, Temperano JL, André E, Seabra N
Centro Hospitalar Cova da Beira. Covilhã

Introdução: A sela turca vazia constitui uma entidade neurorradiológica caracterizada pela herniação intraselar do espaço subaracnoideu supraselar com compressão da glândula hipofisária contra o pavimento

selar. O síndrome da sela turca vazia primário ocorre na ausência de cirurgia ou radioterapia prévia e afecta sobretudo mulheres obesas com hipertensão (mulher/homem 6:1) na quinta década de vida; apenas 3-10% dos casos são sintomáticos e estão associados a alterações do perfil hormonal.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 75 anos de idade, admitido no Serviço de Urgência com convulsões tónico-clónicas. À entrada apresentava-se sonolento e confuso, tendo o exame físico revelado diminuição das massas musculares e perda das características sexuais secundárias.

Laboratorialmente apresentava um sódio de 119 mmol/L. Realizou TAC-cranioencefálica no Serviço de Urgência que não revelou alterações. Os doseamentos hormonais revelaram diminuição de todos os valores do eixo hipofisário e da tiróide, assim como valores de cortisol e testosterona. A prova de estimulação com ACTH foi negativa. A RMN revelou uma sela turca normodimensionada com marcada compressão da glândula pituitária contra o pavimento selar por LCR.

Conclusão: Apesar de 90% dos doentes com sela turca vazia não apresentarem alterações dos níveis hormonais hipofisários, esta entidade é responsável por um número não negligenciável de casos de insuficiência hipofisária muitas vezes subclínica o que pode conduzir a um atraso no diagnóstico com consequências graves para o doente.

P34

VARIAÇÃO INTER-OBSERVADOR NA MEDIÇÃO DOS PERÍMETROS DA CINTURA E ANCA

Correia F¹, Poínhos R², Oliveira BMPM³, Beça E⁴, Beça A⁴, Roseira A⁴, Figueira W⁴, Freitas P⁵, Varela A⁵, Medina JL⁶

¹Nutricionista do Serviço de Endocrinologia H.S.João, EPE e docente FCNAUP; ²Nutricionista; ³Docente da FCNAUP; ⁴Estagiários do 5º ano da FCNAUP; ⁵Endocrinologista do Serviço de Endocrinologia H.S.João, EPE; ⁶Endocrinologista, Director do Serviço de Endocrinologia H.S.João, EPE e docente da FMUP

Introdução: Nas medições antropométricas, assim como em qualquer medição biológica, é sempre importante minimizar o risco da ocorrência de erros, pois uma medi-

ção menos precisa pode provocar um viés no diagnóstico do paciente. Mesmo em medidores experientes existe erro inter-individual, como foi demonstrado em vários estudos. Nesses estudos concluía-se que a diferença entre observadores pode representar a maior fonte de erro, embora essas diferenças possam ter origem em erros aleatórios e não sistemáticos. As maiores fontes de erro são, geralmente, aquelas associadas aos instrumentos de medição ou associadas às técnicas de medição e registo.

Objectivo: Avaliar a variabilidade inter individual na medição do perímetro da cintura (PC) e do perímetro da anca (PA).

Material e Métodos: A amostra é constituída por 66 mulheres adultas que frequentam a consulta externa de obesidade mórbida do Hospital S. João – Porto. As medições dos dois perímetros foram realizadas por quatro observadores com conhecimento da técnica de medição. As medições foram realizadas com uma fita plástica não elástica, segundo metodologia padronizada pela OMS. Todos os observadores realizaram as medições dos dois perímetros no mesmo dia da consulta, no mesmo doente. Os valores foram registados de forma a que cada observador não tivesse conhecimento dos valores das medições efectuadas anteriormente pelos outros observadores.

Resultados: Os 4 observadores (A, B, C e D) tiveram médias de perímetro da cintura significativamente diferentes ($p < 0,001$) mas não foram encontradas diferenças significativas entre observadores relativamente às médias do perímetro da anca ($p = 0,471$). As discrepâncias encontradas para o PC foram entre 0,4 cm e 16,2 cm (média=5,1 cm; $dp = 3,6$ cm). Estas discrepâncias do PC são no máximo 17% da média das 4 observações. Para o PA, as discrepâncias foram entre 0,7 cm e 9,6 cm, (média=2,8 cm; $dp = 1,9$ cm). Estas discrepâncias do PA são no máximo 12% da média das 4 observações.

Discussão/Conclusões: As diferenças encontradas no nosso trabalho podem dever-se eventualmente a três factores: erros de medição ou de registo devidos à inexperiência de alguns dos avaliadores, alterações na composição e propriedades físicas dos tecidos nas áreas a medir, e a forma corporal destes doentes ser diferente da forma corporal dos adultos normoponderais. No entanto, as discrepâncias médias são pequenas e não susceptíveis de causar diferentes abordagens ao tratamento destes doentes.

P35

ADESÃO À TERAPÊUTICA ALIMENTAR PRESCRITA EM DIABÉTICOS TIPO1

Roseira A¹, Arteiro C², Oliveira BMPM³, Poinhos R⁴, Neves C⁵, Alves M⁵, Varela A⁵, Pereira M⁶, Veiga F⁷, Cortes C⁷, Carvalho D^{5,8}, Medina JL⁹

¹Estagiária do 5º ano da FCNAUP; ²Nutricionista do Serviço de Endocrinologia do H.S.João. Docente FCNAUP; ³Docente da FCNAUP; ⁴Nutricionista; ⁵Endocrinologista do Serviço de Endocrinologia do H.S.João; ⁶Psicólogo do Serviço de Endocrinologia do H.S.João; ⁷Enfermeiras do Serviço de Endocrinologia do H.S.João. Docente da FCNAUP; ⁸Docente da FMUP; ⁹Director do Serviço de Endocrinologia do H.S.João. Docente da FMUP

Introdução: A terapêutica nutricional convencional nos doentes diabéticos baseia-se na prescrição de um plano alimentar estruturado e individualizado. No entanto, os diabéticos com indicação para insulino terapia intensiva (bomba infusora de insulina ou múltiplas injeções diárias) requerem a aprendizagem da contagem de Hidratos de Carbono (HC) para, posteriormente, serem capazes de ajustar as doses de insulina rápida à ingestão alimentar, permitindo-lhes uma maior flexibilidade. Por este motivo, são-lhes solicitados registos alimentares diários durante o período de aprendizagem.

Objectivo: Verificar a adesão ao plano alimentar previamente prescrito na consulta de Nutrição, através da análise nutricional dos registos alimentares solicitados ao doente na consulta de ensino de contagem de HC.

Metodologia: Foram recolhidos dados demográficos (idade, sexo), antropométricos (peso, estatura, IMC), história clínica, dados bioquímicos, plano alimentar anteriormente prescrito e diários alimentares do doente. Estes dados foram estatisticamente tratados através do programa SPSS (versão 13,0) e a ingestão alimentar (valor energético e macronutrientes) foi analisada através do programa *Food Processor*.

Resultados: Foram avaliados 7 diabéticos tipo 1, que frequentam a consulta externa de Nutrição do Hospital S. João, candidatos a esquema intensivo de insulina e com plano alimentar anteriormente prescrito. As idades variam entre 18 e 43 anos (média=28,9 anos; $dp = 8,8$ anos), maioritariamente do sexo feminino (85,7%). O tempo de evolução médio da diabetes é de 14 anos e 9 meses. Seis destes indivíduos eram candidatos à colocação de bomba infusora de insulina, enquanto que apenas um