

constituída por equipe multiprofissional a estes adolescentes, proporciona melhor condição clínica para ingresso e permanência na fila de transplante pulmonar.

AO.010 TESTE DA MEDIDA DE DIFERENÇA DE POTENCIAL NASAL TRANSEPITELIAL - EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

ELENARA DA FONSECA ANDRADE PROCIANOVY, FERNANDO ANTÔNIO DE ABREU E SILVA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Introdução: A medida da diferença de potencial nasal (DPN) mede o perfil eletrofisiológico da via aérea determinado pelo fluxo dos íons Na e Cl através dos canais CFTR e CFTR-relacionados. Mede-se a DPN basal e a resposta às soluções eletrolíticas utilizadas na mucosa nasal. Além de teste diagnóstico em casos atípicos de FC, o DPN permite avaliar a resposta do transporte do Na ao bloqueio dos canais com o uso do amiloride, a condutância basal do Cl através da perfusão do epitélio com solução isenta de Cl e a resposta do CFTR ao isoproterenol, o qual estimula a condutância do Cl dependente do AMPc. Dois índices podem ser calculados, os quais aumentam o poder estatístico do teste: o índice $\frac{\text{DPN}_{\text{amil}} + \text{DPN}_{\text{iso}}}{\text{DPN}_{\text{basal}}}$ e o índice $\text{NPD} = \frac{\text{DPN}_{\text{basal}}}{\text{DPN}_{\text{amil}} + \text{DPN}_{\text{iso}}}$. **Objetivo:** Medir a DPN basal, a resposta ao amiloride (DPN_{amil}), resposta à solução sem cloro (DPN_{Cl}), resposta ao isoproterenol (DPN_{iso}), índice $\frac{\text{DPN}_{\text{amil}} + \text{DPN}_{\text{iso}}}{\text{DPN}_{\text{basal}}}$ e índice NPD no HCPA.

Material e métodos: Foram realizados 29 testes em portadores de FC clássica, 24 em saudáveis e 32 em portadores de outras patologias utilizando-se a técnica descrita por Leal et al.

Resultados: A média da DPN basal foi significativamente diferente entre o grupo FC e os grupos controle ($-29,93 \pm 7,83 \times -14,79 \pm 3,75$ e $-13,97 \pm 4,34$; $p < 0,001$). O $\frac{\text{DPN}_{\text{amil}} + \text{DPN}_{\text{iso}}}{\text{DPN}_{\text{basal}}}$ encontrados foram significativamente maiores na FC ($-18,45 \pm 6,55 \times -7,04 \pm 2,61$ e $-7,53 \pm 3,38$; $p < 0,001$) e $\frac{\text{DPN}_{\text{amil}}}{\text{DPN}_{\text{basal}}}$ e $\frac{\text{DPN}_{\text{iso}}}{\text{DPN}_{\text{basal}}}$ foram menores, refletindo a ausência de condutância do Cl ($3,28 \pm 4,96 \times 7,25 \pm 6,81$ e $11,91 \pm 8,47$ e $1,14 \pm 4,53 \times 4,29 \pm 2,68$ e $5,16 \pm 3,28$, respectivamente; $p < 0,001$). O índice NPD encontrado no grupo FC foi significativamente maior em comparação aos grupos controles ($0,83 \pm 0,33 \times 0,26 \pm 0,21$ e $0,15 \pm 0,13$; $p < 0,001$) e semelhante ao descrito por outros estudos. **Conclusões:** O DPN no HCPA permitiu diferenciar o grupo FC através da presença de valores elevados da DPN basal, maior resposta ao amiloride e pouca ou ausente resposta ao isoproterenol, com índices $\frac{\text{DPN}_{\text{amil}} + \text{DPN}_{\text{iso}}}{\text{DPN}_{\text{basal}}}$ e NPD significativamente maiores.

AO.011 NOVA FERRAMENTA DE TRIAGEM NUTRICIONAL PARA PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA

ELIANA BARBOSA, EMÍLIA A.M. MOREIRA, INDIANARA MEINCHEIM, LUIZA CORREA DE S. VIEIRA, MAÍRA F. BILLO, GABRIELA BENNEMANN, NORBERTO LUDWIG NETO, MÓNICA L.C. WAYHS, JOSÉ EDUARDO P. FERREIRA

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

INTRODUÇÃO: A triagem nutricional busca identificar indivíduos desnutridos ou em risco de desnutrição, com o propósito de verificar se uma avaliação nutricional adicional, mais detalhada, é necessária. A ferramenta proposta identifica o risco nutricional de crianças e adolescentes com Fibrose Cística (FC), mesmo em pacientes eutróficos. **OBJETIVOS:** Avaliar o risco nutricional de todos os pacientes

acompanhados pelo Ambulatório Multidisciplinar de Fibrose Cística do HIJG (AMFC/HIJG), de acordo com uma nova ferramenta de triagem nutricional. **METODOLOGIA:** Estudo transversal realizado com 56 pacientes, atendidos no AMFC/HIJG, com idade média de $83,67 \pm 44,89$ meses. O método é indicado para crianças maiores de 2 anos e adolescentes, baseado em três parâmetros: ganho de peso, ganho de estatura (no último ano) e percentil de Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com as curvas de referência propostas pelo National Center for Health Statistics Centers for Disease Control and Prevention (NCHS/CDC, 2000). De acordo com estes parâmetros foram estabelecidas três categorias de risco nutricional: nenhum ou baixo risco, risco moderado e alto risco. **RESULTADOS:** A maioria dos pacientes apresentou nenhum ou baixo risco (29) 51,79%, ou risco moderado (22) 39,29%, e o restante (5) 8,92% foram classificados em alto risco nutricional. Crianças menores de dois anos e/ou acompanhadas por um período inferior a um ano não puderam ser avaliadas. **CONCLUSÃO:** Esta ferramenta de triagem nutricional para pacientes com FC é confiável, validada com resultados consistentes. Apontou adequada condição nutricional para a maior parte dos pacientes e identificou os que necessitam de maior monitoramento nutricional.

AO.012 A EFETIVIDADE DOS BETA 2 AGONISTAS INALATÓRIOS E A GRAVIDADE CLÍNICA DA FIBROSE CÍSTICA(FC) PODEM SER INFLUENCIADOS POR POLIMORFISMOS NO GENE ADRB2?

FERNANDO AUGUSTO DE LIMA MARSON, JOSÉ DIRCEU RIBEIRO, CARMEN

SILVIA BERTUZZO, ANTÔNIO FERNANDO RIBEIRO

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS - UNICAMP

O receptor beta 2-adrenérgico (ADRB2), expresso na musculatura lisa das vias aeríferas, é alvo para beta 2 agonistas inalatórios usados no tratamento da obstrução brônquica. Dois polimorfismos frequentes estão localizados na posição do nucleotídeo +46(A/G) e +79(C/G) desse gene, relativo ao início da tradução e correspondem aos aminoácidos na posição 16[[arginina(Arg) ou glicina(Gly)] e 27[[glutamina(Gln) ou glutamato(Glu)]. **Objetivo:** Verificar se o genótipo ADRB2, para os polimorfismos citados, estão associados à magnitude da resposta broncodilatadora e a variáveis clínicas em fibrocísticos. **Método:** Incluídos 96 pacientes, idade média: 15 anos e submetidos a espirometria. **Técnica:** PCR arms. **Variáveis clínicas:** Escores de Kanga(EK), Bhalla e Shwachman-Kulczycki(ES), IMC, idade ao diagnóstico, início dos sintomas(pulmonares/digestivos), microrganismos isolados, espirometria(CVF, VEF1, CVF/VEF1 e FEF25-75%-antes e pós uso do broncodilatador) e SaO2. **Testes estatísticos:** ANOVA, Regressão Logística e Teste T pareado. **Resultado:** O polimorfismo +79C/G teve o genótipo C/C(Gln/Gln) associado ao início do quadro pulmonar, digestivo e diagnóstico precoce($p=0,04$) e o genótipo G/G(Glu/Glu) a pior classificação para o EK($p=0,04$) e ES($p=0,04$). O genótipo A/A(Arg/Arg) do polimorfismo +46A/G foi associado com a redução do FEV1/CVF(%) após o uso do broncodilatador($p=0,02$), diagnóstico($p=0,02$), idade da primeira manifestação($p=0,04$) e início do quadro pulmonar($p=0,02$) precoces. Esses dados podem ser confirmados pela observação de maior gravidade e pior resposta ao broncodilatador em pacientes asmáticos que tem o genótipo A/A. Na FC, houve associação de ambos polimorfismos com a gravidade da FC, principalmente com