

CARTAS AO DIRECTOR

Dexametasona Pré-Natal Ver para Crer ou Crer para Ver?

Dentro das actividades do Grupo de Estudo do Muito Baixo Peso, temos analisado anualmente as nossas intervenções, entre elas a verificação dos benefícios da corticoterapia pré-natal. Constatámos a impossibilidade de demonstrar as suas vantagens com as amostras anuais nacionais; apenas juntando dois ou três anos consecutivos conseguimos dimensão suficiente para encontrar diferenças significativas no aparecimento de DMH, e ainda não atingimos dimensão para verificar diferença na mortalidade por DMH. Isto deve-se a que a história natural da doença raramente é observável nos nossos dias, dado o extenso armamento terapêutico de que dispomos (neste caso, o surfactante e a ventilação assistida), exigindo maiores séries para comprovar resultados em estudos observacionais do que há décadas atrás.

Foi portanto com surpresa que encontramos no artigo «Dexametasona Pré-Natal» de E. Proença et al (Acta Pediatr Port 1999, 1(30): 35-9), baseado numa pequena fracção da nossa amostra nacional, a «verificação» dos efeitos benéficos da corticoterapia pré-natal. Felizmente, os autores apresentam quadros com os resultados brutos, o que permite verificar a aplicação dos testes estatísticos. De facto, devido a algum erro não detectado pelos

Autores, para o nível de significância escolhido não existe diferença estatisticamente significativa nem na incidência de DMH ($p=0,168$) nem na taxa de mortalidade ($p=0,106$), embora a haja realmente para a incidência de DMH grave ($p=0,008$) e para a necessidade de ventilação assistida ($p=0,022$).

Quer os Autores quer os Revisores da Acta (estes, como é hábito), não verificaram os resultados dos testes estatísticos, pois bastou «crer para ver» a constatação dos benefícios desta intervenção. Embora os benefícios da corticoterapia pré-natal já foram sobejamente demonstrados através dos trabalhos referidos na bibliografia, a análise das nossas intervenções, verificando se conseguimos atingir, na prática, os resultados que a «evidência» prevê, é uma actividade importante. Para o conseguir, a Epidemiologia Clínica é o principal meio operacional, quer através do desenho de estudos, quer da utilização contextualizada da estatística, permitindo-nos «ver» para poder «crer».

Daniel Virella

Rua do Caminho da Quinta, 2 – 2780-095 Oeiras
(dvirella@mail.telepac.pt)

Em resposta à Carta ao Director da Acta Pediátrica Portuguesa «Dexametasona Pré-Natal. Ver para crer ou crer para ver?», queremos agradecer ao seu autor, Dr. Daniel Virella, a atenção dispensada na cuidadosa leitura do nosso artigo.

Em primeiro lugar cabe-nos reconhecer e lamentar a errada aplicação dos testes estatísticos, concretamente no que se refere à incidência de doença das membranas hialinas (DMH) e à taxa de mortalidade. Não se tratou, no entanto de uma *visão por credo*, mas antes de um engano. Felizmente, embora a incidência global de DMH não se tenha revelado estatisticamente diferente, comprovámos uma redução na incidência de doença grave e da necessidade de ventilação mecânica, o que nos parece mais relevante.

Os benefícios da corticoterapia pré-natal na função respiratória do recém-nascido (RN) pré-termo parecem actualmente incontestáveis e os efeitos noutros sistemas também se têm revelado positivos. Relativamente a estes benefícios alargados, não encontramos na altura da elab-

oração do estudo nenhuma publicação nacional que os mencionasse, vindo os nossos dados apoiar alguns destes resultados. O artigo foi escrito em 1996, mas, infelizmente, os múltiplos atrasos na publicação, a que somos alheios e lamentamos, retiraram-lhe alguma actualidade.

Refutamos, contudo, a afirmação de que a amostra por nós analisada constitui «uma pequena fracção da amostra nacional» do grupo de Estudo do Muito Baixo Peso (MBP). Tal como nos sugeriu o nosso leitor, recomendamos-lhe o cuidado de *não ver só porque crê*. Por um lado o período avaliado foi o biénio 1994-95, sendo que apenas no primeiro destes anos foi efectuado o registo dos MBP. Por outro lado, o grupo analisado foi definido pela idade gestacional (IG) inferior a 31 semanas e não pelo peso ao nascimento (PN) inferior a 1500 gramas, o que deixa de fora uma considerável margem de não sobreposição, excluindo os RN com IG > 31 semanas e PN < 1500g e incluindo os RN < 31 semanas e PN > 1500g.

Elisa Proença e col.

EM RESPOSTA

A Propósito da Investigação na Suspeita de um Surto de Shigelose

O estudo de D. Virella et al. (Acta Pediatr Port 1999; 30: 179-83) mereceu-nos especial atenção, afigurando-se oportunamente orientado e contendo informação prática para a saúde pública.

O manuscrito conclui com a sugestão de um fluxograma para investigação duma suspeita de um surto de shigelose, o que representa um auxiliar útil para o clínico, quando urge uma orientação diagnóstica e terapêutica. No entanto, ao admitir-se a suspeita, os autores propõem como passo seguinte a colheita de fezes para estudo etiológico e eventual antibioterapia, não fazendo qualquer menção a testes de rastreio rápidos, como seja a pesquisa de leucócitos fecais.

Há uns anos, realizámos no Hospital de Dona Estefânia um estudo aleatório procurando avaliar a utilidade desse exame na orientação diagnóstica da diarreia aguda⁽¹⁾. Trata-se de uma técnica simples, rápida, económica e exequível à cabeceira do doente. Para o efeito, foram seleccionadas 53 crianças internadas com aquele diagnóstico e, em 31 isolaram-se bactérias responsáveis por diarreia invasiva, incluindo 9 casos de *Shigella sonnei* e 3 com *Shigella flexneri*. Na amostra estudada, a presença de leucócitos fecais revelou uma sensibilidade de 83,9%, uma especificidade de 59,1% e valores preditivos positivo e negativo, respectivamente, de 74,3% e 72,2%, na identificação de diarreia invasiva. Outros autores verificaram taxas de probabilidade mais elevadas e defendem que, nos surtos de diarreia aguda, o pedido de coprocultura não deve ser indiscriminado. O estudo microbiológico ficaria reservado para casos com pesquisa de leucócitos fecais posi-

tiva, nos quais poderia estar indicada a terapêutica antimicrobiana, como é exemplo a shigelose^(2,3).

O papel dos leucócitos fecais mantém-se actual como método de economizar recursos e de obter uma probabilidade de diagnóstico mais consistente e precoce⁽⁴⁾. Com o mesmo sentido, outros testes de primeira linha estão a ser avaliados quando se suspeita de diarreia invasiva. De entre estes, merecem destaque a pesquisa de sangue oculto nas fezes e a lactoferrina fecal⁽⁴⁾.

Em nossa opinião, a inclusão deste tipo de testes no referido fluxograma, precedendo a coprocultura e/ou a antibioterapia, viria a enriquecê-lo.

Bibliografia

1. Pereira da Silva L, Carapau JA. O valor dos leucócitos fecais na diarreia aguda da criança. *Rev Gastroenterol* 1986; 13: 10-9.
2. Korzeeniowski OM, Barada FA, Rouse JD, Guerrant RL. Value of examination for fecal leukocytes in the early diagnosis of shigellosis. *Am J Trop Med Hyg* 1979; 28: 1031-5.
3. Guerrant RL, Shields DS, Thorson SM, Groschel DH. Evaluation and diagnosis of acute infectious diarrhea. *Am J Med* 1985; 28: 91-8.
4. Huicho L, Garaycochea V, Uchima N, Zerpa R, Guerrant RL. Fecal lactoferrin, fecal leukocytes and occult blood in the diagnostic approach to childhood invasive diarrhea. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 644-7.

Luís Pereira da Silva
Hospital de Dona Estefânia
(Departamento de Pediatria – Serviço 1)
Rua Jacinta Marto, 1169-045 Lisboa

EM RESPOSTA

Agradecemos as oportunas observações de Luís Pereira da Silva à cerca do nosso artigo, com as quais concordamos em essência. Embora o objectivo do artigo seja claramente chamar a necessidade para o isolamento de agentes, determinação de sensibilidades antibióticas e notificação dos casos, devido quer ao interesse clínico quer da saúde pública, não teria sido descabido lembrar estes aspectos práticos que foram referidos na carta.

Particularmente a pesquisa de sangue oculto nas fezes e de leucócitos no muco que acompanha as fezes em alguns casos de diarreia, parecem-nos potenciais ajudas preciosas na selecção dos casos suspeitos de serem diarreias invasivas^(1,2). No entanto, não são prática corrente nas instituições em que tenho trabalhado, quer porque os clínicos não as pedem, quer por não haver a necessária resposta dos serviços de Patologia Clínica. Não basta os pediatras sabermos que são técnicas úteis e relativamente simples de realizar, é necessário envolver

os patologistas clínicos na investigação destes casos, de modo a também terem consciência não apenas da sua utilidade e simplicidade, mas também da poupança de recursos e tempo que podem proporcionar às secções de Microbiologia.

Bibliografia

1. Miller JR, Barrett LJ, Kotloff K, Guerrant RL. A rapid test for infectious and inflammatory enteritis. *Arch Intern Med* 1994; 154(23): 2660-4.
2. McNeely WS, Dupont HL, Mathewson JJ, Oberhelman RA, Ericsson CD. Occult blood versus fecal leukocytes in the diagnosis of bacterial diarrhea: a study of U.S. travelers to Mexico and Mexican children. *Am J Trop Med Hyg* 1996; 55(4): 430-3.

Daniel Virella
(dvirella@mail.telepac.pt)