

melhor metodologia para capitalizar credibilidade em relação ao benefício para essas crianças se o hipotireoidismo subclínico materno estiver sob um enfoque terapêutico.

CARLOS ALBERTO MAGANHA

ANDRÉIA DAVID SAPIENZA

MARCELO ZUGAIB

Referências

1. Kilpatrick S. ACOG Practice Bulletin No. 32: thyroid disease in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002; 100:387-94.
2. Haddow JE, Palomaki GE, Allan WC, Williams JR, Knight GJ, Gagnon J, et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *N Engl J Med* 1999; 341:549-55.
3. Gliozzi D, Delange F. The potential repercussions of maternal, fetal and neonatal hypothyroxinemia on the progeny. *Thyroid* 2000; 10:871-87.
4. Klein RZ, Mitchell ML. Maternal hypothyroidism and cognitive development of the offspring. *Endocrinol Metab* 2002; 14:443-6.
5. Chan S, Kilby MD. Thyroid hormone and central nervous system development. *J Endocrinol* 2000; 165:1-8.

Pediatria

QUE EVIDÊNCIAS TEMOS PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INICIAL ENTRE PNEUMONIA BACTERIANA E VIRAL?

Tradicionalmente, utilizamos alguns dados de padrão radiológico em cotejo com dados clínicos e laboratoriais, para diferenciarmos entre etiologia viral e bacteriana, bem como entre os diferentes agentes desta última. Assim, padrões alveolares, leucocitose e taquipnéia aceitamos como evidências muito fortes de processos bacterianos. A par, o encontro de derrame pleural e pneumatoceles é considerado "a priori" como etiologia estafilocócica. E, assim orientados, fazemos a escolha da terapêutica empírica inicial e introduzimos os antimicrobianos.

Essas certezas, entretanto, devem passar por uma reflexão. Assim, acumulam-se na literatura evidências de que

aproximadamente metade dos casos que se apresentam com padrão intersticial, tem etiologia bacteriana, enquanto 1/3 dos casos com infiltrado alveolar tem etiologia viral. Tem-se mostrado também formas complicadas de pneumonia pneumocócica, com a presença de derrame pleural e pneumatoceles, e alguns sorotipos, como o sorotipo 1, causando mais quadros com complicação, não havendo relação nesse fato com a presença de resistência bacteriana. De outra parte, a presença de sinais clínicos de infecção de vias aéreas associado com febre e principalmente taquipnéia, critério adotado pela OMS para o diagnóstico de pneumonia, à luz de uma avaliação mais acurada, mostra que a grande maioria (94%) dos casos assim selecionados tem raio x de tórax normal e evidências de asma. Ainda, a utilização tradicional da determinação da velocidade de hemossedimentação e contagem de leucócitos para inferir presença de infecção bacteriana tem muito baixa sensibilidade e especificidade para estabelecer o diagnóstico diferencial entre pneumonia viral e bacteriana.

Sobram-nos o marcador de fase aguda de resposta inflamatória, proteína C reativa, com muita sensibilidade e pouca especificidade e a procalcitonina que, quando usando um limite de corte de $1 \mu\text{g/l}$ como padrão, é mais sensível e específica, com forte valor preditivo positivo e negativo para o diferencial entre infecção bacteriana e viral.

Dessa forma, fica evidente que o padrão radiológico, características de evolução, padrão de apresentação e técnicas laboratoriais usuais, são evidências fortes, quando analisados isoladamente, para fazermos diferencial entre processo bacteriano e viral, e nessa base introduzir uma terapêutica mais agressiva.

EVANDRO R. BALDACCI

Referências

1. Moulin F, Raymond J, Lorrot M, Marc E, Coste J, Iniguez JL, et al. Procalcitonin in children admitted to hospital with community acquired pneumonia. *Arch Dis Child* 2001; 84(4):332-6.
2. Heffelfinger JD, Davis TE, Gebrian B, Bordeaux R, Schwartz B, Dowell SF. Evaluation of

children with recurrent pneumonia diagnosed by World Health Organization criteria. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21(2):108-12.

3. Virkki R, Juven T, Rikalainen H, Svedstrom E, Mertsola J, Ruuskanen O. Differentiation of bacterial and viral pneumonia in children. *Thorax* 2002; 57(5):438-41.

4. Tan TQ, Mason EO, Wald ER, Barson WJ, Schutze GE, Bradley JS, et al. Clinical characteristics of children with complicated pneumonia caused by *Streptococcus pneumoniae*. *Pediatrics*, 2002; 110(1 Pt 1):1-6.

5. Hein SN, Lotufo JPB, Baldacci ER, Okay Y, Manissadjian A. Pneumonia pneumocócica de evolução atípica em crianças. *Pediatria (São Paulo)* 1991; 13:(3/4):81-3.

Emergência e Medicina Intensiva

PROTEÍNA C ATIVADA HUMANA RECOMBINANTE NA SEPSE: QUANDO INDICAR?

Após duas décadas de imensos recursos gastos em pesquisa com aproximadamente 20 candidatos à terapêutica da sepse, finalmente uma droga alcançou o sucesso. Baseado nos resultados do Estudo PROWESS¹, a drotrecogina alfa (ativada), ou proteína C ativada humana recombinante (Xigris®, Eli Lilly), reduziu significativamente a mortalidade em 28 dias nos pacientes com sepse grave tratados com a medicação durante 96 horas em relação ao grupo placebo (24,7% vs. 30,8%, $p=0.005$).

Análises subseqüentes da eficácia e custo-efetividade² nos diversos subgrupos determinaram que, desde novembro de 2001, o FDA (Food and Drug Administration) aprovasse a utilização da drotrecogina alfa ativada para o tratamento de pacientes com sepse grave com alto risco de morte, discriminado pelo 'score' APACHE II ≥ 25 antes do início da infusão.

Como o estudo mostrou que o tratamento é associado com aumento do risco de sangramentos ($p=0.06$), a indicação deve ser precisa, minimizando o risco dos efeitos adversos, algumas vezes fatais.

A indicação da droga deve preencher diversos critérios e muitas são as contra-indicações, já que diversas situações, aparente-