

UM PUZZLE POLIPNEICO

A POLYPNEIC PUZZLE

Autores:

Mariana S. Ribeiro¹

RESUMO

Introdução: Nos cuidados de saúde primários, o médico de família presta cuidados tanto em contexto de doença aguda, como na reavaliação clínica se existir persistência ou agravamento de sintomas. Após uma infeção respiratória viral, alguns doentes podem manter sintomatologia durante alguns dias a semanas. No caso da infeção por SARS-CoV-2, na condição pós-COVID ou, segundo alguns autores, *long-COVID*, os sintomas podem surgir durante ou após a infeção aguda por SARS-CoV-2. Esta síndrome é caracterizada por sintomas não explicados por diagnósticos alternativos, apresentando repercussões na sua funcionalidade e qualidade de vida dos utentes. Neste momento, com um maior conhecimento acerca da infeção aguda por SARS-CoV-2, deparamo-nos com um novo desafio: a abordagem do *long-COVID*. Atualmente não existem muitos estudos acerca da abordagem do *long-COVID* em cuidados de saúde primários. Este relato de caso pretende demonstrar como foi efetuada a abordagem de um utente com *long-COVID* nos cuidados de saúde primários e rever como deve ser feita esta abordagem.

Descrição do caso: Neste artigo é apresentado o caso de um homem de 52 anos, que apresentava queixas de fadiga extrema, sem outros sintomas associados. Apresentava antecedentes de infeção por SARS-CoV-2 há 4 meses, sem necessidade de internamento. Em consulta nos cuidados de saúde primários apresentava-se polipneico, sem qualquer outra alteração. Foram requisitados exames complementares que não revelaram alterações significativas. Foi aconselhado a repousar, tendo sido referenciado a consultas hospitalares, onde foi descartada patologia cardiopulmonar que justificasse as queixas. A sintomatologia resolveu por completo passados nove meses.

Comentário: O *long-COVID* passou a fazer parte do dia-a-dia de consultas em cuidados de saúde primários, sendo desafiante pela sua apresentação variável e pela diversidade de sintomas. O médico de família está numa posição privilegiada na deteção e orientação da síndrome *long-COVID* pela prestação de cuidados ao longo do tempo.

Palavras-chave: COVID-19; síndrome pós-COVID; cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

Introduction: In primary health care, the family physician provides care for acute illness and in clinical reassessment if the symptoms persist or worsen. After a viral respiratory infection, some patients may remain symptomatic for a few days or weeks. In the case of SARS-CoV-2 infection, in the post-COVID condition or, according to some authors, *long-COVID*, symptoms may appear during or after the acute infection by SARS-CoV-2. This syndrome is characterized by symptoms not explained by alternative diagnoses, with repercussions on functionality and quality of life. At this moment, with greater knowledge about acute SARS-CoV-2 infection, we are faced with a new challenge: the approach to *long-COVID*. Currently, there are not many studies on the approach to *long-COVID* in primary health care. This case report intends to demonstrate how a patient with *long-COVID* was approached in primary health care and to review how this approach should be performed.

Case description: This article presents the case of a 52-year-old man, with complaints of extreme fatigue, without any other symptoms. He had a history of SARS-CoV-2 infection 4 months ago, without need for hospitalization. At the primary health care appointment, he was polypneic, without any other changes. Complementary exams were requested and did not reveal significant alterations. He was advised to rest, having been referred to hospital appointments, where cardiopulmonary pathology that could justify the complaints was ruled out. The symptoms resolved completely after nine months.

Comment: *Long-COVID* has become part of the daily routine in primary health care appointments, being challenging due to its variable presentation and the diversity of symptoms. The family physician is in a privileged position detecting and guiding the *long-COVID* syndrome by providing care over time.

Keywords: COVID-19; post-acute COVID-19 syndrome; primary health care.

1. Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Horizonte, ULS Matosinhos

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários, o médico de família presta cuidados tanto em contexto de doença aguda, como na reavaliação clínica se existir persistência ou agravamento de sintomas. Após uma infeção respiratória viral, alguns doentes podem manter sintomatologia durante alguns dias a semanas. No caso da infeção por SARS-CoV-2, na condição pós-COVID ou, segundo alguns autores, *long-COVID*, os sintomas podem surgir durante ou após a infeção aguda por SARS-CoV-2.^{1,2,3} Surgem habitualmente três meses após o início da fase aguda e duram pelo menos dois meses.³ Os sintomas mais frequentes são: fadiga, dispneia, dor torácica e tosse.^{1,4,5,6} Outros incluem palpitações, dor abdominal, rash cutâneo, alterações de memória e de concentração, tonturas, cefaleias, mialgias, anorexia, humor depressivo, ansiedade e perturbações do sono.^{1,7} Esta síndrome é caracterizada por sintomas não explicados por outros diagnósticos alternativos, sendo bastante incapacitante para alguns doentes, com repercussões na sua funcionalidade e qualidade de vida.³ A COVID-19 abalou a comunidade de profissionais de saúde pela novidade e sentimento de medo e receio que acarretou. Neste momento, com um maior conhecimento acerca da infeção aguda por SARS-CoV-2, deparamo-nos com um novo desafio: abordagem do pós-COVID/*long-COVID*. Atualmente não existem muitos estudos acerca da abordagem do *long-COVID* nos cuidados de saúde primários. Este relato de caso pretende demonstrar como foi efetuada a abordagem de um utente com *long-COVID* nos cuidados de saúde primários e rever como deve ser feita esta abordagem.

DESCRIÇÃO DO CASO

Homem de 52 anos, divorciado, com emprego na secção de aprovisionamento de um supermercado, recorreu a consulta de intersubstituição em março de 2021 com informação clínica do serviço de urgência hospitalar, ao qual tinha sido enviado pelo médico de medicina do trabalho após sensação de fadiga extrema em horário laboral. Negava outras queixas. Apresentava antecedentes pessoais de dislipidemia, hiperglicemia intermédia, esteatose hepática ligeira, status pós-COVID (infeção por SARS-CoV-2 em novembro 2020) sem necessidade de internamento, ferropenia sem anemia, e doença diverticular, medicado com atorvastatina 20 mg e ferro 329,7 mg. Apresentava os seguintes antecedentes cirúrgicos: intervenção cirúrgica ocular aos três e seis anos de idade por estrabismo, apendicectomia aos nove anos

e cirurgia a fissura anal aos dezanove anos. Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos. Sem alergias medicamentosas. Existiam também antecedentes familiares de diabetes e enfarte agudo do miocárdio (avó materna). Do estudo efetuado no serviço de urgência, os meios complementares de diagnóstico não apresentavam alterações. Em consulta nos cuidados de saúde primários apresentava-se corado e hidratado, hemodinamicamente normal, polipneico (frequência respiratória de 22 cpm) com saturação de oxigénio de 99% em ar ambiente. A auscultação cardiopulmonar não revelou alterações. Foram pedidos exames complementares de diagnóstico (ecocardiograma transtorácico e tomografia computadorizada do tórax). A tomografia computadorizada do tórax revelou no lobo inferior do pulmão esquerdo dois pequenos nódulos não calcificados com cerca de 6 mm, eventualmente de natureza residual, sem outras alterações. O ecocardiograma não revelou alterações. Foi aconselhado a repousar, tendo sido referenciado a consultas hospitalares de Pneumologia e Medicina Interna.

Em consulta de Medicina Interna o estudo complementar (ecocardiograma transtorácico, eletrocardiograma e estudo analítico) não demonstrou alterações. Realizou prova de esforço que revelou teste de esforço máximo interrompido por alterações eletrocardiográficas (infra ST em DII, DIII, AVF, V5 e V6, máximo de 2 mm nas derivações inferiores) e dor torácica (dor no hemitórax esquerdo com alívio gradual durante a fase de recuperação). Pela suspeita de angina instável foi internado para estratificação invasiva. O estudo com cateterismo coronário e ressonância magnética cardíaca não demonstrou doença coronária significativa nem isquemia. O teste de isquemia sob stress farmacológico (adenosina) não revelou alterações sugestivas de isquemia.

Em consulta de Pneumologia foi requisitada prova de função respiratória que não apresentou alterações, apenas de referir que a gasimetria revelou hipocapnia devido a hiperventilação do doente. Foi prescrita a combinação de budesonida e formoterol para tratamento sintomático e nova tomografia computadorizada torácica para reavaliação dos micronódulos. Estes apresentavam-se sobreponíveis e de aspeto benigno, sem necessidade de *follow-up*, tendo tido alta da consulta.

Posteriormente em nova consulta de Medicina Interna já se encontrava sintomaticamente melhor, sem dispneia para esforços. Referia, no entanto, mal-estar retroesternal ocasional que acontecia nos dias de folga, momentâneos (máximo um minuto de duração) sem irradiação, que associava a ansiedade. Ao

exame objetivo não apresentava qualquer alteração. Foi concluído tratar-se de uma provável síndrome *long-COVID*, entretanto já resolvido. Foi medicado com diazepam em SOS para a ansiedade e teve alta da consulta.

COMENTÁRIO

O *long-COVID* passou a fazer parte do dia-a-dia de consultas em cuidados de saúde primários, sendo desafiante pela sua apresentação variável e pela diversidade de sintomas.^{8,9} Mesmo após a alta do isolamento por COVID-19, é possível existirem manifestações mais tardias da doença. O médico de família está numa posição privilegiada na detecção e orientação da síndrome *long-COVID* pela prestação de cuidados ao longo do tempo. É assim importante, que, após a fase aguda de doença, o médico de família faça uma abordagem clínica adequada, centrando-se na avaliação e gestão dos sintomas persistentes e fornecendo tratamento sintomático para alívio das queixas.¹⁰ É essencial a exclusão de complicações graves e causas alternativas que possam explicar as queixas clínicas.^{12,11} O *long-COVID* deve ter uma abordagem holística, tendo em mente o impacto na vida do utente numa visão biopsicossocial.^{2,13} Neste caso, o *long-COVID* causou impacto na vida do doente pela incapacidade para atividade laboral.

A abordagem do *long-COVID* pelo médicos de família engloba uma história clínica completa, caracterização dos sintomas, revisão dos antecedentes pessoais, exame objetivo cuidado (medição de temperatura, tensão arterial e frequência cardíaca, auscultação cardiopulmonar, avaliação da funcionalidade e oximetria de pulso), diagnóstico clínico, exclusão de diagnósticos diferenciais, requisição de meios complementares de diagnóstico, aconselhamento, escuta empática, tratamento sintomático, tratamento de complicações e referenciação a cuidados secundários quando necessário.^{12,14,15}

Os sintomas mais frequentes da síndrome pós-COVID-19 são a fadiga e a dispneia, como verificado neste caso clínico. Segundo o estudo de *Pavli et al.*, no *long-COVID*, o sexo masculino está significativamente associado a fadiga, no entanto, *Ahmad, M.S, et al.*, não encontraram ligação entre o início da fadiga e a gravidade de doença.^{1,12}

Nos utentes com queixas respiratórias é importante avaliação da saturação de oxigénio e realização de tomografia computadorizada torácica para exclusão de complicações. A avaliação funcional respiratória completa com prova de broncodilatação é importante para avaliação da existência de hiperreatividade das

vias aéreas, obstrução, restrição (alterações fibrosantes pós-COVID) e alterações das trocas gasosas alveolocapilares. A prova da marcha dos 6 minutos é recomendada para avaliar a existência de dessaturação significativa desencadeada pelo esforço. Na síndrome *long-COVID* que se apresente com dispneia é importante excluir uma possível causa cardíaca, estudo que foi efetuado neste caso.² Neste caso foi essencial a exclusão de patologia cardíaca grave através de esclarecimento da sintomatologia e requisição de meios complementares de diagnóstico. A colaboração com os cuidados de saúde secundários foi fundamental para um melhor acompanhamento e tratamento do utente. O colégio americano de Cardiologia recomenda, nos doentes com *long-COVID* com queixas de dispneia, um estudo inicial com estudo analítico (hemograma completo, painel metabólico, troponina e proteína C reativa), eletrocardiograma, ecocardiograma, monitorização do ritmo cardíaco em ambulatório, imagem torácica (raio-X ou tomografia computadorizada) e/ou testes de função respiratória.¹⁶ Em casos de doentes com queixas de fadiga pós-COVID, está recomendado excluir causas como anemia, hipotireoidismo, desequilíbrios hidroeletrólíticos e, ainda, déficit de vitamina D, déficit de cortisol e doença renal crónica, que neste caso não revelou alterações.¹⁷

Segundo *Nikhra V.*, os lobos pulmonares mais afetados na síndrome *long-COVID* são os inferiores, sendo que apesar de a tomografia computadorizada poder melhorar ao longo do tempo, a sintomatologia pode permanecer.¹⁷ Provavelmente foi o caso no utente deste caso clínico, em que a tomografia computadorizada já não demonstrou qualquer opacificação, mas os sintomas mantiveram-se.

Este utente teve o *long-COVID* quatro meses após a infeção aguda por SARSCoV2. Segundo as normas de orientação clínicas portuguesas, não é indicado novo rastreio de infeção se não tiverem passado seis meses.

A síndrome *long-COVID* acabou por resolver ao fim de nove meses. No entanto, teria sido benéfico para este utente reabilitação pulmonar e exercícios de treino da respiração.^{4,14,17} O colégio americano de Cardiologia recomenda fisioterapia com treino aeróbio e exercícios de respiração diafragmática para avaliar anomalias ventilatórias ou disfunção muscular.¹⁶ Está também indicado que os doentes repousem, e, quando tolerado, aumentem o exercício físico de forma gradual.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Ahmad MS, Shaik RA, Ahmad RK, Yusuf M, Khan M, Almutairi AB, et al. "LONG COVID": an insight. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021;25(17):5561-77.
- 2- Nurek M, Rayner C, Freyer A, Taylor S, Järte L, MacDermott N, et al. Recommendations for the recognition, diagnosis, and management of long COVID: a Delphi study. *Br J Gen Pract.* 2021;71(712):e815-25.
- 3- Direção-Geral da Saúde. COVID-19: Condição pós-COVID-19. Norma nº 002/2022 de 17/03/2022.
- 4- COVID-19: Evaluation and management of adults with persistent symptoms following acute illness ("Long COVID") [consultado em setembro de 2022] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-evaluation-and-management-of-adults-with-persistent-symptoms-following-acute-illness-long-covid/print>
- 5- Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA.* 2020;324(6):603-5.
- 6- Cabrera Martimbiano AL, Pacheco RL, Bagattini AM, Riera R. Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. *Int J Clin Pract.* 2021;75(10):e14357.
- 7- Tirelli U, Taibi R, Chirumbolo S. Post COVID syndrome: a new challenge for medicine. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021;25(12):4422-5.
- 8- Parums D V. Editorial: Long COVID, or Post-COVID Syndrome, and the Global Impact on Health Care. Vol. 27, *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research.* 2021. p. e933446.
- 9- Taribagil P, Creer D, Tahir H. "Long COVID" syndrome. *BMJ Case Rep.* 2021;14(4).
- 10- Parker AM, Brigham E, Connolly B, McPeake J, Agranovich A V, Kenes MT, et al. Addressing the post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection: a multidisciplinary model of care. *Lancet Respir Med.* 2021;9(11):1328-41.
- 11- Long COVID Advice and resources for healthcare professionals in primary care. [consultado em setembro 2022] Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/publication/long-covid-advice-and-resources-for-healthcare-professionals-in-primary-care/>
- 12- Pavli A, Theodoridou M, Maltezou HC. Post-COVID Syndrome: Incidence, Clinical Spectrum, and Challenges for Primary Healthcare Professionals. *Arch Med Res.* 2021;52(6):575-81.
- 13- Akbarialiabad H, Taghrir MH, Abdollahi A, Ghahramani N, Kumar M, Paydar S, et al. Long COVID, a comprehensive systematic scoping review. *Infection.* 2021;49(6):1163-86.
- 14- Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ.* 2020;370:m3026.
- 15- Vehar S, Boushra M, Ntiamoah P, Biehl M. Post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection: Caring for the "long-haulers". *Cleve Clin J Med.* 2021;88(5):267-72.
- 16- Gluckman TJ, Bhavne NM, Allen LA, Chung EH, Spatz ES, Ammirati E, et al. 2022 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Cardiovascular Sequelae of COVID-19 in Adults: Myocarditis and Other Myocardial Involvement, Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection, and Return to Play: A Report of the American College of Cardiology Sol. *J Am Coll Cardiol.* 2022;79(17):1717-56.
- 17- Nikhra V. Living with 'Long COVID-19': The long-term complications and sequelae. *Int J Clin Virol.* 2021;5:11-21.

CONFLITOS DE INTERESSE:

A autora declara não haver conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Mariana Silva Ribeiro
 marianasr@gmail.com

RECEBIDO: 14 de setembro de 2022 | ACEITE: 12 de fevereiro de 2023