

Há Mais “Vida” para Além da COVID-19

There is More (to) Life than COVID-19

Jaime Oliveira^{1*}, Ana Rita Cerqueira¹, Joana Silva Monteiro², Maria Manuel Marques¹

***Autor Correspondente/Corresponding Author:**

Jaime Oliveira [jaimelroliveira@gmail.com]

Praceta Bernarda Ferreira Lacerda, N°44 - 1ºB, 4200-601 Paranhos, Porto, Portugal
ORCID iD: 0000-0002-2424-2392

RESUMO

A COVID-19 tornou-se a principal hipótese diagnóstica em muitas consultas. Este caso enaltece a necessidade de manter a abordagem holística, característica da Medicina Geral e Familiar.

Mulher de 43 anos, com antecedentes de perturbação de ajustamento, fibromialgia e miomas uterinos, habitualmente medicada com: duloxetine; lorazepam; desogestrel. Foi avaliada numa “ADR-Comunidade” por cefaleias, náuseas, disgeusia, odinofagia, tosse, dispneia, mialgias e astenia, sem febre. Foi-lhe prescrito teste para COVID-19 e aconselhado isolamento. Foi contactada no âmbito do “Trace COVID-19®”, constatando-se esquecimentos na toma do anti-concepcional e amenorreia. Equacionou-se uma gravidez, negada pela utente. O teste para COVID-19 deu negativo, todavia, houve agravamento sintomático que motivou referência à urgência, onde se diagnosticou uma gravidez de 11 semanas.

A COVID-19 mimetiza várias situações clínicas. A desvalorização da amenorreia e a abordagem direcionada na ADR conduziram ao atraso diagnóstico, impossibilitando a interrupção voluntária da gravidez perante uma gravidez não-desejada.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Diagnóstico Diferencial; Gravidez

ABSTRACT

COVID-19 has become the main diagnostic hypothesis in many consultations. This case highlights the need to maintain the holistic approach, characteristic of General Practice/Family Medicine.

A 43-year-old woman, with history of adjustment disorder, fibromyalgia and uterine fibroids, usually medicated

1. USF Odisseia, ACeS Grande Porto III - Maia/Valongo, Maia, Portugal. 2. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Recebido/Received: 10/06/2021 - Aceite/Accepted: 03/01/2022 - Publicado Online/Published Online: 17/01/2022 - Publicado/Published: 31/03/2022

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial. © Author (s) (or their employer (s)) and Gazeta Médica 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

with: duloxetine; lorazepam; desogestrel. She was evaluated in “ADR-Comunidade” for headache, nausea, dysgeusia, odynophagia, cough, dyspnea, myalgias and asthenia, without fever. She was prescribed test for COVID-19 and recommended isolation. She was contacted within the scope of “Trace COVID-19®”, noting forgetfulness in taking contraceptive and amenorrhea. A pregnancy was considered, which the patient denied. The test for COVID-19 was negative, however, there was a symptomatic worsening that justified referral to emergency department, where an 11-week pregnancy was diagnosed.

COVID-19 mimics several clinical situations. The devaluation of amenorrhea and a directed approach in “ADR” led to diagnostic delay, making voluntary termination of pregnancy impossible although the unwanted pregnancy.

KEYWORDS: COVID-19; Diagnosis, Differential; Pregnancy

INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de infeção pelo vírus SARS-CoV-2 foram diagnosticados em Wuhan, no final de 2019.¹ Desde então, o surto pela doença cresceu de forma descontrolada a nível mundial.

Em Portugal, os primeiros casos foram reportados a 2 de março de 2020.² A 18 de março, uma semana após a doença ser caracterizada pela Organização Mundial da Saúde como pandemia,³ foi declarado o primeiro estado de emergência no nosso país.⁴ Verificou-se um aumento exponencial do número de casos, mais acentuado no último trimestre de 2020, e a 24 de fevereiro de 2021 foi ultrapassada a barreira das 800 000 infeções em Portugal.⁵

A pandemia afetou de forma dramática a prestação de cuidados de saúde à população e os cuidados de saúde primários não foram exceção.^{6,7} A sobrecarga de cuidados e tarefas alterou-se de tal forma que a COVID-19 passou a ser o foco da atenção de muitos médicos (de família e não só), surgindo como a principal hipótese diagnóstica em grande parte das consultas médicas por doença aguda.

O presente caso clínico pretende ilustrar que “nem tudo o que parece, é” e alertar para a necessidade de uma anamnese cuidada e abordagem abrangente e holística, características da Medicina Geral e Familiar (MGF).⁸

CASO CLÍNICO

Apresenta-se o caso de uma mulher de 43 anos, autónoma, desempregada, com o 9º ano de escolaridade. É casada e reside com o marido e dois filhos (de 20 e de 18 anos), enquadrando-se, portanto, numa família nuclear, no estágio cinco do ciclo de vida familiar de Duvall.⁹

Esta utente tinha como antecedentes pessoais: perturbação de ajustamento, fibromialgia e adeniose uterina. No que diz respeito a este último problema, apresentava um mioma dominante com 37 mm de maior eixo,

razão pela qual se encontrava a aguardar histerectomia (previamente agendada, mas adiada devido à pandemia). Tinha como antecedentes obstétricos três gestações, com dois partos por cesariana e um abortamento espontâneo durante o primeiro trimestre (em 2018). Não tinha alergias medicamentosas conhecidas. Estava habitualmente medicada com duloxetina 60 mg/dia; lorazepam 1 mg/dia; desogestrel 0,075 mg/dia.

A utente contactou a linha SNS24 a 09/04/2020 por apresentar cefaleia, náuseas, disgeusia, odinofagia, tosse, dispneia, mialgias e cansaço com três dias de evolução. Negava febre ou outras queixas. Negava contacto com pessoas com COVID-19 confirmada ou suspeita. Face a este quadro, foi orientada para avaliação numa área dedicada a doentes com suspeita de infeção respiratória aguda nos Cuidados de Saúde Primários (ADR-C).

Segundo a avaliação médica na ADR-C, realizada no próprio dia, a utente encontrava-se apirética (35,6°C), com saturação de oxigénio de 98% em ar ambiente, ligeiramente taquicárdica (frequência cardíaca de 103 batimentos por minuto) e não apresentava sinais de dificuldade respiratória. A pele e as mucosas estavam coradas e hidratadas, o tempo de preenchimento capilar e a auscultação cardíaca e pulmonar eram normais. Foi colocada como principal hipótese diagnóstica a COVID-19, foi emitido teste de pesquisa de RNA de SARS-CoV-2 por RT-PCR, prescrito paracetamol para controlo algico e foram fornecidas recomendações de autocuidados em contexto de isolamento domiciliário.

A doente, cuja médica de família se encontrava ausente do serviço, foi contactada pela primeira vez no dia 16/04/2020 no âmbito da vigilância dos utentes com suspeita ou confirmação de infeção por SARS-CoV-2 através da plataforma *Trace COVID-19®*. Foram exploradas as suas queixas, que se mantinham sobreponíveis ao previamente descrito. Face às náuseas e ao cansaço reportados, questionou-se quanto à possibilidade de uma eventual gravidez, que a utente negou. Questionada acerca da regularidade da toma do anticoncepcional,

referiu esquecimentos esporádicos e amenorreia desde janeiro de 2020, que a própria atribuía aos seus antecedentes de adenomiose.

Atendendo à estabilidade do quadro clínico e ao facto do resultado do teste de pesquisa de RNA de SARS-CoV-2 ainda não estar disponível foi programado um novo contacto telefónico para o dia seguinte.

Ao receber o resultado do teste para COVID-19, que foi negativo, a utente decidiu realizar um teste de gravidez no seu domicílio, cujo resultado foi positivo.

Durante a consulta telefónica de reavaliação a utente referiu que esta gravidez não era desejada e reportou um agravamento sintomático marcado, sobretudo à custa de dor abdominal suprapúbica e náuseas incapacitantes. Por este motivo, foi referenciada ao serviço de urgência de Obstetrícia do hospital da área de residência.

Na avaliação realizada no serviço de urgência encontrava-se apirética, sem sinais de dificuldade respiratória e sem alterações na gasimetria arterial que lhe foi efetuada. Foi-lhe realizada uma ecografia, cujo relatório foi: “Gravidez intrauterina. Feto de 48 mm (\approx 11 semanas), com atividade cardíaca e corporal presentes. Líquido amniótico normal”.

Assim sendo, a utente foi informada sobre o tempo de gestação e foi-lhe dada alta, com indicação para suspender a duloxetina e proceder ao agendamento das consultas de vigilância da gravidez na sua Unidade de Saúde Familiar.

DISCUSSÃO

Existem vários pontos que merecem reflexão no caso descrito.

Um deles é a diversidade dos sinais e sintomas a que se associa a COVID-19.¹⁰⁻¹¹ Nos doentes com COVID-19 têm sido reportados vários sinais e sintomas, decorrentes do atingimento respiratório (tosse, dispneia, ...), cardíaco (aperto torácico, ...), gastrointestinal (anorexia, diarreia, náusea/vómito, dor abdominal, ...), renal, neurológico (vertigem, cefaleia, alteração da consciência, ataxia, convulsões, ...), ocular (conjuntivite), cutâneo (eritema, vesículas, *livedo reticularis*, ...), hematológico, olfativo e gustativo, entre outros.¹⁰

Atendendo à quantidade e diversidade das possíveis manifestações, a COVID-19 pode mimetizar várias situações clínicas, de gravidades distintas.¹² No diagnóstico diferencial desta patologia entram, desde logo, as infeções que conhecíamos previamente à pandemia (com ou sem atingimento respiratório), mas também toda uma

miríade de outras condições, tais como a doença crónica exacerbada (insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, entre outros) ou mesmo situações fisiológicas, sem doença associada, como é o caso da gravidez descrita. A exploração adequada da história clínica (incluindo história da doença atual, antecedentes pessoais e contexto epidemiológico), bem como o exame físico cuidado, poderão ajudar a reduzir o leque de hipóteses de diagnóstico.

Na avaliação inicial, realizada na ADR-C, a doente referia cefaleia, disgeusia, odinofagia, tosse, dispneia e mialgias, que poderiam ser enquadradas numa suspeita de infeção respiratória, causada pelo SARS-CoV-2 ou por outros agentes etiológicos. Por outro lado, esta mulher negava contacto com outras pessoas com sintomatologia semelhante à que apresentava, encontrava-se em idade fértil e, além disso, apresentava náusea e cansaço, dois sintomas comuns durante a gravidez. Deste modo, seria importante excluir estas suspeitas diagnósticas na abordagem inicial, independentemente do contexto de cuidados de saúde em que esta utente se apresentasse.

Um aspeto a discutir neste caso tem a ver com a desvalorização da amenorreia pela utente e com o raciocínio clínico direcionado durante a avaliação na ADR, que levaram ao atraso diagnóstico da gravidez. Este atraso teve implicações: a) por um lado, perante o cenário de gravidez não desejada pela utente, inviabilizou a opção pela interrupção voluntária pretendida (legalmente permitida até às dez semanas de gestação); b) por outro lado, não foi possível detetar (nem corrigir) precocemente situações que pudessem afetar a evolução da gravidez e o bem-estar materno e fetal, um dos objetivos primordiais do seguimento das gestantes e que caracteriza a MGF.¹³

Reforça-se, com este caso, a necessidade de exclusão sistemática de eventual gravidez, em qualquer mulher em idade fértil que procure cuidados médicos, independentemente do médico, especialidade ou âmbito de atuação (seja este a consulta, urgência, internamento ou outros).

A Medicina Geral e Familiar possui um processo de tomada de decisões influenciado pela prevalência e incidência das doenças na comunidade.⁸ É, portanto, expectável que, no âmbito da atividade clínica exercida numa ADR-C e em pleno contexto pandémico, a maioria das situações clínicas avaliadas possam ser casos de COVID-19. Contudo, é fundamental não esquecer que há mais “vida” para além da COVID-19 e, que devemos, portanto, continuar a considerar outras hipóteses de diagnóstico que já conhecíamos previamente à pandemia.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL/ AUTHORS CONTRIBUTION

JO, AC, JM e MM: Orientação do caso clínico, redação e revisão do artigo

JO, AC, JM and MM: Orientation of the clinical case, drafting and revising the article

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

CONSENTIMENTO: Consentimento do doente para publicação obtido.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

PATIENT CONSENT: Consent for publication was obtained.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Pneumonia cases possibly associated with a novel coronavirus in Wuhan, China – 9 January 2020. ECDC: Stockholm; 2020 [consultado 2020 nov 5]. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Threat-assessment-Pneumonia-cases-possibly-associated-to-a-novel-coronavirus-in-Wuhan-China.pdf>.
2. Direção-Geral da Saúde. Comunicado C160_75_v1. Casos de infeção por novo Coronavírus (COVID-19). Lisboa: DGS; 2020. [consultado 2020 nov 5]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-de-02032020-1728.pdf>.
3. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020 [consultado 2020 nov 5]. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
4. Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020. Diário da República, I Série 3º Suplemento, n.º 55 (2020/03/18). p.13(2)-(4).
5. Direção-Geral da Saúde. COVID-19: Relatório de Situação 24-02-2021 [consultado 2021 jun 7]. Lisboa: DGS; 2021. Disponível em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/02/359_DGS_boletim_20210224.pdf.
6. Entidade Reguladora da Saúde. Informação de monitorização: Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde - período de março a junho de 2020. Lisboa: ERS; 2020. [consultado 2021 jun 7]. Disponível em: <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>.
7. Santos M, Santos P, Ramos V. O Colégio de MGF e a resposta à infeção por COVID-19 nos CSP: o que foi feito e o que há para fazer. 2020 [consultado 2020 nov 5]. Disponível em: <https://ordemosmedicos.pt/colégio-mgf-e-a-resposta-a-infecao-por-covid-19-nos-csp-o-que-foi-feito-e-o-que-ha-para-fazer>.
8. World Organization of Family Doctors. European definition of general practice family medicine. 3rd ed. WONCA Europe. 2011 [consultado 2020 nov 5]. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/file/520e8ed3-30b4-4a74-bc35-87286d3de5c7/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>.
9. Duvall EM. Marriage and Family Development. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1977.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Symptoms of COVID-19 [consultado 2021 oct 31]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>.
11. Lai CC, Ko WC, Lee PI, Jean SS, Hsueh PR. Extra-respiratory manifestations of COVID-19. Int J Antimicrob Agents. 2020;56:106024. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.106024.
12. Nickel CH, Bingisser R. Mimics and chameleons of COVID-19. Swiss Med Wkly. 2020;150:w20231.
13. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: DGS; 2015 [consultado 2021 oct 31]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>.