

RECOMENDAÇÕES DA SPP NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE DOENÇAS DIFUSAS DO PULMÃO DURANTE A PANDEMIA POR SARS-COV-2

Dr. Leonardo Ferreira
Dr.^a Patrícia Mota
Dr. Pedro Ferreira
Dr.^a Sara Freitas
Dr. Sérgio Campainha
Dr.^a Susana Clemente
Dr.^a Vanda Areias

Abril de 2020

As presentes recomendações foram elaboradas sob a coordenação da Comissão de Trabalho de Doenças do Interstício e Doenças Ocupacionais, pelo seguinte grupo e trabalho: Leonardo Ferreira, Patrícia Mota, Pedro Ferreira, Sara Freitas, Sérgio Campainha, Susana Clemente e Vanda Areias.

INTRODUÇÃO

A pandemia a SARS-CoV-2 impõe vários desafios, no que concerne à orientação diagnóstica e terapêutica das doenças difusas do pulmão. Tendo em conta que estas doenças pulmonares ocorrem frequentemente em doentes com idade superior a 70 anos, com comorbilidades e sob terapêutica imunossupressora, torna-os particularmente vulneráveis à COVID-19, pelo que se considerou importante emanar recomendações para a sua melhor orientação durante a fase pandémica.

As presentes recomendações têm por base a opinião de clínicos dedicados a esta área, pelo que devem ser encaradas apenas como linhas de orientação, podendo atitudes diferentes ser tomadas pelo clínico, conjuntamente com o doente, tendo em conta as diferentes realidades encontradas no país. As recomendações abaixo expostas não substituem as medidas gerais de higiene e prevenção de infecção por SARS-CoV-2 divulgadas pela Direção Geral da Saúde e outras entidades competentes. Estas medidas, bem como o correto uso de máscara cirúrgica, devem ser adoptadas (com cuidados redobrados) nos indivíduos com doença pulmonar difusa.

A impossibilidade de prever o regresso à atividade clínica normal obriga a delinear um plano de cuidados ajustado à conjuntura atual e que apenas pode ser alicerçado na razoabilidade e experiência de gestão clínica destes doentes. As recomendações que se seguem procuram minimizar os efeitos desta pandemia tentando conjugar os condicionamentos logísticos e a gestão do “risco” com o superior interesse do doente. Salvaguarda-se que a imprevisibilidade da evolução da pandemia no nosso país poderá futuramente levar a modificações na estratégia diagnóstica e terapêutica delineada no presente documento.

1. ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA

1.1 PRIMEIRAS CONSULTAS

Sendo a história clínica detalhada um dos pilares fundamentais no diagnóstico de doenças difusas do pulmão, recomenda-se que as primeiras consultas sejam feitas presencialmente. A informação obtida pela anamnese minuciosa e pelo exame objetivo detalhado são essenciais para uma orientação diagnóstica adequada, por vezes permitindo o estabelecimento de um diagnóstico definitivo.

Contudo, as consultas presenciais devem ser precedidas, sempre que possível, por contacto telefónico efetuado pelo clínico ou enfermeiro de apoio a esta consulta, com o objetivo de evitar a deslocação de doentes suspeitos de COVID-19 ao hospital (questionar sintomas - tosse/dispneia agravada ou de novo, febre, mialgias, cefaleias, anosmia, disgeusia, entre outros), bem como contactos com casos confirmados de COVID-19. À chegada, recomenda-se que seja aferida a temperatura aos doentes. Sempre que possível deve evitar-se a vinda de acompanhante (ou a sua entrada na sala de espera ou gabinete de consulta) a não ser que a sua presença seja considerada imprescindível, podendo mesmo nestes casos ser equacionado um contacto telefónico.

Admite-se, no entanto, que em algumas situações (diagnóstico já estabelecido previamente, com elevada confiança, por exemplo), as primeiras consultas possam ser realizadas em regime de teleconsulta. Nos hospitais em que a atividade assistencial presencial de consulta tenha sido interrompida, recomenda-se a realização de teleconsulta com intuito de aferir a gravidade/urgência de remarcação, bem como a orientação para exames complementares de diagnóstico de particular relevância.

1.2. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Em muitos casos é necessária a realização de métodos diagnósticos invasivos com vista a estabelecer um diagnóstico definitivo com elevado grau de confiança (broncoveoscopia com lavagem broncoalveolar [LBA], biópsia brônquica/transbrônquica, EBUS-TBNA, criobiópsia transbrônquica e/ou biópsia pulmonar transtorácica ou cirúrgica) e considerar o contributo da avaliação funcional respiratória basal para fundamentar decisões diagnósticas, terapêuticas e prognósticas.

Tendo em consideração que algumas doenças difusas têm um prognóstico semelhante ao de algumas neoplasias, apesar da atual redução significativa da atividade dos setores envolvidos, devem ser tomadas as diligências no sentido de manter a atividade diagnóstica, à semelhança da atitude adotada para a doença oncológica.

1.3. CONSULTAS MULTIDISCIPLINARES DE DOENÇAS DIFUSAS DO PULMÃO

A discussão multidisciplinar é considerado o *gold-standard* para o diagnóstico de doenças difusas do pulmão. Esta é também um importante momento de partilha de conhecimento e aprendizagem entre as diferentes especialidades participantes. Para além do diagnóstico, nestas reuniões é também discutida a melhor abordagem terapêutica para cada caso.

Como tal, deve ser estimulada a manutenção das mesmas, quer presencialmente (respeitando o distanciamento social e o uso de máscara pelos profissionais de saúde, de acordo com as recomendações da comissão de controlo de infeção), quer através do recurso a plataformas informáticas (ex.: *Microsoft Teams*®, *Skype*®, etc.). A videoconferência permite a manutenção destas consultas (e, conseqüentemente, a qualidade assistencial prestada ao doente), com visualização, em tempo real, de imagens de tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) do tórax e de histologia.

Permite, ainda, a participação de clínicos de hospitais distintos, obviando à sua deslocação numa lógica de reduzir o risco de infeção e os encargos inerentes à mesma, quer económicos, quer de tempo gasto.

2. MONITORIZAÇÃO E ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA

2.1. AVALIAÇÃO EM CONSULTAS SUBSEQUENTES

As consultas subsequentes, quando possível, devem ser feitas de forma não presencial (regime de teleconsulta). Pode ser considerado o adiamento da consulta em doentes estáveis, sem tratamento dirigido, nomeadamente terapêutica imunossupressora e/ou antifibrótica.

Nos casos de doentes sob tratamento dirigido, e nos quais é necessária a realização de controlos analíticos, deve ser agilizada a colheita de sangue ou outros produtos no hospital, previamente à teleconsulta, por forma a reduzir o tempo de permanência na instituição de saúde. Nos casos em que tal seja possível, pode considerar-se a possibilidade de colheita de produtos em laboratório local, sendo a requisição efetuada em articulação com os Cuidados de Saúde Primários.

Prevendo a redução da resposta por parte dos laboratórios de exploração funcional, devem ser identificados os exames prioritários, com vista a minimizar o impacto na qualidade assistencial prestada. Deve ainda ser disponibilizado um canal facilitador para o contacto utente/serviço de saúde (número de telefone ou e-mail para esclarecimento de dúvidas, partilha de resultados de exames subsidiários realizados no exterior ou exposição de problemas), obviando à necessidade de se deslocar à instituição.

2.2. TERAPÊUTICA ANTIFIBRÓTICA

2.2.1. INÍCIO DE TERAPÊUTICA – FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI)

Tendo em conta o prognóstico da FPI, o início da terapêutica não deve ser protelado, desde que seja acautelada a necessidade de vigilância clínica (preferencialmente por teleconsulta) e analítica para a adequada gestão de efeitos adversos. Caso tal não seja possível, recomenda-se protelar o seu início. A cedência da medicação deve seguir as normas dos serviços farmacêuticos da instituição e, sempre que possível, ser entregue a um familiar ou amigo do doente para evitar a sua deslocação ao hospital.

2.2.2. INÍCIO DE TERAPÊUTICA – OUTRAS PNEUMONIAS INTERSTICIAIS FIBROSANTES PROGRESSIVAS

Apesar de presentemente não constarem como indicação em RCM, o uso de fármacos antifibróticos no contexto destas doenças, à luz da evidência gerada por ensaios clínicos recentes (uILD e INBUILD), já se encontra a ser feito em alguns centros em regime de off-label, associados ou não a terapêutica imunossupressora. No atual contexto pandémico devem ser equacionados os riscos e benefícios do seu início, atendendo ao comportamento temporal da doença e ao risco de toxicidade inerente ao uso desses mesmos fármacos em associação. Devem ser acauteladas as condições adequadas para início e monitorização regular clínica (privilegiando os meios não presenciais) e analítica.

2.2.3. MANUTENÇÃO DE TERAPÊUTICA

Até à data, não existe evidência de que os fármacos antifibróticos atualmente disponíveis (nintedanib e pirfenidona) aumentem o risco de infeção por SARS-CoV-2, pelo que devem ser mantidos nos doentes que já os iniciaram. A redução dos recursos e capacidade de resposta dos laboratórios de exploração funcional limita a monitorização da resposta à terapêutica. No entanto, tendo em consideração que estes fármacos apenas atrasam a progressão da doença, na ausência deste estudo deve manter-se a terapêutica antifibrótica.

2.2.4. DOENTES SOB TERAPÊUTICA ANTIFIBRÓTICA DIAGNOSTICADOS COM COVID-19

O risco/benefício de manter a medicação antifibrótica deve ser ponderado e discutido com um pneumologista dedicado a doenças difusas do pulmão. Se por um lado pode prevenir o desenvolvimento de exacerbação aguda da doença de base, por outro, alterações por vezes observadas na infecção por SARS-CoV-2 (trombocitopenia, coagulopatia, disfunção renal ou hepática) podem representar um risco acrescido, ou constituir mesmo contra-indicação à utilização destes fármacos. Admite-se a suspensão temporária dos fármacos antifibróticos (4-8 semanas), caso necessário. Da mesma forma, a sua reintrodução deve ser supervisionada por especialista.

Na ausência de melhor evidência, o tratamento da exacerbação aguda da doença intersticial deve seguir as recomendações atuais.

2.3. TERAPÊUTICA IMUNOSSUPRESSORA

De uma forma geral e à semelhança do que já era habitual em fase não pandémica, deve realizar-se o rastreio de tuberculose latente, a prevenção de osteoporose cortisonica e a profilaxia de infeções oportunistas.

Na atual fase pandémica, antes do início de terapêutica imunossupressora pode equacionar-se a pesquisa de SARS-CoV-2 por PCR no exsudado nasofaríngeo ou no LBA, quando este é obtido por necessidade de estudo diagnóstico da doença difusa subjacente.

À semelhança do recomendado para os doentes oncológicos, sugere-se a pesquisa de SARS-CoV-2 por PCR no exsudado nasofaríngeo antes de cada administração de imunossupressor intravenoso.

2.3.1. INÍCIO DE TERAPÊUTICA – DOENÇA NÃO RAPIDAMENTE PROGRESSIVA

Muitos dos doentes seguidos em consulta têm um agravamento clínico, funcional ou radiológico progressivos ao longo de meses ou anos. Neste sentido, deve ponderar-se protelar o início de imunossupressão para uma fase em que os mecanismos de resposta à pandemia estejam melhor organizados

ou esta ultrapassada. Esta atitude deve ser considerada particularmente nas situações em que a evidência de eficácia da terapêutica imunossupressora é duvidosa.

Perante situações inadiáveis, deve considerar-se o início de corticosteróides em doses baixas em monoterapia (inferiores a 20mg/dia de prednisolona), protelando o início de outros imunossupressores, uma vez que têm um efeito mais duradouro no tempo (ex.: metotrexato, micofenolato de mofetil, rituximab) e requerem monitorização clínica e analítica mais apertadas.

2.3.2. INÍCIO DE TERAPÊUTICA – DOENÇA RAPIDAMENTE PROGRESSIVA

Em algumas situações, não é possível tomar uma atitude expectante (ex.: vasculites, algumas doenças pulmonares intersticiais associadas a doença do tecido conjuntivo), sendo necessária a pronta instituição de terapêutica imunossupressora. Os riscos e benefícios devem ser considerados e discutidos com o doente. Perante falência da corticoterapia no controlo da doença, deve ser ponderado o uso de imunossupressores por via intravenosa (IV) como a ciclofosfamida. Atendendo ao efeito muito prolongado no tempo do rituximab IV, o seu uso é desencorajado em fase de pandemia, podendo no entanto ser considerado quando esgotadas as outras opções terapêuticas.

2.3.3. MANUTENÇÃO DE TERAPÊUTICA

Nos doentes estáveis sob terapêuticas imunossupressoras, sem questões relevantes de tolerabilidade e com controlo da sua doença pulmonar, recomendamos a manutenção da mesma. Considera-se que a redução da imunossupressão em doentes estáveis poderá ter como consequência o descontrolo da doença pulmonar, a qual se pode repercutir no recurso a consultas não programadas, urgências hospitalares e mesmo internamentos, com os riscos inerentes. Os doentes devem ser instruídos no sentido de contactar por meio não presencial (telefone/e-mail) o seu médico perante qualquer evidência de deterioração clínica ou sintomas de infeção respiratória, para uma avaliação adequada e atempada.

2.3.4. DOENTES SOB TERAPÊUTICA IMUNOSSUPRESSORA DIAGNOSTICADOS COM COVID-19

Embora não existam dados na literatura que possibilitem uma recomendação formal, o risco/benefício deve ser ponderado e avaliada a gravidade da manifestação clínica da infecção. Se o doente se mantiver assintomático para COVID-19, pode considerar-se manter a corticoterapia na menor dose possível ou suspendê-la, bem como os outros imunossupressores, por um período mínimo de 2 semanas, com reintrodução dependente da evolução clínica. Em caso de manifestação clínica de COVID-19, deve ponderar-se suspender toda a imunossupressão (evitando a suspensão abrupta da corticoterapia), especialmente num cenário de linfopenia, febre persistente ou pneumonia.

BIBLIOGRAFIA

1. British Thoracic Society Advice for Managing Interstitial Lung Disease Patients during COVID-19 pandemic. V 2.0 30/03/2020. Disponível em: <https://www.brit-thoracic.org.uk/about-us/covid-19-information-for-the-respiratory-community/#guidance-for-the-management-of-people-with-interstitial-lung-disease>;
2. COVID-19: FASE DE MITIGAÇÃO Utilização de Equipamentos de Proteção Individual por Pessoas Não-Profissionais de Saúde. Orientação 019/2020 de 03/04/2020 da Direção Geral da Saúde;
3. Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) Medidas de prevenção da transmissão em estabelecimentos de atendimento ao público. Orientação 011/2020 de 17/03/2020 da Direção Geral da Saúde;
4. COVID-19: Fase de Mitigação Reconfiguração dos Cuidados de Saúde na Área da Oncologia. Norma 009/2020 de 02/04/2020 da Direção Geral da Saúde;
5. Groups at Higher Risk for Severe Illness. Center for Disease Control and Prevention. Disponível em <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/groups-at-higher-risk.html#immunocompromised>;
6. Fu Leiwen, Wang Bingyi et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a systematic review and meta-analysis. J Infect. 2020 Apr 10. pii: S0163-4453(20)30170-5 [Epub ahead of print];
7. Clinical guide for the management of Rheumatology patients during the coronavirus pandemic. NHS Specialty guides for patient management during the coronavirus pandemic. Versão 2 de 8 de Abril 2020. Disponível em <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/clinical-guide-rheumatology-patients-v2-08-april-2020.pdf>

