

Do ponto de vista do profissional de saúde existe medo também. Medo de contagiar-se, de contagiar familiares ou doentes. A atual rotina de todos os serviços hospitalares foi alterada e o tema 'COVID-19' ocupa todas as conversas, isto pode ter algum efeito de distração que devemos combater a todo o custo, de forma a não perder o foco do nosso trabalho.

A atual pandemia também vai levar a tomar decisões importantes em relação aos tratamentos prescritos. Vamos optar por regimes terapêuticos que não obrigam a diversas vindas ao hospital e por quimioterapia oral sempre que possível. Devemos tentar a todo o custo que não se suspendam tratamentos adjuvantes e por tanto, com intuito curativo. No entanto, pode surgir a necessidade de sermos mais criteriosos na prescrição de tratamentos em doentes metastáticos com algumas linhas de tratamento ou com diagnósticos nefastos.

REFERÊNCIAS

1. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol.* 2020 Mar;21:335-7.
2. Kamboj M, Sepkowitz KA. Nosocomial infections in patients with cancer.

Devemos aceitar que algumas decisões vão fazer com que se opte por alternativas terapêuticas que não seriam a primeira opção de tratamento segundo a evidência científica atual. Contudo será sempre escolhido o melhor tratamento que podemos oferecer neste momento para o doente diante de nós e que vai ser tratado numa realidade diferente dos doentes das *guidelines*.

A pandemia pela COVID-19 apresenta-nos desafios únicos obrigando-nos a reinventar, de momento o ajuste à nova realidade quase que se faz a diário, mas as reais consequências veremos posteriormente e terão de ser avaliadas. Não queremos heróis, mas sim profissionais de saúde conscientes que se protejam a si e aos outros e que tomem decisões em concordância com a nova realidade.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.

Lancet Oncol. 2009;10:589-97.

3. Li JY, Duan XF, Wang LP, Xu YJ, Huang L, Zhang TF, et al. Selective depletion of regulatory T cell subsets by docetaxel treatment in patients with nonsmall cell lung cancer. *J Immunol Res.* 2014;2014:286170.

Paulo LUZ^{1,2}, Luís BRETES¹

1. Serviço de Oncologia Médica. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Faro. Portugal.

2. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. Portugal.

Autor correspondente: Paulo Luz. p_luz@msn.com

Recebido: 22 de março de 2020 - Aceite: 23 de março de 2020 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020

<https://doi.org/10.20344/amp.13766>



Um Caso de Sepsis ao Longo de 24 Horas: Não FALHAR Escreve-se com LHAFAR.

A 24-Hour Sepsis Case: From FALHAR to LHAFAR

Palavras-chave: Bundles de Cuidado ao Doente; Sepsis/tratamento

Keywords: Organ Dysfunction Scores Patient Care Bundles; Sepsis/therapy

Caro editor,

A sépsis caracteriza-se por uma resposta desregulada do hospedeiro à infeção, com disfunção orgânica.¹ Em 2017, estimou-se uma incidência global de 48,9 milhões de casos de sépsis com uma mortalidade de 19,7%.² De 1990 a 2017 a mortalidade diminuiu 52,8%. Na melhoria do prognóstico, o reconhecimento e estratificação da gravidade precoces e a abordagem terapêutica na primeira hora são fundamentais.

A propósito de um caso clínico, propomos um acrónimo que facilite a implementação do *bundle* da primeira hora. Trata-se de uma mulher de 74 anos, com hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 e diagnóstico de adenocar-

cinoma endometrióide do ovário metastizado. Quatro dias após a realização de quimioterapia, recorreu à Urgência do hospital da área de residência por dispneia e prostração, encontrando-se confusa, hipotensa (tensão arterial 56/26 mmHg) e dispneica, com hipoxemia (pO₂ 42,3 mmHg em ar ambiente; pO₂/FiO₂ 201), hiperlactacidemia (2,4 mmol/L), pancitopenia com neutropenia grave (0,0 x 10³/μL), creatinina de 1,5 mg/dL, proteína C reativa de 33,4 mg/dL e infiltrado pulmonar heterogéneo difuso bilateral com broncograma aéreo. Admitiu-se pneumonia em doente imunocomprometida com sépsis. Iniciou antibioterapia e foi transferida para o hospital onde era seguida, onde chegou 11 horas depois. Mantinha hipotensão (tensão arterial não mensurável), má perfusão periférica, alteração do estado de consciência, hipoxemia (pO₂/FiO₂ 180) e hiperlactacidemia (2,7 mmol/L) com acidemia mista (pH 7,07). Iniciou reposição de volémia, suporte aminérgico, foi submetida a entubação orotraqueal, ventilação mecânica invasiva e transferida para outro hospital com vagas de unidade de cuidados intensivos (UCI), onde chegou 15 horas após o diagnóstico. Na UCI encontrava-se em choque séptico sob noradrenalina, com hipoxemia (pO₂/FiO₂ 100), lactato de 3,4 mmol/L e em anúria. Manteve antibiótico de largo espectro e colheu hemo-

culturas e amostra bacteriológica do aparelho respiratório. A doente faleceu nove horas após a admissão na unidade e 24 horas após o diagnóstico de sépsis.

De acordo com o *bundle* da primeira hora da *The Surviving Sepsis Campaign*³, deve-se fazer: 1) avaliação do Lactato; 2) obter Hemoculturas antes da administração de antibiótico; 3) administrar Antibióticos de largo espectro; 4) administração rápida de 30 mL/kg de cristaloides (*Fluid*

resuscitation); 5) administração de Aminas se hipotensão persistir durante ou após a reposição de fluidos para manter TA média ≥ 65 mmHg; 6) Reavaliar lactato se valor inicial > 2 mmol/L.

Em situações semelhantes, e para implementar as melhores práticas, propomos que não **FALHAR** na primeira hora da sépsis se escreva com **LHAFAR**.

REFERÊNCIAS

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315:801–10.
2. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievian DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020;395:200–11.
3. Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. *Intens Care Med*. 2018;44:925–8.

Manuel FERNANDES^{✉1}, Isa SILVA², Diana ORGANISTA¹, Tiago ABREU¹, Fernanda Paula SANTOS¹, Filipe FROES¹

1. Departamento do Tórax. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Lisboa. Portugal.

2. Serviço de Medicina Interna. Hospital de Cascais. Lisboa. Portugal.

Autor correspondente: Manuel Fernandes. mfsfernandess@gmail.com

Recebido: 12 de fevereiro de 2020 - Aceite: 30 de março de 2020 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020

<https://doi.org/10.20344/amp.13593>



O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental

The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health

Palavras-chave: Coronavírus; Pandemia; Saúde Mental

Keywords: Coronavirus; Mental Health; Pandemics

A quarentena profilática associada à pandemia COVID-19 origina uma série de riscos para a saúde mental. Os estudos publicados sobre este tema baseiam-se em quarentenas de grupos pequenos, devido principalmente aos vírus SARS-CoV1, MERS-CoV, HINI e ao Ébola.¹ Os dados foram obtidos em estudos com amostras englobando apenas algumas centenas de pessoas, e por períodos relativamente curtos, de 10 a 21 dias de isolamento. Nunca se verificou uma quarentena massiva de milhões de pessoas em simultâneo, e sem um término à vista, o que corresponde a um aspeto negativo para a resiliência da saúde mental.

Se é verdade que o isolamento é importante para proteger a nossa saúde física, impedindo o contágio pelo vírus, também é verdade que quanto mais tempo estivermos isolados maiores serão os riscos de sofrermos doenças psiquiátricas.² Sabemos que a quarentena pode originar uma constelação de sintomas psicopatológicos, designadamente, humor deprimido, irritabilidade, ansiedade, medo, raiva, insónia, etc..¹ Além disso, identificaram-se consequências

a longo prazo para a saúde mental. Cerca de três anos após a quarentena, verificou-se um aumento de risco para o aparecimento de abuso de álcool, sintomas de perturbação de *stress* pós-traumático e depressão.³

Neste contexto de isolamento, provavelmente irão aumentar as perturbações depressivas e as perturbações de *stress* pós-traumático.⁴ Para além do *stress* associado ao receio de contrair a doença, existem ainda outros fatores que aumentam a vulnerabilidade psicológica das pessoas em quarentena. Refiro-me às dificuldades económicas decorrentes desta pandemia, nomeadamente ao risco do aumento do desemprego que está associado a um agravamento da saúde mental da população.⁵

Uma última referência sobre a forma como está a ser feito o luto das pessoas que morrem durante este período de pandemia. Devido às medidas preventivas de saúde pública, as cerimónias fúnebres estão a ser realizadas quase sem pessoas. Muitos familiares e amigos estão privados de se despedirem de quem morre; ou seja, não existem abraços, nem o habitual consolo do luto feito em comunidade. Isto acarreta um enorme sofrimento para todos aqueles que perdem os seus familiares e amigos. Em suma, vivemos tempos estranhos. Neste período levantam-se muitas dúvidas, e irá certamente demorar muitos anos até compreendermos qual foi o verdadeiro impacto da pandemia na saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395:912–20.
2. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect*. 2008;136:997–1007.
3. Wu P, Liu X, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan Z, et al. Alcohol abuse/