

## Ter ou Não Ter, Eis a Questão: O Impacto da Disponibilidade de Identificação Microbiológica

### To Have or Not to Have, That is the Question: The Impact of the Availability of Microbiological Identification

**Palavras-chave:** Adulto; Diagnóstico Tardio; Escarlatina; Política de Saúde; Tempo de Internamento

**Keywords:** Adult; Delayed Diagnosis; Health Policy; Length of Stay; Scarlet Fever

Os métodos complementares de diagnóstico são fundamentais na abordagem correta a determinadas patologias, evitando admissões hospitalares e terapêutica inadequada. Uma história clínica completa pode ser insuficiente para distinguir doenças semiologicamente semelhantes.

Focamo-nos na amigdalite aguda, um motivo frequente de observação médica. Dentro das possíveis etiologias, apenas o *Streptococcus* beta-hemolítico do Grupo A (SGA) - responsável por 5% - 10% dos casos nos adultos - tem indicação para antibioterapia. Ainda assim, a 80% dos doentes com odinofagia é prescrito antibiótico.<sup>1</sup> A clínica nem sempre é suficiente para destringir entre agente viral ou bacteriano: a Direção-Geral de Saúde recomenda a identificação do SGA para a prescrição de antibacteriano na idade pediátrica.<sup>2</sup> Mesmo na presença de manifestações cutâneas associadas às amigdalite, as dúvidas podem surgir: toxidermia medicamentosa *versus* escarlatina. Apesar da escarlatina não ser uma doença típica do adulto, desconhecendo-se a sua incidência actual em Portugal, a literatura mais recente evidencia um aumento dos casos.<sup>3,4</sup> Foi

o caso de um doente internado por suspeita de toxidermia medicamentosa e posterior diagnóstico de escarlatina que nos levou a esta reflexão.

Neste contexto, advogamos o teste diagnóstico antigénico rápido (TDAR) e a sua disponibilização nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Serviços de Urgência (SU).

O TDAR é realizado através da colheita de uma amostra de exsudado orofaríngeo com uma zaragatoa, detectando o antigénio do SGA de forma rápida (5 - 10 minutos), não invasiva, específica<sup>1</sup> e custo-eficaz.<sup>2,5</sup>

A sua aplicação em adultos não é consensual. O principal argumento contra é o facto de não excluir um portador assintomático com amigdalite viral intercorrente.<sup>1</sup>

Há vários argumentos a suportar o seu uso, como por exemplo os associados aos aspectos económicos. Um projecto piloto português de 2017 avaliou o impacto do uso do TDAR e evidenciou uma poupança de 40%, constituindo o investimento 80% do total de poupança.<sup>5</sup> Estes dados não são directamente extrapoláveis para a população adulta, mas devem ser considerados. Além disso, o TDAR poderia reduzir a prescrição de antibióticos, medida importante no que respeita iatrogenia e resistências bacterianas. Este impacto é mais difícil de quantificar, mas fundamental no aparecimento de micro-organismos resistentes.<sup>1</sup>

Assim, defendemos a disponibilidade do TDAR ao nível dos CSP e SU. Numa época de tremenda carga sobre o SNS no contexto da pandemia COVID-19, que veio sobrepor-se a um serviço já fragilizado, as restantes patologias não podem ser descuradas. Consideramos fulcral qualquer método que permita reduzir internamentos e custos, mantendo a *legis artis* e o bem-estar de cada doente.

## REFERÊNCIAS

1. Mourão P, Palma R. Amigdalofaringite aguda – proposta de abordagem baseada na evidência. *Rev Port Clin Geral*. 2002;18:385-98.
2. Direção-Geral de Saúde. Diagnóstico e tratamento da amigdalite aguda na idade pediátrica. Norma de Orientação Clínica número 020/2012. Lisboa: DGS; 2012.
3. Lamagni T, Guy R, Chand M, Henderson KL, Chalker V, Lewis J, et al. Resurgence of scarlet fever in England, 2014–16: a population-based surveillance study. *Lancet Infect Dis*. 2018;18:180–7.
4. Qinbao L, Haocheng W, Zheyuan D, Chen W, Junfen L. Analysis of epidemiological characteristics of scarlet fever in Zhejiang province, China, 2004–2018. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:3454.
5. Comissão de Farmácia e Terapêutica da Administração Regional de Saúde do Centro. Teste de diagnóstico antigénico rápido (TDAR) do *Streptococcus* grupo A. Coimbra: ARSC; 2019.

Rita SANTOS✉<sup>1</sup>, Pedro MESQUITA<sup>1</sup>, Teresa MENDES<sup>2</sup>, Rita COELHO<sup>3</sup>, Luís VALE<sup>1</sup>

1. Serviço de Medicina Interna 2.1. Hospital de Santo António dos Capuchos. Centro Hospitalar de Lisboa Central. Lisboa. Portugal.

2. Unidade de Saúde Familiar ARS Medica. Agrupamento de Centros de Saúde Loures/Odivelas. Santo António dos Cavaleiros. Loures. Portugal.

3. Serviço de Pediatria. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. Amadora. Portugal.

Autor correspondente: Rita Santos. [santos.ritalc@gmail.com](mailto:santos.ritalc@gmail.com)

Recebido: 26 de novembro de 2020 - Aceite: 26 de novembro de 2020 - Online issue published: 01 de fevereiro de 2021

Copyright © Ordem dos Médicos 2021

<https://doi.org/10.20344/amp.15390>

