

## Covid-19: casos que desafiam e agitam os médicos de família

### Covid-19: casos que retan y estremecen a los médicos familiares

*The Covid-19: Shudder Cases that Challenge and Family Physicians*

Ismael Ramírez Villaseñor\*

\*Médico Familiar. Maestro en Farmacología. Comisión Académica, Colegio Jalisciense de MF, A.C. México.

Não tenho mais consultório médico, mas concordei em aconselhar o caso da sra. K, cuja família venho tratando episodicamente há cerca de 30 anos. Ela era uma mulher de 57 anos, sem doença crônica. Há 6 dias, seu marido me enviou uma mensagem: K estava com calafrios e uma temperatura de 37°C desde o dia anterior (vamos escrever como primeiro dia de cuidados). Uma vez que ela estava fazendo "tratamentos dermatológicos faciais", minha primeira hipótese foi a infecção por COVID-19. Como também temos uma epidemia de dengue, eu lhe disse que teríamos de medir a temperatura duas vezes por dia e observar a ocorrência de dificuldade em respirar ou outros sintomas; o quadro era muito vago para determinar a escolha de um ou de outro teste laboratorial nesse momento. No segundo dia de tratamento, ela se sentiu um pouco "apática", como se tivesse preguiça. Eu a instruí a descansar, a usar medidas de proteção em casa e a dormir sozinha no quarto deles. No dia 3, sentiu-se com muito bom ânimo, sua temperatura era de 37,6°C, mas às nove da noite surgiu uma "tossezinha".

Eu a orientei para que fizesse um teste para Covid-19 na manhã seguinte e, caso surgisse qualquer sintoma de desconforto respiratório ou "falta de ar", ela deveria ser levada ao departamento de emergência de um hospital designado para tratamento de Covid-19, sendo que forneci a seu marido os números de telefones nacionais de emergência para localizar o hospital mais próximo. No quarto dia de aconselhamento (quarta-feira), foi-lhe solicitado o teste Covid, o qual foi realizado no dia seguinte (quinta-feira). Nesse dia surgiu uma dor nas costas que melhorou com paracetamol. Agora lembro-me que senti alguma preocupação<sup>1</sup>, mas, no momento, em vez de dizer a ele para levá-la ao hospital e não esperar pelo resultado do teste, orientei-o novamente quanto aos sintomas de alarme; na ocasião, sua temperatura era de 37,4°C. Ela sentiu energia suficiente para limpar seu dormitório. O resultado do teste, realizado em um hospital particular, seria liberado três dias úteis depois (seriam 5 dias devido à sobreposição de sábado e domingo). Na sexta-feira, 6º dia de aconselhamento, às 17h44min, o marido me escreve muito feliz, pois K havia comido muito bem, apresentava-se com a mente clara e sem sonolência e com uma temperatura de 36,4°C. Concordamos que ele me notificaria acaso houvesse qualquer alteração do quadro. Naquela noite eu dormi em paz...

7º dia, sábado assustador.

Às 13:00, o marido de K avisou-me que ela tinha morrido em um hospital onde ele a levou de manhã, pois "não conseguia respirar". Aparentemente eles não haviam conseguido intubá-la. Fiquei chocado, meu amigo estava calmo e agradecido por minha atenção. Eu disse-lhe que me sentia responsável, e sem palavras para me expressar. Minha segurança profissional de 40 anos havia sido imensamente reduzida, um sentimento de humildade permeava todo o meu ser; nunca havia sentido esse reconhecimento de minhas enormes limitações diante do imenso fenômeno da vida.<sup>2</sup> Senti pena e um pouco de culpa; percebi que nada pode substituir ver os pacientes diretamente. Busquei consolo em Jacob Needleman, que afirmou: "...para os médicos, a experiência da morte é tão necessária quanto a experiência de espanto que deixa o cientista perplexo..." Os médicos também são cientistas e precisam extrair o sentimento de maravilhosa perplexidade, mas seu chama-

do também exige confronto com a morte. Essas experiências extremas ou choques na personalidade podem aproximá-lo da inteligência - no antigo sentido do termo - e da compaixão que ele procura avidamente, mas que, neste momento, perdeu a esperança de encontrar".<sup>2</sup>

PS: O descrito acima significaria pouco ou nada para os jovens médicos de família e, especialmente, àqueles a quem devo a confiança de ter sido considerado seu "professor", caso eu não reconhecesse, cinco dias após meu luto, os seguintes erros no caso.

1. Infelizmente, meu foco permaneceu no nível epidemiológico e nos riscos biomédicos do caso. "80% dos casos de Covid-19 são assintomáticos ou leves, e os riscos de complicações são doenças crônicas bem conhecidas como diabetes, hipertensão, imunossupressão, câncer, obesidade, etc., assim como idade superior a 60 ou 65 anos... Minha paciente, portanto, não foi incluída nos critérios epidemiológicos. Além disso, o quadro apresentou-se como leve por seis dias. Minha culpa: não focar na pessoa, apesar da minha experiência nesse campo. Eu explico isso:

2. No México, 30% dos pacientes que morreram não apresentam as comorbidades amplamente descritas. Há muita especulação, mas pouco sabemos de concreto a partir do campo biomédico. E aí vem o meu maior erro, esqueci o que sabia, não apliquei o conhecimento muito sólido derivado da sociologia de que médicos a partir de fora do paciente só podem avaliar separadamente elementos de seu ser (temperatura, teste Covid-19 e quaisquer dados do exame físico ou laboratoriais), mas as partes não explicam o todo. Somente a autoavaliação da saúde da pessoa é capaz de dar uma ideia abrangente de sua saúde. A pergunta que nunca fiz: "Você sente que sua vida está em perigo? Você acha que tem uma doença leve, moderada ou grave?"<sup>3</sup> Se eu tivesse feito essas perguntas, minha decisão teria sido realmente informada. Não pretendo dizer que "K" estaria viva, nem que, se ela tivesse chegado ao hospital no dia anterior, não teria apresentado insuficiência respiratória aguda ou que a intubação endotraqueal teria sido evitada. Não posso dizer nada sobre isso. Mas esse caso me lembrou que a sociologia médica mostrou que a autoavaliação da própria saúde é um poderoso preditor de mortalidade, ainda maior do que avaliações médicas, histórico de tabagismo ou registros clínicos. Minha pena é que eu não usei essas informações, e minha mensagem para os jovens médicos é investigar o tópico, porque ele é realmente relevante em meio à incerteza dessa pandemia. George Kaplan resumiu muito bem em 1983: "a autopercepção de problemas de saúde poderia ser uma característica comum que liga vários estados psicossociais, como isolamento social, eventos negativos da vida, depressão, fatores de estresse no trabalho..." Isso sugere que as autoavaliações da saúde são chaves para entender outras influências psicossociais na saúde.<sup>3</sup> Kaplan concorda com a teoria do marcador somático de Antonio Damasio, o organismo faz em tempo real uma avaliação do estado de nosso ser. Como você se sente agora?<sup>4</sup> A doença Covid-19 representa um desafio desconhecido para a Atenção Básica, sendo a maioria das pessoas afetada levemente e outras de forma sutil e fatal. Minha tristeza encontra algum consolo em entender o que não fiz e o que deveria ter feito. Assim, minha tarefa continuará. A dor se reconstrói e eu tento fazer isso, pois devo isso a muitos amigos queridos, meus pacientes, parentes e jovens médicos que confiaram em mim.

3.- Quando o presente manuscrito ainda se encontrava no prelo, foi publicado um artigo que afirmava que pelo menos 50% dos pacientes com Covid-19 desenvolvem distúrbios cerebrais, seja por invasão direta do parênquima cerebral pelo vírus ou por inflamação derivada do distúrbio imunológico<sup>5</sup>. Isso abre a possibilidade de que a insuficiência respiratória também se deva a danos no tronco cerebral. O caso da Sra. K é compatível com essa informação. Sua preocupação obsessiva com a oração, que registrei como uma característica acentuada de sua personalidade, poderia ter sido um aviso de encefalopatia.

## Referências

1. Ramírez-Villaseñor, I, Gutiérrez-Castillo, A.J, Vázquez-Vázquez, D.S, Arce-Jiménez, P.X, Ramírez-Gutiérrez, G.P. El fenómeno clínico gut feelings, ¿Como expresarlo en español mexicano? Un estudio multimétodo. *Rev Mex Med Fam.* 2018;5(2): 62-67.
2. Needleman J. (ed.) *The way of the physician Recovering the heart of medicine.* Napa, CA, USA: Fearless Books; 2014.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of health and Social Behavior.* 1997;38(1): 21-37
4. Damasio AR. The somatic marker hypothesis. En: Damasio AR, ed. *Descartes' Error. Emotion, Reason and the Human Brain.* New York: Avon Books; 1994. pp 191-230.
5. Cormier Z. BBC Future. [Online]. Available from: <https://www.bbc.com/future/article/20200622-the-long-term-effects-of-covid-19-infection> [Accessed 9 July 2020].

Ya no tengo un consultorio médico, pero accedí a asesorar el caso de la señora "K", a cuya familia atendí de manera episódica desde hace aproximadamente 30 años. Era una mujer de 57 años y sin enfermedad crónica. Hace 6 días su esposo me envió un mensaje: la Señora K había tenido escalofríos y temperatura de 37.0 C desde un día previo (anotaremos como día 1 de atención). Dado que hacía "tratamientos faciales", mi primera

hipótesis fue infección por Covid-19. Como tenemos también epidemia de dengue le dije que habría que tomar la temperatura 2 veces al día y vigilar dificultad para respirar o cualquier otro síntoma; el cuadro era demasiado indefinido para tomar una prueba de uno u otro. Al día 2 de atención, solo se sintió un poco “desganada” como con flojera. Yo les había indicado que reposara, y usara medidas de protección en casa y durmiera sola en su recámara. Día 3, se sintió muy bien de ánimo, la temperatura de 37,6°C, pero se agregó “tosecita” eran las 9 de la noche. Le indiqué que se tomara una prueba para Covid a la mañana siguiente, y que ante cualquier síntoma de dificultad respiratoria o “falta de aire” debería acudir a urgencias de un hospital que atendiera Covid, le di los teléfonos nacionales de urgencia para localizar su hospital más cercano. Día 4° de asesoría (miércoles), le dieron cita para su prueba de Covid al día siguiente (jueves).

El 5° día le tomaron la prueba para Covid-19, se asocia dolor del dorso del cuerpo que mejoró con el paracetamol. Ahora recuerdo que sentí cierta inquietud<sup>1</sup>, pero en el momento, en lugar de indicarle que fuera a un hospital y no esperar el resultado de prueba, le volví a recordar síntomas de alarma, su temperatura era de 37.4 0C. Se sintió con la energía para asear su recámara. La prueba, realizada en hospital privado, se reportaría tres días hábiles después (serían 5 días por el traslape de sábado y domingo). El viernes día 6° de asesoría, a las 17:44 horas, su esposo me escribe muy contento, “K” ha comido muy bien, con mente clara, sin somnolencia, y con temperatura de 36.4°. Quedamos en que avisará cualquier cosa. Esa noche dormí tranquilo...

Día 7°, sábado estremecedor.

A las 13 horas el esposo de que K me avisó que ésta murió en un hospital a donde la llevó en la mañana, “no podía respirar” al parecer no pudieron intubarla. Me sentí impactado, mi amigo estaba tranquilo y agradecido con mi atención; le dije que me sentía responsable, y sin palabras que expresar. Mi seguridad profesional de 40 años se había reducido inmensamente, una sensación de humildad permeó todo mi ser, no había sentido esta sensación de reconocimiento de mis enormes limitaciones frente al inmenso fenómeno de la vida.<sup>2</sup> Me sentí apenado y de cierta manera culpable, me di cuenta de que nada puede suplir ver directamente a los pacientes. Busqué consuelo en *Jacob Needleman* “...para los médicos, la experiencia de la muerte es tan necesaria como la experiencia del asombro que deja perplejo al científico”... Los médicos son también científicos, y necesitan abreviar del sentido de la perplejidad maravillosa, pero su llamado demanda también la confrontación con la muerte. Estas experiencias extremas o choques a la personalidad pueden acercarle la inteligencia –en el sentido antiguo del término- y la compasión que él busca ansiosamente, pero que en esta época ha perdido esperanza de encontrar”.<sup>2</sup>

PD: Lo descrito de poco o nada serviría para los médicos familiares jóvenes y en especial a los que debo la confianza de haber sido considerado su “profesor”, si yo no reconociera los siguientes errores en el caso.

1.- Mi enfoque lamentablemente se quedó en el nivel epidemiológico y los riesgos biomédicos del caso. “80% de los casos de COVID-19 son asintomáticos o leves, y los riesgos de complicaciones son las enfermedades crónicas bien conocidas, diabetes, hipertensión arterial, inmunodepresión, cáncer, obesidad, etcétera. Al igual las personas mayores de 60 o 65 años... mi paciente no se encontraba incluida en los criterios epidemiológicos. Además, el cuadro se mostró por 6 días como leve. Mi falla: no centrarme en la persona, a pesar de mi experiencia en ese campo. Lo explico:

2.- En México, 30% de los pacientes que han muerto no tienen las co-morbidades ampliamente descritas. Se especula mucho, pero no sabemos algo concreto desde lo biomédico. Y aquí viene mi error mayor, me olvidé lo que sabía, no apliqué el conocimiento muy sólido derivado de la sociología de que los médicos desde fuera del paciente solo podemos evaluar por separado elementos de su ser (temperatura, prueba de Covid-19, cualquier dato de exploración física o auxiliares de laboratorio), pero las partes no explican el todo. Solo la autoevaluación de la salud de la persona es capaz de dar una idea integral de su salud. La pregunta que nunca hice ¿Siente usted que su vida está en peligro? ¿Cree usted que tiene una enfermedad leve, moderada o grave? De haber hecho estas preguntas mi decisión habría estado verdaderamente informada. No quiero decir con esto que la paciente K estaría viva, tampoco que de haber llegado al hospital un día antes no hubiera presentado falla respiratoria aguda, o que se hubiera evitado intubación endotraqueal. Nada de eso puedo decir. Pero este caso me recordó que la sociología médica ha demostrado que la autoevaluación de la propia salud es un poderoso predictor de mortalidad, mayor incluso que las evaluaciones médicas, la historia de tabaquismo, o los registros del expediente clínico. Mi pena es que no usé esa información, y mi mensaje a los médicos jóvenes es que investiguen el tema porque es realmente relevante en medio de la incertidumbre de esta pandemia.

“George Kaplan lo resumió muy bien en 1983: La autopercepción de mala salud podría ser una característica común que enlaza diversos estados psicosociales tales como el aislamiento social, eventos negativos de la vida, depresión, estresores laborales...esto sugiere que las auto calificaciones de salud son claves para comprender otras influencias psicosociales de la salud.”<sup>3</sup> Kaplan concuerda con la Teoría del marcador somático de Antonio Damasio, el organismo hace en tiempo real una valoración del estado de nuestro ser. ¿Cómo se siente en este momento?<sup>4</sup> La enfermedad COVID-19 representa un reto desconocido para la Atención Primaria, a la mayoría les afecta levemente a otros les resulta sutil y fatal; mi duelo encuentra algo de consuelo al lograr comprender lo que no hice y lo que debería haber hecho, mi tarea continuará. El dolor reconstruye y eso intento, se lo debo a muchos queridos amigos, a mis pacientes, mis familiares y a los médicos jóvenes que han tenido confianza en mí.

3.- Cuando el presente manuscrito estaba en prensa se publicó un artículo que planteaba que al menos 50% de los pacientes con Covid-19 desarrollan trastornos cerebrales ya fuera por invasión directa del parénquima cerebral por el virus o por la inflamación derivada del trastorno inmune.<sup>5</sup> Lo que abre la posibilidad de que la falla respiratoria sea también por daño del tallo cerebral. El caso de la señora K es compatible con esa información. Su preocupación obsesiva por rezar, que yo registré como rasgo acentuado de su personalidad, podría haber sido un aviso de encefalopatía.

## Referencias

1. Ramírez-Villaseñor, I, Gutiérrez-Castillo, A.J, Vázquez-Vázquez, D.S, Arce-Jiménez, P.X, Ramírez-Gutiérrez, G.P. El fenómeno clínico gut feelings, ¿Como expresarlo en español mexicano? Un estudio multimétodo. *Rev Mex Med Fam.* 2018;5(2): 62-67.
2. Needleman J. (ed.) *The way of the physician Recovering the heart of medicine.* Napa, CA, USA: Fearless Books; 2014.
3. Idler EL, Benyamini, Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of health and Social Behavior.* 1997;38(1): 21-37
4. Damasio AR. The somatic marker hypothesis. En: Damasio AR, ed. *Descartes' Error. Emotion, Reason and the Human Brain.* New York: Avon Books; 1994. pp 191-230.
5. Cormier Z. *BBC Future.* [Online]. Available from: <https://www.bbc.com/future/article/20200622-the-long-term-effects-of-covid-19-infection> [Accessed 9 July 2020].