

semelhantes, não sendo possível distinguir as infecções estudadas. Nos períodos sazonais das infecções respiratórias, devemos estar atentos para a possibilidade de coinfeções.

Palavras-chave: Covid-19 Coinfecção Influenza

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.102897>

COINFEÇÃO COVID-19 E PNEUMOCISTOSE EM UM PACIENTE COM HIV/AIDS

Juliana Moreira Ribeiro^{a,*}, Adriana Oliveira Guilarde^{b,c},
Rafaela Fernandes Nascimento^a,
Ludmila Campos Vasconcelos^a,
Pedro Antônio Passos Amorim^c

^a Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Aued (HDT), Goiânia, GO, Brasil;

^b Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil;

^c Hospital das Clínicas (HC), Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

A coinfeção de COVID-19 e infecções oportunistas como tuberculose e pneumocistose (PCP) têm sido cada vez mais descritas, e o HIV não controlado tem sido um dos prováveis fatores predisponentes. A pneumonia causada pelo SARS-CoV-2 pode sobrepor à PCP dificultando seu diagnóstico. Ambas podem apresentar quadro clínico semelhante com tosse seca, dispneia, hipoxemia e as mesmas alterações radiológicas, infiltrados bilaterais em vidro fosco. Além de alterações laboratoriais como linfopenia e elevação de DHL. Apresentamos um caso de um paciente com infecção concomitante por PCP e COVID-19, internado em um hospital terciário. Homem, 32 anos, procura o Pronto Atendimento devido quadro de tosse seca, febre, coriza, mialgia e astenia há pelo menos 5 dias. Como antecedente pessoal patológico, diagnóstico de HIV em abandono de tratamento há pelo menos 7 anos; contagem de CD4 de 39 células/ml e carga viral de 1.208.533 cópias/mL. A pesquisa de antígeno para COVID-19 foi positiva. Na primeira avaliação não apresentava nenhum critério de gravidade, sem hipoxemia e dispneia, recebendo alta com prescrição de sintomáticos e retorno ambulatorial precoce. Após 48 horas, paciente retorna ao pronto socorro com piora dos sintomas e manutenção da febre. A tomografia de tórax evidenciou múltiplos focos de opacidades em vidro fosco de baixa atenuação no parênquima pulmonar, envolvendo cerca de 25% do parênquima. Durante internação, evoluiu com piora clínica e radiológica. Apresentou sinais de desconforto respiratório, SatO₂ 80%, necessidade de oxigênio suplementar em cateter nasal e a tomografia de controle mostrou aumento das áreas de opacidades em vidro fosco, acima de 50% do parênquima, e áreas de consolidação. Foi iniciado tratamento empírico para pneumocistose com Sulfametoxazol-Trimetoprim na dose de 20 mg/kg/dia de Trimetoprim. Diagnóstico posteriormente confirmado pela pesquisa de PCR para *Pneumocystis jirovecii* em amostra de escarro. Paciente evoluiu com melhora clínica, recebendo alta com reintrodução da terapia antirretroviral e prescrição de Sulfametoxazol-Trimetoprim oral para término do tratamento da pneumocistose. Esse caso mostra a importância de considerar as co-infecções em pacientes

vivendo com HIV/AIDS, pois o paciente não teria o desfecho favorável sem o tratamento específico da pneumocistose. Na unidade não era disponível antivirais para tratamento da COVID-19, sendo utilizado apenas corticoterapia para COVID-19.

Palavras-chave: Covid-19 Pneumocistose Coinfecção HIV

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.102898>

COVID LONGA: ESTUDO MULTICÊNTRICO BRASILEIRO

Ana Paula Bandeira Barboza^{a,*},
Alessandra Luna-Muschi^a, Debora de Souza Faffe^b,
Elisa Teixeira Mendes^c, Igor Borges^a,
Rafael Mello Galliez^b, Fabio Leal^d, Erika Manuli^d,
Fabio Ghilardi^e, Vanderson Sampaio^f,
Ester Cerdeira Sabino^a, Terezinha Marta Castiñeiras^b,
Sílvia Figueiredo Costa^a

^a Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil;

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

^c Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil;

^d Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), São Caetano do Sul, SP, Brasil;

^e Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil;

^f Instituto Todos pela Saúde, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: a infecção pelo SARS-CoV-2 pode levar a persistência ou desenvolvimentos de sintomas além da fase aguda da doença, conhecida como COVID longa. Estima-se que 10-20% dos infectados evoluam com sintomas a longo prazo.

Métodos: Realizado estudo observacional multicêntrico com 2 coortes de indivíduos: coorte retrospectiva composta por infectados de setembro 2020 a dezembro 2021 (4 centros de São Paulo), e coorte prospectiva composta de profissionais de saúde, infectados de janeiro a dezembro 2022 (2 centros de São Paulo e 1 do Rio de Janeiro). Utilizado questionário eletrônico para avaliação sociodemográfica, comorbidades, imunização contra COVID-19, número de episódios de COVID-19, gravidade da doença e presença de 12 sintomas relacionados à COVID-19. O questionário foi aplicado 12 a 15 meses e 1 a 2 meses após o diagnóstico nas coortes retrospectiva e prospectiva, respectivamente. COVID longa foi definida como persistência ou desenvolvimento de 1 ou mais sintomas além de 4 semanas de infecção aguda. Os preditores de COVID longa foram avaliados com teste qui-quadrado, e variáveis com $p < 0,05$ foram incluídas no modelo de regressão logística. O software SPSS, versão 20, foi utilizado para análises estatísticas.

Resultados: Incluídos 1907 indivíduos, 76% ($n = 1456$) pertencentes à coorte prospectiva e 24% ($n = 451$) à retrospectiva. Mediana de idade 40 anos (28-53), 74% ($n = 1409$) do sexo feminino. Reinfecção ocorreu em 28% ($n = 533$) e doença grave em 0,05% ($n = 105$). Imunização completa com 1 ou 2 doses de reforço em 54% ($n = 1037$) e 12% ($n = 229$), respectivamente. Ausência de comorbidades em 67% ($n = 1272$). COVID longa foi identificada em 67% ($n = 1281$). Sintomas mais prevalentes: