

MELIOIDOSE

Uma doença emergente

Você já ouviu falar nesta doença?

A melioidose é causada pela bactéria *Burkholderia pseudomallei* que pode ser encontrada em solo e água

Exposição ambiental a bactéria, seja ocupacional ou recreativa são formas de adquirir a doença

A doença é pouco conhecida no Brasil e de difícil diagnóstico pela diversidade de apresentações clínicas

Pneumonia e sepse comunitárias são as formas de apresentação mais frequentes

Tem alta letalidade se não for realizado diagnóstico precoce e tratamento antimicrobiano específico.

Pense nela!

melioidose.com.br





uma doença
emergente

MELIOIDOSE

PROTOCOLO DE ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA DA MELIOIDOSE

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos

Detectar precocemente os casos e surtos, visando promover assistência adequada e reduzir a morbidade e letalidade da doença; estudar as tendências da doença; propor e implantar medidas de prevenção e controle; conhecer a história natural da doença e sua distribuição geográfica no Ceará; identificar condições e situações ambientais de risco; Estudar características específicas do agente etiológico da doença.

Notificação

Doença de notificação compulsória e investigação obrigatória no Estado do Ceará, desde a publicação da Portaria Nº1786 de 04 de novembro de 2005.

Definição de caso de melioidose

A melioidose é uma doença que apresenta amplo espectro clínico, podendo simular qualquer infecção. Não apresenta nenhum sintoma ou sinal patognomônico, o que dificulta sua detecção. O pulmão é o órgão mais frequentemente acometido e particular atenção deve ser dada aos pacientes com história de exposição a solo e água e que apresentam quadros agudos de pneumonia e sepse graves procedentes da comunidade. Não há, portanto, uma definição de caso suspeito suficientemente adequada. As situações clínico-epidemiológicas descritas a seguir devem alertar para possível suspeita clínica da doença:

Caso suspeito

Pacientes com história epidemiológica de exposição a solo e águas* em qualquer região do Ceará, recente ou não, E que apresente uma das seguintes situações clínicas:

*Observação: Considera-se exposição ambiental qualquer história de contato com solo e/ou água, porém, os seguintes antecedentes epidemiológicos são mais sugestivos: exposição a enchentes, lama ou coleções hídricas; atividades que envolvam risco ocupacional (trabalho em contato com solo ou água, atividades na agricultura especialmente em áreas alagadas, atividades de pesca, trabalhadores da construção civil, atividades em terras remexidas, limpeza de córregos, manejo de animais, exposição a esgoto e fossas dentre outras), além de atividades recreativas ou esportivas envolvendo contato com solo e água.

Casos Agudos

Paciente com doença febril aguda acompanhada de sintomas respiratórios sugestivos de pneumonia comunitária mas sem melhora ao tratamento antimicrobiano convencional

ou
Paciente procedente da comunidade com doença febril aguda acompanhada de tosse e/ou dor torácica e que evoluem com piora rápida (dispnéia, hipotensão arterial, sinais de hipoperfusão periférica)

Paciente procedente da comunidade com doença febril que evolui com síndrome de resposta inflamatória sistêmica, sepse grave ou choque séptico

Casos Crônicos

Paciente com febre prolongada de etiologia obscura ou quadro clínico insidioso semelhante a tuberculose e que não responde ao tratamento específico

ou
Paciente com infecção de tecidos moles (úlceras/abscessos cutâneos, celulites, fasciítes) de evolução crônica (meses) sem resposta ao tratamento antimicrobiano convencional

ou
Paciente com infecção supurativa crônica sem resposta ao tratamento antimicrobiano convencional

Caso Confirmado

Critério laboratorial

Caso suspeito, com os seguintes resultados de exames laboratoriais: isolamento de *Burkholderia pseudomallei* por cultura microbiológica ou exame de Reação em Cadeia Polimerase (PCR)

Critério clínico-epidemiológico

Indivíduo que tenha exposição à mesma situação de risco dos pacientes confirmados laboratorialmente, apresentando, obrigatoriamente, manifestações clínicas compatíveis com a doença e sem outro diagnóstico definido.

Caso provável

Indivíduo que tenha história de exposição a solo e água e quadro clínico compatível com melioidose, sem confirmação laboratorial mas com resposta clínica ao tratamento específico e sem outro diagnóstico definido.

Considerações importantes a serem observadas durante o manejo clínico de caso suspeito:

Fatores ou condições de risco para formas graves da infecção

Pacientes com co-morbidades como diabetes mellitus, doença pulmonar crônica, insuficiência renal crônica ou alcoolistas.



uma doença
emergente

MELIOIDOSE

Diagnóstico diferencial com tuberculose

A melioidose deve ter diagnóstico diferencial com todas as formas de tuberculose, principalmente quando não há resposta a tratamento tuberculostático iniciado empiricamente.

Outras formas de apresentação clínica

Abscessos superficiais ou profundos em qualquer órgão (fígado, baço, pâncreas, rim); linfadenite, infecção osteoarticular (osteomielite, artrite séptica); infecção geniturinária (prostatite, cistite, pielonefrite); infecções do sistema nervoso (abscesso cerebral, meningoencefalite, encefalomielite); infecção ocular (úlceras conjuntival, celulite orbitária) e aneurisma micótico.

Exposição ambiental não ocupacional

O diagnóstico de melioidose deve ser considerado em pessoas que têm história de exposição ocasional a solo e água em atividades de lazer ou esportivas com pneumonia aguda ou infecção comunitária sem resposta a terapia antimicrobiana convencional.

Procedimentos de Investigação Epidemiológica e Medidas de Controle

NOTA: Por tratar-se de agravo inusitado e emergente no país, a suspeita de um caso de melioidose, obrigatoriamente exige notificação e investigação imediatas à vigilância epidemiológica.

1. Notificar imediatamente às vigilâncias epidemiológicas do município e estado.
2. Realizar investigação epidemiológica do caso(s) com preenchimento da ficha de investigação epidemiológica.
3. Realizar busca ativa de outros casos semelhantes em familiares, local de trabalho e área de ocorrência do caso identificando possível áreas de risco.
4. Manter alerta para detecção de casos suspeitos em humanos, priorizando infecções graves comunitárias.
5. Orientar a vigilância de familiares e pessoas residentes no mesmo local do caso suspeito quanto ao aparecimento de sintomas, encaminhando para serviço de saúde ou hospital de referência.
6. Investigar fontes de exposição comum, especialmente em situações de surto.
7. Orientar familiares e população sobre medidas de prevenção e controle recomendadas (vide abaixo).
8. Incentivar o encaminhamento de óbitos por infecção comunitária sem diagnóstico e relato de exposição a solo e água para necropsia (Serviço de Verificação de Óbitos - SVO).

Medidas de Prevenção e Controle - Recomendações

1. Beber somente água tratada, engarrafada ou fervida.
2. Evitar comer alimentos contaminados com terra ou poeira.
Lavar bem alimentos crus com água limpa.
Usar utensílios limpos e os lavar com água limpa.
3. Evitar contato ambiental direto com o solo ou água.
4. Se o contato ambiental com o solo ou a água for necessário, usar equipamento de proteção, incluindo luvas de borracha e botas. Realizar a lavagem da região exposta com água limpa e sabão, imediatamente após o contato.
5. Durante a estação chuvosa, evitar atividades recreativas e exposição a solo e água, principalmente nas primeiras três semanas após as chuvas.
6. Manter feridas abertas cobertas e evitar o contato com o solo ou água até que estejam completamente saradas.
Evitar aplicar remédios com ervas ou outras substâncias na ferida.
No caso de contato ambiental da ferida com solo ou a água, limpar com água limpa e sabão.
7. Em ambiente externo, evitar a exposição à chuva forte ou nuvens de poeira.
Em caso de exposição a nuvem de poeira, cobrir a boca e o nariz.
Usar guarda-chuva para proteção de chuvas.
8. Ter consciência do maior risco de desenvolver melioidose se tiver determinadas co-morbidades, incluindo diabetes, doença renal crônica e doenças que necessitam terapia com esteróides ou medicamentos que suprimem o sistema imunológico.
9. Não andar descalço.
10. Não fumar.

MANEJO CLÍNICO - CONDUTA FRENTE A CASO SUSPEITO

1. Notificar a vigilância epidemiológica e encaminhar a ficha de investigação epidemiológica.
2. Disponibilizar unidade de terapia intensiva para pacientes graves.
3. Utilizar as normas de precauções-padrão preconizadas no atendimento a caso suspeito.
4. Coletar inicialmente os seguintes exames:
 - Exames microbiológicos: Cultura de sangue, escarro, urina e exsudato purulento das lesões de pele antes da antibioticoterapia ou ainda qualquer espécime clínico disponível (líquor, derrames cavitários, tecidos).
 - Hemograma; glicemia; gasometria arterial;



uma doença
emergente

MELIOIDOSE

uréia; creatina; proteína C reativa quantitativa (PCR), VHS, transaminases, proteína total e fração, TAP e sumário de urina

- Sorologia (coletar 10 ml de soro, armazenar em geladeira e aguardar o recolhimento pelo Grupo de Pesquisa em Melioidose – GEM)
- Radiografia de tórax em PA e perfil. Tomografia de tórax/abdome é recomendável para pacientes graves.
- Teste rápido para melioidose, se disponível.

5. Terapia para melioidose

Fase aguda inicial

Melioidose não complicada

Ceftazidima 50 mg/kg (até 2 g) EV a cada 8h

Paciente em Unidade de Terapia Intensiva ou Bacteremia Persistente ou com

Neuromelioidose

Meropenem 25 mg/kg (até 1 g) EV a cada 8h

Duração do tratamento da fase aguda: 10 a 14 dias

Observação 1: Duração > 4 semanas de terapia endovenosa pode ser necessária em casos graves como choque séptico, abscessos em órgãos profundos, doença pulmonar extensa, osteomielite, artrite séptica ou melioidose neurológica.

Observação 2: Considerar a adição de Sulfametoxazol + Trimetoprima para pacientes com infecção grave que envolve o cérebro, próstata, osso e articulação. Nesta situação continuar por toda fase aguda. Utilizar a mesma dose indicada na fase de erradicação.

Observação 3: Troca para meropenem está indicada se a condição do paciente se agrava ao receber ceftazidima, como por exemplo, falência de órgãos, desenvolvimento de um novo foco de infecção durante o tratamento ou quando culturas sanguíneas repetidas permanecerem positivas. Dependendo da gravidade da infecção, a dose para pacientes > 3 meses deve ser < 40mg/kg (não exceder 2g/dose)

Fase oral de erradicação

Sulfametoxazol + Trimetoprima

Adulto >60kg - Comprimido com apresentação de 800/160mg: 2 comprimidos a cada 12h

Adulto 40-60kg - Comprimido com apresen-

tação de 400/80mg: 3 comprimidos a cada 12h

Adulto <40kg - Comprimido com apresentação de 800/160mg: 1 comprimido a cada 12h ou

comprimido com apresentação de 400/80mg: 02 comprimidos a cada 12h

Crianças - 40/8mg por kg dividido em 2 doses (dose máxima 1600/320mg a cada 12h)

OU

Amoxicilina + Ácido Clavulânico (Amoxicilina/Clavulanato)

Adulto >60kg Comprimido com apresentação de 500mg/125mg: 3 comprimidos a cada 8h

Adulto <60kg Comprimido com apresentação de 500mg/125mg: 2 comprimidos a cada 8h

Criança 20mg/5mg por kg a cada 8h (dose máxima de 1000mg/250mg a cada 8h)

Observação 1: A duração da terapia é no mínimo de 12 semanas (3 a 6 meses).

Observação 2: Sulfametoxazol + trimetoprima é a droga de primeira escolha se o microrganismo for suscetível e o paciente não tiver história documentada de alergia.

Observação 3: Considerar o uso de Ácido fólico durante a terapia prolongada com Trimetoprima.

Referências Bibliográficas:

1. Limmathurotsakul D, Kanoksil M, Wuthiekannun V, Kitphati R, deStavola B, et al. Activities of Daily Living Associated with Acquisition of Melioidosis in Northeast Thailand: A Matched Case-Control Study. PLoS Negl Trop Dis; 2013; 7(2): e2072.
2. D. Dance. Treatment and Prophylaxis of melioidosis. International Journal of Antimicrobial Agents. 2014; 43:310-18.
3. Wiersinga WJ, Currie BJ, Peacock SJ. Melioidosis. N Engl J Med. 2012; 367:1035-44.
4. Currie BJ, Ward L, Cheng AC. The Epidemiology and Clinical Spectrum of Melioidosis: 540 Cases- from the 20 Year Darwin Prospective Study. PLoS Negl Trop Dis. 2010; 4(11), e900.
5. Limmathurotsakul D, Wongsuvan G, Aanensen D, Ngamwilai S, Saiprom N, Rongkard P. Melioidosis caused by Burkholderia pseudomallei in drinking water, Thailand, 2012. Emerg Infect Dis. 2014; 20:265-8.

REALIZAÇÃO



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Educação

Núcleo de Epidemiologia – NUVEP/SESA
Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de
Iracema
CEP: 60060-440 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3101.5214/4860 - Fax: 3101.5197
e-mail: melioidose.ceara@gmail.com
www.saude.ce.gov.br

COLABORAÇÃO:



UNIFOR
ENSINANDO E APRENDENDO



TEPHINET
Training Programs in Epidemiology and
Public Health Interventions Network

Para maiores informações: www.melioidose.com.br