

Informe aos profissionais de saúde sobre as características da infecção por *Mycobacterium abscessus*, medidas para diagnóstico, tratamento e prevenção

Em decorrência das infecções causadas por micobactéria, diagnosticadas pelo Instituto Evandro Chagas (IEC), em pacientes atendidos em serviços de saúde no município de Belém (PA), as Secretarias de Saúde do município e do Estado e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, informam aos profissionais de saúde sobre as características dos casos, medidas para diagnóstico, prevenção e tratamento.

Informações gerais da investigação do surto

Os dados obtidos até o momento confirmam a ocorrência de infecções por micobactéria não tuberculosa de crescimento rápido (MCR) em pessoas submetidas a procedimentos invasivos, em sua maioria cirurgias por vídeo e mesoterapia. O número de infectados identificados, após busca ativa efetuada pela Comissão de Investigação do Surto, totaliza 310 pacientes. No primeiro trimestre de 2005, já foram registrados 27 pacientes com sinais clínicos e/ou laboratoriais de infecções por micobactéria.

Em 124 amostras biológicas, destes 310 pacientes, o Instituto Evandro Chagas identificou MCR ou a espécie *Mycobacterium abscessus*. As cepas isoladas estão armazenadas para possibilitar análises posteriores. O estudo descritivo dos casos está em andamento.

Diagnóstico

Micobactérias de crescimento rápido como o *M. fortuitum*, *M. chelonae* e *M. abscessus* podem ser recuperados do solo e de fontes naturais de água, sendo estas as espécies de MCR mais frequentes em infecções relacionadas à assistência a saúde.

Infecções por MCR podem envolver praticamente qualquer tecido, órgão ou sistema do corpo humano, sendo mais freqüente o acometimento de pele e subcutâneo. Diversas publicações relatam a ocorrência de surtos de infecções por MCR após cirurgias de revascularização miocárdica, diálise peritoneal, hemodiálise, mamoplastia para aumento de volume mamário e artroplastia. Não existem relatos de transmissão de pessoa a pessoa, sendo as fontes ambientais as mais importantes.

As infecções de pele e subcutâneo por MCR geralmente se apresentam como abscessos piogênicos, com reação inflamatória aguda e supuração, ou evoluem lentamente, com inflamação crônica, formação de nódulos, ulceração, formação de loja e fistulização. O curso da doença é variável, sendo mais freqüente a evolução crônica progressiva, com raros casos de cura espontânea. Não existem sinais patognomônicos. A suspeita normalmente é levantada devido à falta de resposta aos antibióticos mais utilizados no tratamento de patógenos habituais de pele.

O diagnóstico etiológico é feito pela análise microbiológica de tecidos e secreções demonstrando a presença do organismo. A pesquisa de BAAR em secreção e/ou material de biópsia pode fornecer pistas importantes para direcionar o diagnóstico.

Devido a diferenças na susceptibilidade aos antimicrobianos entre as espécies de MCR e mesmo entre cepas da mesma espécie, os testes de sensibilidade estão recomendados para todos os isolados de importância clínica, incluindo aqueles oriundos de pacientes apresentando recaída ou falência terapêutica.

Teste de sensibilidade

Embora os métodos sejam similares, o teste de sensibilidade para MCR utiliza drogas diversas daquelas testadas para outras micobactérias não tuberculosas. Um painel primário de teste deve incluir amicacina, doxiciclina, imipenem, fluorquinolonas, sulfonamida, cefoxitina e claritromicina. Não devem ser testados agentes tuberculostáticos para estes microrganismos.

O teste de sensibilidade mais indicado para MCR é a determinação da concentração inibitória mínima (MIC) por microdiluição, usando caldo de Mueller-Hinton suplementado por cátion. Entretanto, a diluição em ágar e o método de difusão por disco também têm sido usados.

Tratamento

O tratamento das infecções inclui, muitas vezes, uma abordagem cirúrgica associada ao uso de antibiótico. A antibioticoterapia empírica para *M. abscessus* deve ser realizada, preferencialmente, utilizando-se claritromicina. Deve-se associar um aminoglicosídeo nos casos de acometimento sistêmico ou de imunossupressão. O uso de aminoglicosídeos deve ser acompanhado do monitoramento da função renal do paciente. As quinolonas devem ser usadas apenas se os testes laboratoriais demonstrarem sensibilidade a estas drogas.

A remoção cirúrgica de corpos estranhos é imprescindível e o desbridamento de tecidos infectados é fundamental para o sucesso terapêutico. As infecções por MCR respondem de forma lenta, por isso devem ser tratados por um período de 4 a 6 meses.

Medidas preventivas

Para a prevenção de novos casos, recomenda-se:

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) de cada hospital devem recomendar o uso de anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes (MS, 1998).

As instituições de saúde, com a orientação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIHs), devem intensificar as medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas a procedimentos invasivos, com revisão de protocolos internos e programação de capacitações dos profissionais de saúde.

Os desinfetantes e esterilizantes devem ser usados de acordo com as orientações dos fabricantes, respeitando-se as concentrações indicadas, o período de estabilidade e o tempo de exposição do artigo médico ao produto.

Somente podem ser utilizados desinfetantes com registro na ANVISA/MS.

Para se considerar o tempo de reutilização da solução de glutaraldeído, devem ser realizadas a rigorosa limpeza e a secagem prévia do material a ser desinfetado/esterilizado.

Devem também ser observadas:

- Especificação do recipiente de imersão,
- Frequência de troca da solução após a ativação conforme seu período de estabilidade
- Realização de testes de controle de atividade da substância recomendadas pelo fabricante do produto.

A instituição da higienização das mãos com água e sabão anti-séptico ou a fricção com produto a base de álcool a 70%, antes e após o contato com o paciente, após a retirada das luvas, após o contato com superfícies inanimadas nas proximidades do paciente.

Nos casos de (vídeo) laparoscopia, artroscopia, cistoscopia, e outras “escopias” cirúrgicas, é recomendada a esterilização de todas as partes dos equipamentos consideradas críticas – (retirar o “são”) *artigos que penetram tecidos estéreis ou sistema vascular, Spaulding, 1968* - por método químico ou físico (imersão em ácido peracético ou glutaraldeído e utilização de autoclaves de plasma de peróxido ou a vapor).

Devem ser observadas as recomendações dos fabricantes dos equipamentos, quanto aos processos aos quais estes podem ser submetidos, devido às características tecnológicas individuais de cada produto, evitando incompatibilidade entre processos de desinfecção e esterilização e os instrumentais de vídeo.

Os profissionais devem estar atentos a estas recomendações a fim de obter os resultados desejados.

Revisão de todas as etapas do processo de desinfecção/esterilização para identificação e correção de possíveis falhas.

Acompanhar **adesão aos procedimentos normativos** internos para controlar e prevenir infecções e garantir sua efetividade.

É de responsabilidade da CCIH e da Comissão de Farmácia e Terapêutica a elaboração, implementação e o controle das normas que estabelecem os critérios de escolha dos produtos, dos métodos de esterilização e desinfecção de artigos e superfícies (Nogueira, 1997, ANVISA, 2000).

É importante a realização de **treinamentos** sobre o uso correto de agentes desinfetantes, para minimizar o risco de infecções cruzadas. **O uso incorreto dos desinfetantes pode resultar na seleção de linhagens bacterianas resistentes a este agente e sua conseqüente ineficácia.**

A identificação de infecção, pós procedimento cirúrgico, por MRC pode ser comunicada pelo endereço gipea@anvisa.gov.br

Como medida de investigação do surto atual, recomenda-se:

- Implementar vigilância pós-alta para infecções em pacientes cirúrgicos;
- Estimular os profissionais a solicitar pesquisa e cultura para micobactéria das secreções e biópsias realizadas.
- O material clínico deve ser coletado pelo médico assistente e encaminhado ao laboratório – IEC ou LACEN. O resultado será entregue ao solicitante ou ao paciente.
 - Coletar material de forma asséptica e em frascos estéreis. O volume de secreção deve ser superior a 02ml. Swab não é recomendado. O transporte das amostras deve ser sob refrigeração, protegidos da luz e em frascos vedados para que o conteúdo não derrame. Comunicar ao laboratório se a secreção foi coletada de lesão aberta ou fechada. Nos casos de biópsia a amostra deve estar em água destilada ou salina estéril.
- Notificar à autoridade sanitária local os casos de infecção suspeita ou confirmada por MCR em pacientes submetidos a procedimento invasivo.