

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL

INFORME TÉCNICO 001/2014

Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses - GDTVZ

VIGILÂNCIA DA FEBRE MACULOSA/*RICKETTSIOSE*

**Orientações gerais, medidas de prevenção e fluxo
de notificação e amostras.**

Rio de Janeiro, 23 de junho de 2014.

FEBRE MACULOSA: DEFINIÇÃO DE CASO, TRATAMENTO, COLETA DE AMOSTRAS, MEDIDAS PREVENTIVAS E FLUXOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Febre Maculosa (FM)

A Febre Maculosa/*Rickettsiose* é uma doença infecciosa, febril, aguda e de elevada letalidade. É um dos agravos de notificação compulsória imediata (até 24 horas), segundo a Portaria do GM/MS Nº 1.271 de 6 de junho de 2014. Caracteriza-se patologicamente por vasculite generalizada e é transmitida por artrópodes vetores como carrapatos e pulgas. Os carrapatos da espécie *Amblyomma cajennense* ("carrapato estrela") são os vetores mais reconhecidos no ciclo de transmissão da febre maculosa e diferente dos animais vertebrados como cães e gatos que raramente apresentam *rickettsemia*, **os carrapatos permanecem infectados por toda vida** (18 a 36 meses), funcionando também como reservatórios. Estudos demonstram que os equídeos, roedores como a capivara e marsupiais como o gambá apresentam papel importante no ciclo de transmissão da doença, funcionando como reservatórios ou amplificadores além de transportarem carrapatos possivelmente infectados.

A transmissão geralmente ocorre quando o carrapato infectado, pela bactéria *Rickettsia rickettsii*, permanece aderido ao hospedeiro por um período de 4 a 6 horas. Esse ectoparasito, que se alimenta de sangue, pode ser encontrado tanto em animais de grande porte (bois, cavalos, etc.), quanto em cães, aves domésticas, roedores e, especialmente, na capivara, o maior de todos os reservatórios naturais. O risco de ocorrência de casos humanos de febre maculosa nos períodos secos se deve à presença de formas jovens (larvas e ninfas) do carrapato.

Grande parte dos casos de **óbitos** pela febre maculosa ocorre **em função da demora na suspeição diagnóstica** e, portanto, no **início do tratamento** adequado, em geral, a primeira hipótese diagnóstica é dengue ou leptospirose. Logo, apontamos para a necessidade de alerta junto às unidades de saúde (assistência) para inclusão da doença na suspeição do diagnóstico clínico, juntamente com dengue e leptospirose nos casos que apresentem os sintomas comuns a esses agravos como febre, cefaleia e mialgia. Na febre maculosa é importante levantar o **histórico do paciente para contato com carrapatos ou animais supracitados**, pois muitas vezes a pessoa não percebe a presença do carrapato no corpo.

A letalidade pode ser explicada por ser uma doença pouco conhecida e por apresentar **sinais e sintomas característicos de vários outros agravos**, o que dificulta seu diagnóstico em tempo hábil e tratamento oportuno. Ela deve ser **incluída no diagnóstico diferencial de síndromes febris agudas** em especial as hemorrágicas e exantemáticas, particularmente entre os meses de **abril e outubro**, período considerado o mais seco do ano e de **maior risco para transmissão da doença**.

O período de **incubação é de 2 a 14 dias**, média de 7 dias. Os principais sinais e sintomas da doença são: início súbito com febre moderada a alta, cefaleia, calafrios, congestão de conjuntivas e mialgias intensas. Em torno do 3º ou 4º dias de doença é frequente o surgimento de um exantema maculopapular nas extremidades (punhos ou tornozelos) que se irradia para o corpo, invadindo sola dos pés e palmas das mãos. Pode também haver petéquias e sufusões hemorrágicas. Nos casos graves pode haver necrose, principalmente em extremidades, lóbulos das orelhas e bolsa escrotal, sinais neurológicos, além de hipotensão e falência de múltiplos órgãos. A letalidade em casos não tratados varia de 40 a 70%.

Definição de Caso

1) Caso Suspeito: indivíduo que apresente febre de início recente, cefaleia, mialgia e **história de picadas de carrapatos e/ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou tenha frequentado área de transmissão conhecida de febre maculosa nos últimos 15 (quinze) dias** e/ou apresente exantema maculopapular entre dois e cinco dias dos sintomas ou manifestações hemorrágicas.

Área de Transmissão:

Em nosso estado destacamos as regiões que fazem divisa com os estados de Minas Gerais e São Paulo, municípios das Regiões Norte, Noroeste, Médio Paraíba e áreas de serra e com fazendas, parques, áreas com presença de capivaras, cavalos e municípios da Região Serrana do estado. Abaixo a relação dos municípios que compõem as regiões citadas.

Região Norte: Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra.

Região Noroeste: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje de Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre e Sai e Cardoso Moreira.

Região do Médio Paraíba: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.

Região Serrana: Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano de Moraes.

Obs.: considerar a ausência de cefaleia em crianças e a não percepção de exantema em pacientes negros.

2) Caso Confirmado:

- **Confirmação laboratorial:** reação sorológica de imunofluorescência indireta (IFI) – em **duas amostras de soro pareadas (14 a 21 dias de intervalo)**, em que a segunda amostra apresente título 4 (quatro) vezes maior que a primeira amostra; isolamento e imunohistoquímica.
- **Confirmação clínico-epidemiológica:** quadro compatível em paciente procedente de área onde ocorreram casos confirmados previamente.

3) Caso Descartado: Suspeito com diagnóstico laboratorial negativo, desde que as amostras tenham sido coletadas e transportadas adequadamente, ou caso suspeito que tenha outra confirmação diagnóstica.

Procedimento diante de Caso Suspeito

Notificação imediata (até 24 horas) – todo caso suspeito deve ser notificado aos serviços de vigilância conforme Portaria GM/MS 1.271 de 6 de junho de 2014.

Tratamento

- A Doxiciclina é a droga de escolha para casos leves e moderados, de manejo ambulatorial. Nos casos mais severos que requerem internação e antibioticoterapia endovenosa o Cloranfenicol é a droga utilizada. **A Doxiciclina é contraindicada para gestantes e crianças menores de 9 anos.**

Obs.: O tratamento do caso suspeito deve ser **iniciado imediatamente** com antibioticoterapia de espectro de ação contra *rickettsias*, **mesmo sem confirmação laboratorial:**

ADULTOS

Doxiciclina - 100mg, de 12 em 12 horas, por VIA ORAL, devendo ser mantido por 3 dias após o término da febre.

Cloranfenicol - 500mg, de 6/6 horas, por VIA ORAL, devendo ser mantido por 3 dias após o término da febre.

Em casos graves: Cloranfenicol 1 g (1 grama) POR VIA ENDOVENOSA de 6/6 horas até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, dependendo das condições do paciente, mantendo o medicamento por mais de 7 dias, por VIA ORAL, na dose de 500mg de 6/6 horas.

CRIANÇAS

Cloranfenicol - 50 a 100mg/kg/dia (nunca ultrapassando 2 g por dia), de 6/6 horas, até a recuperação da consciência e melhora do quadro clínico geral, dependendo das condições do paciente, mantendo o medicamento por mais de 7 dias, por VIA ORAL, na dose de 500mg (adulto), de 6/6 horas.

Doxiciclina - Peso menor que 45kg: 4 mg/Kg/dia, divididas em 2 doses.

Obs.1: as gestantes deverão ser encaminhadas para unidade de referência.

Obs.2: Suporte ventilatório, hemodiálise e transfusão de hemoderivados, devem ser utilizados quando necessário, além das condutas que mantenham a estabilidade hemodinâmica do paciente.

Coleta de amostra biológica para diagnóstico laboratorial

1) **Para sorologia:** coleta na fase aguda da doença (ideal entre 7º ao 10º dia de doença), em tubo sem anticoagulante. Coletar 10 mL em tubo seco (sem anticoagulante). Após a retração do coágulo e centrifugação, condicionar 3 mL de soro em tubo de ensaio com tampa, conservar em geladeira entre 4 e 8°C. Encaminhar o material imediatamente após a coleta da segunda amostra (1ª amostra de soro coletada na fase aguda da doença e 2ª amostra de soro coletada de 14 a 21 dias após coleta da 1ª amostra) ao Laboratório Central Noel Nutels (Lacen/RJ), em caixa de isopor com gelo. O soro apenas poderá ser congelado após 24 horas da coleta.

Em casos graves ou óbito, encaminhar a amostra de sangue disponível, não aguardando a coleta da segunda amostra.

2) **Para reação em cadeia da polimerase (PCR):** qualquer amostra (sangue, coágulo de sangue, fragmento de tecido coletado por biópsia com a lesão vasculítica), nos primeiros 5 dias e impreterivelmente antes do início da antibioticoterapia específica. No caso de fragmentos de biópsia, acondicionar em frascos com meio BHI (*Brain-Heart-Infusion*, infusão cérebro-coração). Encaminhar em até 24 horas, em isopor com gelo, ou congelar em freezer a -70°C ou em nitrogênio líquido e, após o congelamento, enviar em isopor com gelo seco.

3) **Para isolamento:** coletar sangue total, no mínimo 1 mL, com anticoagulante, antes do início da antibioticoterapia ou até 48 horas de medicação. Manter a 4°C. Em caso de fragmento de lesão cutânea, colocá-lo em flaconete com tampa de rosca com 1 mL de meio de transporte BHI. Encaminhar o material imediatamente (no máximo 8 horas) ao laboratório de referência.

4) **Para imunohistoquímica:** necropsia idealmente antes de 24 horas após o óbito. Blocos de parafina com amostras coletadas, enviar junto com laudos de necropsia (achados macro e microscópicos) em embalagem que permita transporte sem danificá-los, à temperatura ambiente.

Medidas de Prevenção

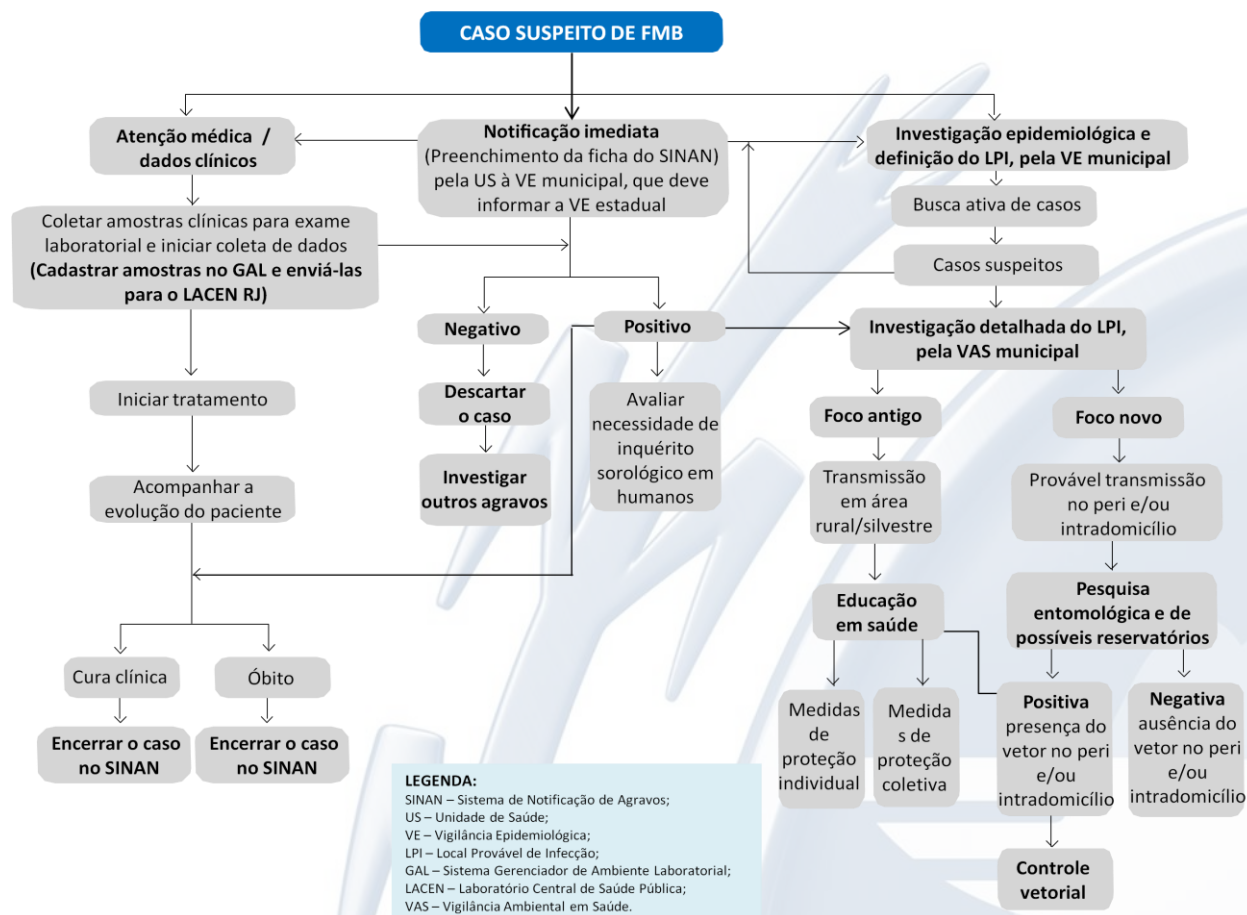
- Capacitar com frequência profissionais de saúde para diagnóstico diferencial com outras doenças;
- Informar à população sobre medidas de proteção contra o carrapato, iniciando especialmente em março de cada ano, pois antecede o período de maior população de carrapatos e alertar para as **medidas de proteção individual**, como: uso de roupas claras e com mangas e calças compridas; quando em áreas infestadas, examinar o corpo a cada 3 horas, verificando e retirando carrapatos; retirar os carrapatos com pinça de sobrancelha ou pinça cirúrgica; não esmagar os carrapatos com as unhas e, algumas **medidas de proteção coletiva**, como: sinalizar com placas as áreas de transmissão da doença e informar seus frequentadores sobre a presença de carrapatos e as formas de proteção; planejar a limpeza e capina de lotes não construídos e de áreas públicas com cobertura vegetal; criar equinos separados de bovinos.

Importante

As medidas de controle, desde a assistência aos pacientes até a vigilância epidemiológica e manejo ambiental, incluído medidas de controle do carrapato vetor devem ser contínuas e monitoradas.

Fluxo de Informações e Amostras no Estado do Rio de Janeiro

Figura 1. Fluxograma de investigação epidemiológica da febre maculosa brasileira (FMB), no estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Esquema elaborado por Giordano-Dias, com base no fluxograma SES/RJ, 2009 e BRASIL, 2010a.

Para mais informações contate a Área Técnica responsável.

Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses:

Rua México, 128 Sala 414 – Castelo – Rio de Janeiro/RJ

Tel.: (21) 2333.3878 / 2333.3881

E-mail: adtvz@saude.rj.gov.br

Contatos: Ângela Veltri, Carlos Henrique, Jane Maia, Maria Inês, Paula Almeida, Solange Nascimento.

Gerente: Cristina Giordano

Referências Bibliográficas:

Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro (SIERJ) – **Rickettsioses: breves considerações**. Dra. Elba Regina Sampaio de Lemos, Instituto Oswaldo Cruz/IOC. Boletim Informativo SIERJ, nº 38, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7 ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 8ª Ed. rev. Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília : FUNASA, 2002.