



SEMANÁRIO#2424 - 13/4/19

SOCIEDADE **SAÚDE**

**Ameaça** Candida auris atinge a corrente sanguínea e mata até 72% dos doentes. Hospitais estão preparados e à espera do fungo

## Nova infecção mortal deixa Portugal em alerta



O fungo Candida auris já provocou surtos em 23 países, incluindo Espanha, onde fez 35 mortos

FOTO GETTY IMAGES



**N**ão se sabe como apareceu mas veio para ficar. Este mês, as autoridades mundiais de saúde reforçaram o aviso para a disseminação do novo superorganismo *Candida auris*, que mata até 72% dos doentes em apenas um mês. Portugal está em alerta e vários casos suspeitos foram já analisados. Até agora, todos os resultados foram negativos, mas o fungo é esperado a qualquer momento.

O microrganismo é da família da comum *Candida*, que está por exemplo na origem de uma infeção ginecológica, mas é resistente à grande maioria das armas terapêuticas. Quando infeta tende a ganhar. Aproveitando a corrente sanguínea, mata entre 33% a 72% dos doentes em 30 dias e perto de 40% entre quem sobrevive até 90 dias. A infeção espalha-se pelo sangue e os tratamentos disponíveis falham. O fármaco mais utilizado (fluconazol) nada faz e quase metade das estirpes do fungo atualmente a circular também é já capaz de resistir a duas ou mais classes de antifúngicos.

A ameaça só não é devastadora porque o microrganismo continua limitado ao meio hospitalar. Isto é, só infeta quem entra numa unidade de saúde e só adoce quem está debilitado. Entre os grupos mais vulneráveis estão os idosos, por sofrerem de várias patologias. Mesmo no hospital há diferentes níveis de risco, com os cuidados intensivos ou o pós-operatório entre os mais perigosos. Mas não só, “o padrão de suscetibilidade aos antifúngicos difere consoante as espécies e com o centro hospitalar”, explica Cristina Veríssimo, responsável pelos laboratórios de Micologia e de Referência para Infeções Parasitárias e Fúngicas do Instituto Ricardo Jorge (INSA).

“Não se sabe de onde vem, sabe-se pouco sobre o nicho ecológico. É uma levedura [ou fungo] que persiste muito tempo no ambiente e tem vários fatores de patogenicidade que lhe conferem uma letalidade muito elevada”, afirma a investigadora. Os cientistas acreditam, contudo, que será possível reduzir o perigo. “A letalidade pode ser explicada pela fragilidade dos doentes e pelo diagnóstico tardio. A tradição tem sido procurar bactérias e vírus quando há uma infeção e não é o caso. Além disso, até há pouco tempo

as bases de dados mundiais não tinham o perfil genético da *Candida auris* e acabava identificada como outro agente e tratada com terapêutica ineficaz”, explica Cristina Veríssimo.

### **LABORATÓRIOS PREPARADOS PARA FAZER ANÁLISES**

Por cá, as autoridades de saúde garantem estar tudo preparado para detetar a *Candida auris*. “O INSA tem competência técnica, científica e procedimentos e há uma rede de outros laboratórios públicos preparados para esse efeito”, assegura a diretora nacional do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos da Direção-Geral da Saúde (DGS), Maria do Rosário Rodrigues. “Preocupados com os surtos na Europa, efetuámos um inquérito e mais de metade dos hospitais na rede afirmaram ter capacidade de resposta.”

Diretora do laboratório de referência para a deteção do fungo, Cristina Veríssimo confirma estar tudo a postos. “O INSA faz análises há muito tempo, o alerta do norte-americano Centro de Controlo e Prevenção de Doenças é de 2017, e os grandes hospitais têm as bases de dados atualizadas.” Mas há um senão: como no resto do mundo, o fungo não é de notificação obrigatória. Ou seja, a sua presença num hospital pode não chegar ao conhecimento da DGS. A responsável pela estratégia nacional desvaloriza: “Estamos a atualizar as normas que existem para especificar que as amostras suspeitas de *Candida auris* devem ser encaminhadas para o INSA.” A tarefa estará a cargo de mais de uma centena de entidades: “Portugal é um dos países com uma amostra mais alargada de laboratórios hospitalares a notificar os microrganismos. No total, são 120 públicos e privados.”

---

## **NUMERO**

---

# 12

pessoas morrem diariamente em Portugal por infeções associadas à prestação de cuidados de saúde. Os dados de 2017 indicam que entre 100 internados, 7 a 8 são alvo de um agente

infeccioso



“É estranho ainda não termos *Candida auris* quando já existe aqui ao lado. Mas nas várias amostras estudadas não foi identificada”, revela a responsável da DGS e especialista em medicina interna do IPO-Porto, Maria do Rosário Rodrigues. “O facto de estarmos na ponta da Europa tende a retardar a progressão epidemiológica e nem sempre se trata de uma questão de proximidade, nomeadamente em relação a Espanha onde já ocorreram surtos”, explica a bióloga e micologista do INSA, Cristina Veríssimo. “Recebemos amostras suspeitas enviadas por hospitais e fazemos a identificação de leveduras, de doentes que vêm ao INSA, e não a identificámos.”

Mas o fungo deverá chegar, pois “Portugal não está imune à globalização”, sublinha Maria do Rosário Rodrigues. Isolada pela primeira vez em 2009, a *Candida auris* espalhou-se pelo globo. Segundo o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, há registo de surtos em 23 países, incluindo no país vizinho. Em Espanha, num hospital de Valência, o agente infetou 372 pessoas, levando 85 a desenvolver a doença no sangue. Num mês, 35 morreram.

O uso indevido de pesticidas e antifúngicos surgiu como uma possível explicação para o aparecimento deste superfungo, como aconteceu com as bactérias e alguns vírus pela má utilização de antibióticos e antivirais, mas os cientistas não estão convencidos. Porquê? Porque a *Candida auris* apareceu de repente e em simultâneo em quatro localizações (América do Sul, América do Norte, sul de África e sul da Ásia) com perfis de resistência próprios. “Todos os organismos que têm características que lhes conferem resistência, resistem e multiplicam-se quando são pressionados”, garante a investigadora do INSA. “Nos antifúngicos ainda não temos um problema tão grave como nos antibióticos mas é esse o caminho.”

### **VÍRUS DA GRIPE TAMBÉM COM ‘SUPERPODERES’**

Até nos vírus, menos propensos a desenvolver resistências, desde logo, pela forma como se transmitem — basta um e não milhões, como nas bactérias, limitando muito as hipóteses de transmissão de resistências — já há problemas. “Nem sempre o tratamento mata 100% dos microrganismos. Assim, é feita uma seleção, artificial, dos mais fortes com o próprio

tratamento”, explica o infecciólogista do Egas Moniz, em Lisboa, Jaime Nina.

São exemplos de ‘superagentes’ infecciosos os vírus da sida VIH1 e VIH2, das hepatites B e C ou os influenza da gripe, o bacilo da tuberculose e o parasita da malária. Todos têm já estirpes capazes de vencer as armas criadas para os matar. Resumindo: o microrganismo que não tem terapêutica com antibióticos, antifúngicos, antivirais e antiparasitários não se torna mais forte porque é o tratamento intensivo que faz surgir a resistência. O homem está a pagar o preço pela vitória inicial contra as infeções e arrisca-se a perder a batalha.

---

## **OUTRAS AMEAÇAS RESISTENTES**

---

### **ESCHERICIA COLI**

Do trato digestivo, está na origem de meningites ou infeções urinárias

### **KLEBSIELLA PNEUMONIAE**

Rápida a criar surtos, provoca pneumonias, infeções da bexiga, renais ou septicemias

### **PSEUDOMONAS AERUGINOSA**

Causador da maioria das infeções no período pós-operatório

### **ACINETOBACTER**

A estirpe baumannii é perigosa e muito infecciosa no trato respiratório

### **STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE**

Responsável comum pela pneumonia

### **STAPHYLOCOCCUS AUREUS**

Causa infeções da pele

### **ENTEROCOCCUS**

Na flora intestinal, provoca doenças quando há falta de higiene

### **VÍRUS**

As estirpes VIH1 e VIH2 da sida e os agentes das hepatites B e C

### **BACILO DE KOCH**

Na origem da tuberculose, incluindo da forma extensivamente resistente



## **CUIDADOS**

- ▶ Lavar as mãos com frequência, sobretudo à entrada e saída de unidades de saúde e após contacto com alguém debilitado ou doente
- ▶ Cumprir rigorosamente as indicações médicas para a toma de medicamentos antimicrobianos. Isto é, respeitar o número de doses, o intervalo de toma e a duração do tratamento
- ▶ Prescrever somente quando há evidência de eficácia do fármaco e assegurar a assepsia na prestação de cuidados, especialmente em internamento e cirurgias

## **TRÊS PERGUNTAS A**

---

Lúcio Meneses de Almeida

Presidente da Associação Portuguesa de Infeção Hospitalar

---

### **O que faz uma associação que se dedica à infeção nos cuidados de saúde?**

A associação foi constituída em 1998 na sequência do primeiro congresso de infeção hospitalar, nos hospitais de Coimbra, como uma forma de consciencialização para a importância de nos organizarmos em torno deste problema de saúde pública. A infeção hospitalar é hoje um problema na qualidade dos cuidados em todos os níveis, incluindo no domicílio, e a nossa missão é a advocacia do controlo da infeção, por exemplo organizando jornadas técnicas nesta área.

### **Portugal tem dos piores resultados na Europa. O que tem falhado?**

A nossa medicina está entre as melhores do mundo, mas há várias determinantes que contribuem para os resultados menos bons: a sobrelotação e a subdotação dos serviços e o comportamento dos próprios profissionais, que se inebriaram com a antibioterapia, achando que as infeções deixariam de ser um problema. Ainda assim, constata-se que nos últimos cinco a seis anos tem existido um esforço muito grande. Temos uma rede de unidades qualificadas para o controlo da infeção, uma vigilância epidemiológica mais apertada, maior consciencialização dos profissionais e a

população mais atenta, pressionando menos os médicos para a prescrição de antibióticos.

**Mas vão existir sempre microrganismos resistentes. É inevitável.**

É uma luta constante entre o homem e o microbioma, que é o conjunto de bactérias, fungos e vírus. Temos uma população envelhecida, logo com mais suscetibilidade, e que, sendo idosa, tem outras patologias e pior prognóstico. Assim, torna-se necessário o recurso a terapêuticas invasivas com as complicações que lhes estão associadas, como as infeções. Por outro lado, num sistema de saúde que funciona as pessoas têm mais acesso, mais prestação de cuidados, portanto, mais oportunidades de exposição aos riscos. Nunca será possível reduzir a infeção a zero. É tempo de retomar hábitos que se perderam com o certo laxismo que decorreu da própria evolução tecnológica antimicrobiana. Lavar as mãos e promover a utilização de soluções antissépticas são medidas importantes.

