

Cólera

- A cólera é uma infecção intestinal aguda e grave, que se caracteriza pela aparição de evacuações diarreicas abundantes, com vômito e desidratação.
- Esta patologia é causada pelo *Vibrio cholerae* que produz uma enterotoxina que causa a diarreia.

- A cólera tem duas formas de apresentação:

Forma grave: com diarreia aquosa profusa (por vezes do tipo “água de arroz”), com ou sem vômitos, dor abdominal e câibras. Este quadro, quando não tratado de imediato, pode evoluir para desidratação rápida, acidose, colapso circulatório, com choque hipovolémico, insuficiência renal e morte em 6 horas.

Forma leve ou oligossintomático: que se apresenta com diarreia leve, como acontece na maioria dos casos (> 80%).

- O vibrião por si só não causa a cólera. O que provoca a sintomatologia é a sua endotoxina: uma enterotoxina.
- A enterotoxina possui:

Fração A- invasiva

Fração B- aderente

Estas enterotoxinas sobrevivem em temperaturas baixas, porém, não são resistentes ao calor $T^{\circ} > 55^{\circ}\text{C}$ e ao hipoclorito

Modo de Transmissão e Transmissibilidade

A cólera é transmitida através da ingestão de água ou alimentos contaminados por fezes ou vômitos de um doente ou portador assintomático que parece representar o reservatório principal do *Vibrio cholerae*.. A variedade El Tor persiste na água por muito tempo, aumentando a probabilidade de manter a sua transmissão e circulação.

- O período de transmissibilidade dura enquanto houver eliminação do vibrião nas fezes, que ocorre geralmente até poucos dias após a cura. Porém, é cada vez mais frequente a existência de portadores sãos durante alguns meses ou até anos. Estes são particularmente importantes, por serem os responsáveis pela introdução da doença em áreas livres da epidemia.

Período de incubação: varia de algumas horas a 5 dias, sendo na maioria dos casos de 2 a 3 dias.

- **Os factores implicados na disseminação da cólera são:**

Condições deficientes de saneamento básico, nomeadamente, a inexistência de sistemas eficazes de drenagem de excretas e esgotos, e insuficiência da rede de abastecimento de água;

Organização urbana deficitária que culmina com superpovoamentos;

Centros de aglomeração de pessoas (quartéis, cadeias, infantários, etc.);

Falta de higiene pessoal e colectiva;

- Ingestão de alimentos contaminados (pescados, hortícolas mal cozidas);
- Baixo nível educacional da população;
- Educação para cuidados primários de saúde para as comunidades deficitária, sobretudo nos aspectos inerentes a prevenção da doença.

Quadro clínico

Leve

Início insidioso

Diarreia aquosa de pequena intensidade

Ligeiro mal-estar geral, náuseas

Desidratação leve (veja Tabela 2)

Moderada

Início insidioso

Diarreia de intensidade moderada

Náuseas, vômitos um pouco mais intensos

Desidratação moderada

Severa

Início súbito

Aumento dos ruídos abdominais

Diarreia líquida e profusa (1-2L/h), tipo “água de arroz”, de odor a peixe

Náuseas e vômitos volumosos

Cãibras musculares

Desidratação grave

Exames auxiliares e Diagnóstico

Para o diagnóstico da cólera, existem 2 critérios, que são:

Clínico-epidemiológico, com base na **definição de caso** e nas características epidemiológicas capazes de definir o diagnóstico, sem a investigação laboratorial.

- Chama-se **definição de caso de cólera** a qualquer paciente com idade ≥ 2 anos, com início súbito de diarreia aguda, dor abdominal, fezes líquidas profusas (tipo água de arroz e por vezes com cheiro a peixe), ocasionalmente com vômitos e desidratação rápida. A morte pode ocorrer em poucas horas.

Laboratorial, consiste no isolamento do vibrião a partir da cultura da amostra de fezes, colhida através de zaragatoa rectal dum doente com diarreia.

Diagnóstico de Certeza

- Embora a informação clínica seja suficiente para a suspeita de cólera, deve-se fazer o diagnóstico de certeza para se prosseguir com a notificação obrigatória. Se encontrarmos um doente com um quadro clínico sugestivo de cólera, mesmo que não seja um caso típico, deve-se:

Colher amostras de fezes, segundo as normas de recolha, e enviar 5 amostras (zaragatoas) ao Laboratório Provincial para pesquisa do *Vibrio cholerae*;

Igualmente e em simultâneo, enviar 5 amostras de fezes (zaragatoas) para um laboratório de uma província vizinha, para confirmação;

Efectuar zaragatoas por pessoal treinado (enfermeiros ou técnicos de laboratório), para evitar que estas sejam enviadas secas e “sem amostra”, induzindo ao aparecimento de falsos negativos, o que retarda a confirmação da epidemia;

Enviar as amostras junto com a Ficha de Laboratório;

Conservar as zaragatoas e transportá-las em meio Carry-Blair.

Diagnóstico diferencial

- O diagnóstico diferencial deve ser feito com todas outras causas de diarreia aguda (com ou sem vômitos) que foram descritas na aula de gastroenterite aguda.

Manejo

1ª Etapa: Avaliar a desidratação.

2ª Etapa: Reidratar o doente e monitorizar frequentemente.
Reavaliar a desidratação.

3ª Etapa: Manter a hidratação. Substituir as perdas de líquidos que vão continuando até que a diarreia pare.

4ª Etapa: Alimentar o doente.

- **Nota:** Em Moçambique, a administração de antibióticos para os casos de cólera é expressamente proibida pelo MISAU.
- Caso haja outras patologias associadas, o clínico deverá avaliar cada caso e decidir sobre a necessidade de utilização de antibióticos.

Avaliação da desidratação.

- **Sinais**____ Grupo A 0-5% Grupo B 6-9% Grupo C $> \geq 10\%$
- **Pulsos**____ Cheio Fino Ausente
- **Turgor da pele**__ Desaparece rapidamente Desaparece lentamente
Desaparece Muito lentamente

- Grupo A

Tratamento em ambulatório com sais de reidratação oral (SRO) e líquidos disponíveis: água de coco, sucos de frutas, água de arroz ou soro caseiro.

Manter a alimentação habitual.

Se os sintomas piorarem, encaminhar o doente ao centro de saúde mais próximo.

- **Grupo B**

Pelo menos dois sinais ou mais de desidratação (sede+, mucosas secas+, olhos encovados, etc).

Pesar o paciente e mantê-lo por 3h no hospital, em uso de SRO, 1.000ml/h adultos.

Se tiver boa tolerância aos líquidos, alta com SRO e alimentação.

Se tiver má tolerância: manter SRO, iniciar solução salina 0.9% via endovenosa, reavaliar após 2h.

Boa tolerância: alta, SRO e alimentação.

Agravamento clínico, internar para tratamento.

- Grupo C

Líquidos endovenosos imediatamente: Ringer lactato, ou se não estiver disponível soro fisiológico.

Dar 100ml/Kg EV em 3 horas:

Primeiros 30min- 30ml/Kg tão rápido quanto possível

As 2 horas e meia seguintes: 70ml/Kg

Monitorizar os sinais vitais

Não estáveis: continuar com líquidos EV

Estáveis: dar SRO- 5ml/Kg/h + líquidos EV

Sem sinais de desidratação, continuar com a Etapa 3

- Etapa 3: Substituição das Perdas
- SRO: tanto quanto quiser

- Etapa 4: Alimentar o Doente

Recomeçar a alimentação com uma dieta normal quando os vômitos tiverem parado. No entanto, uma dieta líquida ou semi-sólida é recomendável logo no início do tratamento (papas de farinha de milho, papas de arroz, peixe triturado).

Prognóstico

Mortalidade sem tratamento – 20-80%

Com tratamento de reidratação -1%. Daí que a taxa de letalidade aceitável por cólera deve ser $< 1\%$.

A morte resulta das complicações

As complicações da cólera são consequência da perda de água e electrólitos, nomeadamente:

- Hipovolemia e hipotensão: distúrbios da consciência, IRA (insuficiência renal aguda), colapso vascular.

Hipocalcemia: íleo paralítico, fraqueza muscular, câibras musculares, arritmias cardíacas.

Hipoglicemia: astenias, convulsões, coma.

Hiponatrenia: edema cerebral, com confusão mental, agitação, convulsões, coma.

Medidas básicas de higiene individual e comunitária:

Lavagem das mãos depois de defecar ou de manipular fezes de criança, antes de comer e antes de preparar alimentos.

Usar correctamente as sanitas ou latrinas (puxar autoclismo e manter as latrinas fechadas).

Lavar com água clorada os alimentos que serão comidos crus ou mal passados, e cozer bem as carnes e mariscos.

Clorar a água ou beber água fervida.

Tapar os poços, não defecar na proximidade de fontes de água (poços, rios, fontenárias, etc).

Controlar o armazenamento de água e alimentos.

Evitar o consumo de alimentos crus sobretudo em períodos de epidemia.

Saneamento do Meio

Em coordenação com os sectores e autoridades envolvidos, realizar esforços no sentido de:

Garantir abastecimento de água (em quantidade e qualidade) à população.

Segregação e drenagem adequada de excretas e esgotos.

Segregação adequada do lixo e higiene comunitária.

Segurança alimentar: realizar actividades de prevenção nos mercados e outras instituições manipuladoras de alimentos (estabelecimentos hoteleiros, restaurantes, bares, barracas, etc.).

Pessoal que entra em contacto com o doente

Mãos: corte obrigatório de unhas; lavagem das mãos à chegada ao centro seguida de imersão em bacia contendo solução de hipoclorito de cálcio.

Bata esterilizada de manga comprida, fechada na retaguarda e gola chegada ao pescoço; nunca sair de enfermaria sem despir a bata que usou; lavar e desinfectar sempre as mãos antes de vestir a bata.

Luvas (de observação para os técnicos e de limpeza para os serventes): Todo o pessoal deve trabalhar com luvas; adoptar as técnicas correctas para as calçar; passar por água e depois por soluto de hipoclorito de cálcio ou sódio antes de as tirar; colocá-las em local não infectado e não-infectante.

Avental (técnicos, pessoal de apoio e serventuário).

Botas para todos (técnico, pessoal de apoio e serventuário).

Imersão obrigatória das mãos em solução de hipoclorito de cálcio/sódio sempre e depois de entrar em contacto com o doente: Na falta de hipoclorito de cálcio fazê-lo com outro anti-séptico potente (Cetrimida e clorexidina solução, U-6, Clorexidina solução).

Interdição de alimentar-se ou de beber no recinto do CTC/CTDD. O pessoal de saúde alimenta-se na área neutra do CTC/CTDD.

Sempre que possível, tomar banho à saída do centro ou US.

- **CTC/CTDD é um local organizado para receber e isolar doentes com cólera.**