



Doenças de Notificação Compulsória

Em 2011, no período de Janeiro à Novembro, o NHE/HB/FAMERP fez o total de 2.708 notificações de DNC conforme tabela 3.

Tabela 3 - Números de DNC notificadas e investigadas no NHE/HB/FAMERP, de janeiro a novembro de 2011*.

Doenças	Nº de notificações
AIDS_adulto	148
AIDS_criança	2
Acidente de Trabalho grave	157
Acidente por Material Biológico	186
Acidente por animais peçonhentos	161
Atendimento Anti-rábico	2
Botulismo	1
Coqueluche	27
Dengue	655
Difteria	-
Doença de Chagas Aguda	2
Doença de Creutzfeldt-Jacob	2
Doenças Exantemáticas	5
Esquistossomose	2
Eventos Adversos Pós-vacina	4
Febre Amarela	4
Febre Maculosa	17
Febre Tifóide	5
Gestante HIV+	2
Hanseníase	6
Hantavirose	9
Hepatite Virais	108
Influenza H1N1	20
Intoxicações Exógenas	476
Leishmaniose Tegumentar Americana	1
Leishmaniose Visceral	28
Leptospirose	42
Malária	31
Meningite	436
Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite	3
Sífilis Congênita	20
Tétano Acidental	2
Tuberculose	104
Violência doméstica, sexual e/ou outras	40
Total	2708

Fonte: SINAN-FIE-NHE/HB/FAMERP - 2011* - Dados provisórios

Os dados da tabela 3 são referentes a casos suspeitos NOTIFICADOS e INVESTIGADOS pelo NHE/HB/FAMERP e não necessariamente confirmados.

Nas próximas edições serão abordados temas de interesse dos diversos problemas de saúde da população que acontecem no Hospital de Base.

Contamos com a colaboração dos profissionais interessados em indicar temas e/ou participar da elaboração dos próximos boletins epidemiológicos do NHE/HB/FAMERP. - E-mail: nhe@hospitaldebase.com.br



Segundo a Portaria Nº 104, DE 25 de janeiro de 2011 do Ministério da Saúde

Lista de Doenças de Notificação Compulsória

01. Acidentes por animais peçonhentos;
02. Atendimento antirrábico;
03. Botulismo;
04. Carbúnculo ou Antraz;
05. Cólera;
06. Coqueluche;
07. Dengue;
08. Difteria;
09. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;
11. Doenças de Chagas Aguda;
12. Esquistossomose;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;
14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;
16. Febre Maculosa;
17. Febre Tifóide;
18. Hanseníase;
19. Hantavirose;
20. Hepatites Virais;
21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
22. Influenza humana por novo subtipo;
23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
24. Leishmaniose Tegumentar Americana;
25. Leishmaniose Visceral;
26. Leptospirose;
27. Malária;
28. Paralisia Flácida Aguda;
29. Peste;
30. Poliomielite;
31. Raiva Humana;
32. Rubéola;
33. Sarampo;
34. Sífilis Adquirida;
35. Sífilis Congênita;
36. Sífilis em Gestante;
37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
41. Tétano;
42. Tuberculose;
43. Tularemia;
44. Varíola; e
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

Profissional de Saúde do HB, NOTIFIQUE ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia a ocorrência dos agravos relacionados acima.

Ramal 1380 (Segunda à Sexta-Feira das 8 às 17hs)

À noite, finais de semana e feriados notificar nos telefones de plantão da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde disponíveis com a telefonista do HB.



Expediente

Diretor Executivo

Dr. Horácio José Ramalho

Diretor Administrativo

Dr. Jorge Fares

Coordenação Técnica:

Dra. Maria Lúcia Machado Salomão

Dr. Moacir Fernandes de Godoy

Equipe de elaboração deste Boletim:

Enfº Aprim. André Luiz Gonçalves

Dra. Fátima Grisi Kuyumjian

Enf. Gislaine Buzzini Fernandes

Dr. Irineu Luis Maia

Dra. Márcia Wakai Catelan

Dra. Maria Lúcia Machado Salomão

Equipe de investigação do NHE/HB/2011:

Enf. Ana Maria Celestino Gonçalves

Enf. Aprim. André Luiz Gonçalves

Aux. Enf. Ariane Machado de Oliveira Torres

Aux. Enf. Fabiana Cristina Moraes

Dra. Fátima Grisi Kuyumjian

Enf. Gislaine Buzzini Fernandes

Enf. Lais Dellamagna Maria

Dra. Márcia Wakai Catellan

Dra. Maria Lúcia Machado Salomão

Projeto Gráfico: **Intermídia** Publicações

Patrocínio: Ministério da Saúde



Apoio: Secretaria de Estado da Saúde
Tiragem: 1.500 exemplares

NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA NHE / HB / FAMERP



Leptospirose

Boletim Epidemiológico
NHE/HB/FAMERP
Nº6 – Ano 4 - 2011



Este é o sexto Boletim Epidemiológico do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital de Base e Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (NHE/HB/FAMERP). Trata-se de uma publicação periódica voltada aos profissionais de saúde, especialmente médicos, enfermeiros e acadêmicos da área que atuam na interface com os principais problemas de saúde da população. Seu objetivo é divulgar e analisar os indicadores de saúde disponíveis na instituição, em especial os relacionados às principais doenças de Notificação Compulsória (DNC) investigadas pelo NHE/HB/FAMERP. Neste exemplar apresentam-se os dados de leptospirose notificados no HB nos últimos 10 anos.

LEPTOSPIROSE

Introdução

Doença infecciosa febril de início abrupto, de distribuição universal. No Brasil ocorre o ano todo, porém os casos aumentam no verão, devido às chuvas e enchentes comuns nesta época do ano. Sua ocorrência está relacionada às precárias condições de infra-estrutura sanitária e alta infestação de roedores infectados. Algumas profissões apresentam maior possibilidade de contaminação, como trabalhadores em contato com esgotos e lixo, agricultores, veterinários, tratadores de animais, pescadores, dentre outros. Contudo, no Brasil, a maior parte dos casos ainda ocorre entre pessoas que habitam ou trabalham em locais sem infra-estrutura sanitária adequada e exposta à urina de roedores. Portanto, trata-se de zoonose de grande importância social e econômica por apresentar elevada incidência em determinadas áreas, alto custo hospitalar e perdas de dias de trabalho, bem como por sua letalidade, que pode chegar a até 40% dos casos com formas graves (MS, 2011).

Agente etiológico

Bactéria helicoidal (espiroqueta) aeróbica obrigatória do gênero *Leptospira*, do qual se conhecem atualmente sete espécies patogênicas, sendo a mais importante a *L. interrogans*. A unidade taxonômica básica é o sorovar (sorotipo). Dentre os fatores ligados ao agente etiológico, que favorecem a persistência dos focos de leptospirose, destaca-se o elevado grau de variação antigênica, à capacidade de sobrevivência no meio ambiente (até 180 dias) e à ampla variedade de animais susceptíveis que podem hospedar o microrganismo.

Clínica

A leptospirose humana apresenta manifestações clínicas muito variáveis, com diferentes graus de severidade. A infecção pode ser assintomática, sub-clínica ou ocasionar quadros clínicos leves, moderados ou graves com alta letalidade. Apresenta-se sob duas formas clínicas:

- Forma anictérica (leve, moderada ou grave)
- Responsável por 90% a 95% dos casos, mas devido às dificuldades inerentes a suspeita e à confirmação, não ultrapassa 45% nos registros oficiais.
- Forma icterica (moderada ou grave)

Em alguns pacientes a “fase septicêmica” evolui como uma doença icterica grave com disfunção renal, fenômenos hemorrágicos, alterações hemodinâmicas, cardíacas, pulmonares e de consciência (Doença de Weil), com taxas de letalidade entre 10% e 40%.

Definição de Caso Suspeito (SES/SP): Toda pessoa que apresente febre, cefaléia e mialgia associado à pelo menos um dos seguintes critérios:

Critérios 1 – antecedentes epidemiológicos sugestivos nos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas (exposição a situações de risco, vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial ou residir/trabalhar em áreas de risco);

Critério 2 - pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: sufusão conjuntival, sinais de insuficiência renal aguda, icterícia e/ou aumento de bilirrubinas e fenômeno hemorrágico.

Período de incubação: 1 a 30 dias, sendo, em média, de 5 a 14 dias.

Modo de transmissão: é a exposição direta ou indireta à urina de animais infectados.

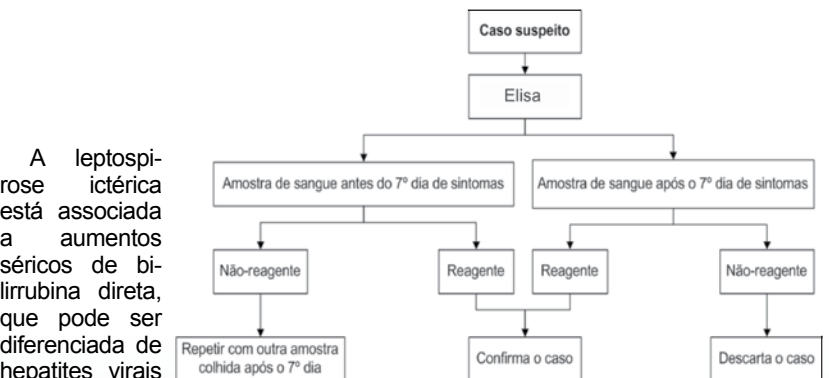
Diagnóstico laboratorial

Coletar sangue para Teste de ELISA (IgM) a partir do 7º dia de início dos sintomas; se o estado geral do paciente não for satisfatório, coletar sangue no momento da admissão e verificar a relação entre a data da coleta e a data do início dos sintomas; se o resultado da sorologia for negativo e esta foi colhida antes do 7º dia, colher nova amostra.

Exames específicos

Exames complementares de maior complexidade ou não disponibilizados no Instituto Adolfo Lutz – São José do Rio Preto podem ser solicitados ao Laboratório de Referência Nacional (LACEN) para Leptospirose (ex.: imunohistoquímica, técnica baseada em PCR e tipagem de isolados clínicos).

Fluxograma



A leptospirose icterica está associada a aumentos séricos de bilirrubina direta, que pode ser diferenciada de hepatites virais pelos achados de aumento nos níveis de CPK, leve a moderada elevação de aminotransaminases (<400U/L) e leucocitose com desvio a esquerda. O achado de hipocalcemia moderada a grave é útil para diferenciar a leptospirose de outras doenças infecciosas que causam insuficiência renal aguda.

Tratamento

Antibioticoterapia específica (droga de escolha é a penicilina G cristalina) e medidas terapêuticas de suporte iniciadas precocemente com o objetivo de evitar complicações e óbito, principalmente as complicações renais: reposição hidroeletrólítica, assistência cardiorespiratória, transfusões de sangue e derivados, nutrição enteral ou parenteral, proteção gástrica, acompanhamento da função renal, etc.

CASOS LEVES: seguimento ambulatorial, com orientação de repouso, hidratação adequada, coleta de hemograma e exames para diagnóstico específico, retornos diários para avaliação da evolução dos sintomas e retorno imediato em caso de piora (alterações urinárias, surgimento de icterícia, hemorragias e sintomas respiratórios). Na suspeita, iniciar antibioticoterapia específica.

CASOS MODERADOS E GRAVES: manejo respiratório, sistêmico, renal, cardíaco, das hemorragias e antibioticoterapia (Guia de Leptospirose - www.cve.saude.sp.gov.br/html/cve_lepto.html).

Medidas de Controle

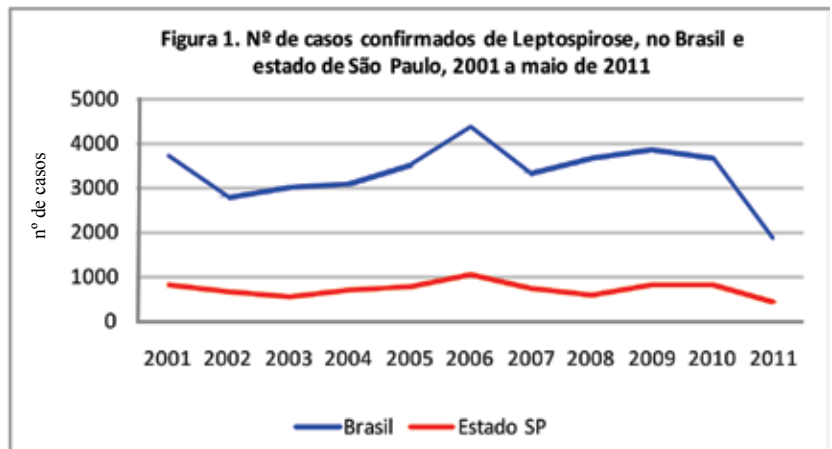
As medidas de prevenção e controle deverão ser direcionadas à melhoria das condições de proteção dos trabalhadores expostos, à melhoria das condições higiênico-sanitárias da população e às medidas corretivas no meio ambiente, com o objetivo de reduzir a capacidade desses fatores como suporte para a instalação e proliferação de roedores. Para o controle dos reservatórios, destaca-se a eliminação direta dos roedores, tratamento de animais domésticos doentes, cuidado com a higiene e eliminação de excretas de animais e desinfecção dos locais onde permanecem os animais. Educar a população, por meio de informações sobre formas de transmissão, manifestações clínicas e medidas de prevenção e o atendimento do paciente suspeito. Quanto aos profissionais expostos aos riscos de transmissão da leptospirose, deve-se orientar sobre as medidas de proteção individual (uso de equipamentos de proteção individual como luvas e botas) para reduzir assim o risco de exposição de ferimentos às águas/lama de enchentes ou outra situação de risco.

Imunização

No Brasil não existe uma vacina disponível para uso humano contra a leptospirose. (MS, 2010)

Epidemiologia

No Brasil, de 2001 a maio de 2011, foram confirmados 36.870 casos de leptospirose, com média anual de 3687 casos, sendo o pico em 2006 com 4369 casos, como mostra a figura 1, comparando números de casos no Brasil e estado de São Paulo. No mesmo período, foram informados 3891 óbitos, com média de 389 óbitos/ano.



Fonte: SINAN-WIN e SINANET-Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP

Nos últimos dez anos conforme tabela 1, o total das notificações realizadas no Município de São José do Rio Preto, mostra que aproximadamente 80% são notificadas e investigadas pelo NHE/HB.

Tabela 1 - Série histórica de casos de leptospirose notificados e confirmados pelas unidades de saúde de São José do Rio Preto e pelo Hospital de Base e percentual das notificações realizadas pelo NHE/HB em relação ao total das notificações no período de 2001 a 2011*

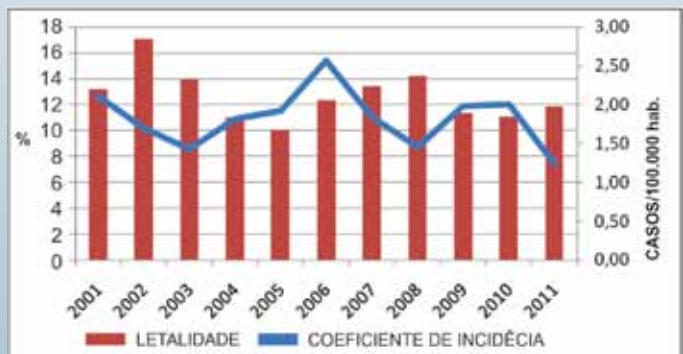
Ano	Nº total de notificações		Hospital de Base		% HB/Outras
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	
2001	18	4	15	3	83,33
2002	27	5	24	4	88,88
2003	34	7	31	6	91,17
2004	24	3	21	3	87,5
2005	29	2	21	2	72,4
2006	27	5	21	4	77,77
2007	30	3	26	2	86,66
2008	22	2	17	2	77,2
2009	27	4	25	4	92,6
2010	55	3	27	1	49,1
2011	51	8	31	5	60,8

Fonte: SINAN W - SINANET - FIE

*22 agosto 2011

No estado de São Paulo a letalidade média no período 2001 a junho de 2011 foi aproximadamente 12% e o coeficiente médio de incidência 1,82/100.000 hab, conforme figura 2.

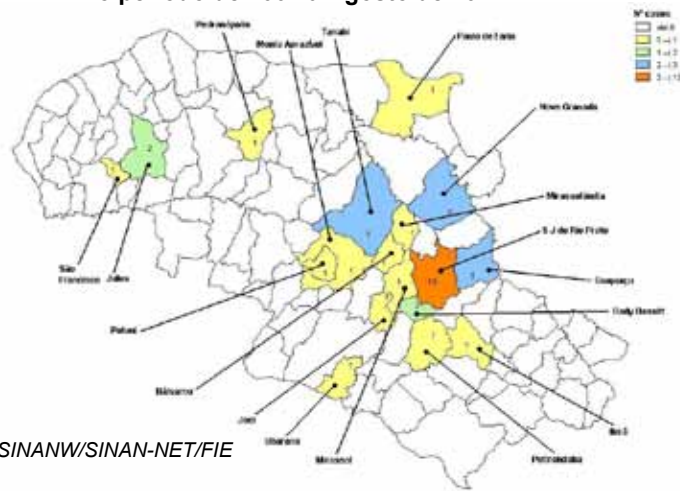
Figura 2 - Incidência e Letalidade dos casos notificados confirmados para Leptospirose no estado de SP de 2001 a 2011*



Fonte: Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP

Dos casos confirmados de 2001 a agosto de 2011 atendidos no HB, somente dois casos foram de outra unidade federativa, os demais como mostra o mapa geográfico dos municípios da abrangência do Departamento Regional de Saúde de S.J.R.P - DRSXV(figura 3) aponta nº de casos confirmados por municípios de residência.

Figura 3 – Casos confirmados por município de residência, notificados pelo NHE/HB no período de 2001 a Agosto de 2011.



Fonte: SINANW/SINAN-NET/FIE

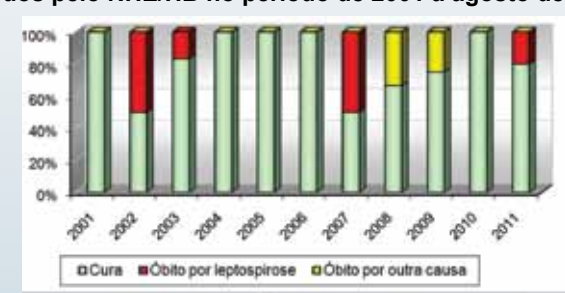
A tabela 2 mostra no período de 2007 a agosto de 2011 o nº e proporção de casos de leptospirose que devido a gravidade necessitou de internação hospitalar.

Tabela 2 - Hospitalização dos casos confirmados de leptospirose, notificados no NHE/HB - período de 2007 a agosto de 2011

Ano	Casos Confirmados	Hospitalizados	%
2007	2	2	100
2008	2	2	100
2009	4	3	75
2010	1	1	100
2011*	5	4	80

Fonte: SINAN-NET/FIE - *dados provisórios

Figura 4 - Evolução dos casos confirmados de leptospirose, notificados pelo NHE/HB no período de 2001 a agosto de 2011*.



Fonte: SINAN-NET/FIE *dados provisórios

Importante:

A suspeita de caso de LEPTOSPIROSE deve ser notificada ao NHE/HB ramal - 1380, a Leptospirose é doença de notificação compulsória (Portaria Nº. 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011 do Gabinete do Ministro da Saúde).

Há formas leves que são confundidas com dengue ou outras viroses e formas moderadas e graves que cursam com ou sem icterícia, podendo acometer vários sistemas, apresentando, dependendo do grau de acometimento, as seguintes repercussões: insuficiência renal aguda, acometimento pulmonar desde tosse até hemorragia alveolar (maior causa de óbito em nosso meio), manifestações gastrointestinais, meningite e outras manifestações neurológicas, miocardite, entre outras.

A confirmação do diagnóstico de Leptospirose é fundamental para a adoção de medidas que reduzem o risco de ocorrência de uma epidemia em área urbana.