

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DA COQUELUCHE

Situação Epidemiológica da Coqueluche na Bahia

COQUELUCHE

Doença infecciosa aguda, transmissível, de distribuição universal que compromete traquéia e brônquios e se caracteriza por paroxismos de tosse seca.

CASO SUSPEITO

1. Todo indivíduo, independente da idade ou estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística - súbita, incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única inspiração; guincho inspiratório, vômitos pós-tosse.

2. Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais e com história de contato com caso confirmado como coqueluche pelo critério clínico.

Expediente

Elaboração GT-DTP

Merylin Pessanha Lino
Raimunda M^a C. dos Santos

Colaboração

Cátia Regina Freitas
Apoio Adm. - GT/DTP
Adriana Dourado Carvalho
Coordenadora COVEDI/DIVEP
Maria de Fátima S.Guirra
Coordenadora CEI/DIVEP

Na Bahia, em 2012, até a semana epidemiológica 19 (12/05/2012) foram notificados 375 casos de coqueluche, sendo que 48 (12,8%) casos foram confirmados, 222 (59,2%) descartados e 105 (28%) encontram-se no Sistema de Informação pendentes, sem diagnóstico final. Do total dos casos confirmados de coqueluche, 20 deles (42%) foram confirmados pelo critério cultura (padrão ouro), 15 (31%) pelo clínico e 13 (27%) pelo clínico-epidemiológico (Figura 1). O maior percentual de casos ocorreu em menores de 1 ano (28 casos - 58,3%), seguido das faixas etárias de 1 a 4 anos (6 casos - 12,5%) e 20 a 29 anos (5 casos - 10,4%). Em relação ao risco de adoecer por coqueluche, observou-se que as maiores incidências continuam ocorrendo em menores de 1 ano (13,6/ 100 mil habitantes) e de 1 a 4 anos (0,7 casos/100 mil hab.), e nas faixas etárias de adolescentes e adultos, apesar das baixas incidências, persiste a ocorrência de casos (Tabela 1). A faixa etária variou de 22 dias a 33 anos e o sexo feminino foi mais acometido pela doença (27 casos - 56,3%) do que o sexo masculino (21 casos - 43,8%). Vale ressaltar que apesar do elevado risco de adoecer em menores de 1 ano, não houve registro de óbito por coqueluche.

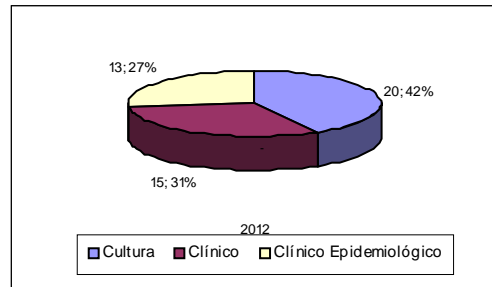


Figura 1- Percentual dos casos de coqueluche segundo critério de diagnóstico, BAHIA, 2012*

Fonte: Banco Paralelo/ Sinan net/ Covedi/ Divep/Sesab
* Dados até SE 19 sujeitos à revisão

Faixa etária	2011				2012			
	Casos	%	Incid. Óbito	Let.	Casos	%	Incid. Óbito	Let.
< 1 ano	31	56,4	15,1	-	28	58,3	13,6	-
1 a 4 anos	3	5,5	0,4	-	6	12,5	0,7	-
5 a 9 anos	1	1,8	0,1	-	2	4,2	0,2	-
10 a 14 anos	3	5,5	0,2	-	3	6,3	0,2	-
15 a 19 anos	3	30	0,2	-	1	2,1	0,1	-
20 a 29 anos	9	50	0,3	-	5	10,4	0,2	-
30 a 39 anos	2	11,8	0,1	-	3	6,3	0,1	-
40 a 49 anos	1	9,1	0,1	-	-	-	-	-
50 a 59 anos	-	-	-	-	-	-	-	-
60 e +	2	4	0,1	-	-	-	-	-
Total	55	100	0,4	-	48	100	0,3	-

Tabela 1 - Casos, Incidência*, óbito e Letalidade** de Coqueluche por Faixa Etária, BAHIA, 2012***

Fonte: Banco Paralelo/ Sinan net/ Covedi/ Divep/Sesab

* por 100 mil habitantes

** %

*** Dados até SE 19 sujeitos à revisão

Ao analisar a situação vacinal dos casos confirmados de coqueluche, em 2012, 10 casos (20,8%) nunca tinham sido vacinados, 9 casos (18,8%) receberam 1 dose; 3 casos (6,3%), 2 doses; 1 caso (2,1%), 3 doses; 3 casos (6,3%), 3 doses e 1 reforço; 4 casos (8,3%), 3 doses e 2 reforços e 18 (37,5%) estão ignorados/em branco no sistema de informação (Figura 2). Dos 10 casos com situação vacinal de nunca vacinados, 6 (60%) deles representam casos de coqueluche ocorridos em crianças com idade que não se recomenda a vacinação (menores de 2 meses). Nota-se uma diminuição no número de casos em adolescentes e adultos de 2011 (20 casos) para 2012 (12 casos), um aumento de casos em crianças com idade que não se recomenda a vacinação em 2011 (2 casos) e em 2012 (6 casos), assim como em crianças com esquema de vacinação completo.

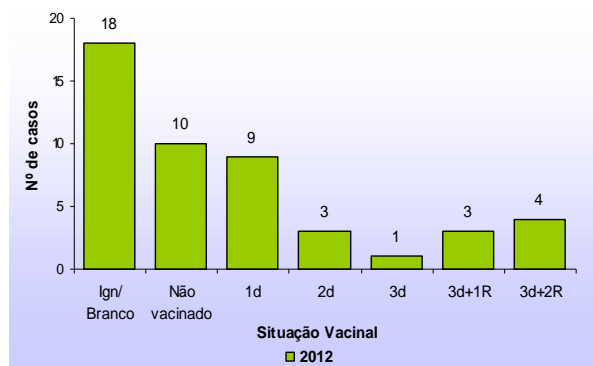


Figura 2- Situação Vacinal dos casos confirmados de coqueluche, BAHIA, 2012*

Fonte: Banco Paralelo/ Sinan net/ Covedi/ Divep/Sesab

O aumento de casos em adolescentes e adultos, potenciais fontes de contágio, contribui significativamente para a ocorrência de casos em lactentes, em crianças inadequadamente vacinados e na persistência da cadeia epidemiológica da doença. A cobertura vacinal da tetravalente, vacina disponibilizada nos serviços públicos de saúde para menores de 1 ano, em 2011 foi 97,42% e, em 2012, o valor referente ao mês de janeiro a março foi de 105,27%.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

1. Vacinar as crianças menores de 1 ano com a vacina tetravalente (DTP+Hib) com 3 doses aos 2, 4, 6 meses e 1º reforço (com DTP) aos 15 meses e 2º reforço (com DTP) entre os 4 e 6 anos, mesmo as crianças com história anterior da doença.

2. Os comunicantes íntimos, familiares, escolares, albergados menores de 7 anos não vacinados, com esquema de vacinação incompleto ou desconhecido deverão ter a sua situação vacinal avaliada para iniciar ou completar esquema.

3. Pesquisa de novos casos: Coletar material para diagnóstico laboratorial dos comunicantes com tosse.

4. Quimioprofilaxia dos comunicantes próximos menores de 1 ano, independente da situação vacinal e de apresentar quadro de tosse (recém-nascidos devem ser avaliados pelo médico; pessoas próximas menores de 7 anos não vacinados, com situação vacinal desconhecida ou com menos de 4 doses da vacina DTP ou DTPa; adultos que trabalham com menores de 1 ano ou imunodeprimidos e afastados das atividades junto às crianças por 5 dias; comunicantes adultos que residam com menores de 1 ano, comunicantes íntimos que são pacientes imunodeprimidos.

5. Ações de educação em saúde: informação à população quanto a importância da vacinação como medida de prevenção e controle da coqueluche e procurar o serviço de saúde se forem observados sinais que caracterizem caso suspeito.

Até o período analisado (SE 19), os casos ocorreram em 11 regionais, sendo que 14 casos (29,2%) foram procedentes da 1ª Diretoria Regional de Saúde (Dires) – Salvador, seguida pelas seguintes regionais: Feira de Santana (12 casos; 25%); Vitória da Conquista (11 casos; 23%); Jacobina (3 casos; 6,3%), Barreiras (2 casos; 4,2%); Serrinha (1 caso; 2,1%), Ilhéus (1 caso; 2,1%), Itaberaba (1 caso; 2,1%); Mundo Novo (1 caso; 2,1%); Ituberá (1 caso; 2,1%) e Jequié (1 caso; 2,1%) (Figura 3).

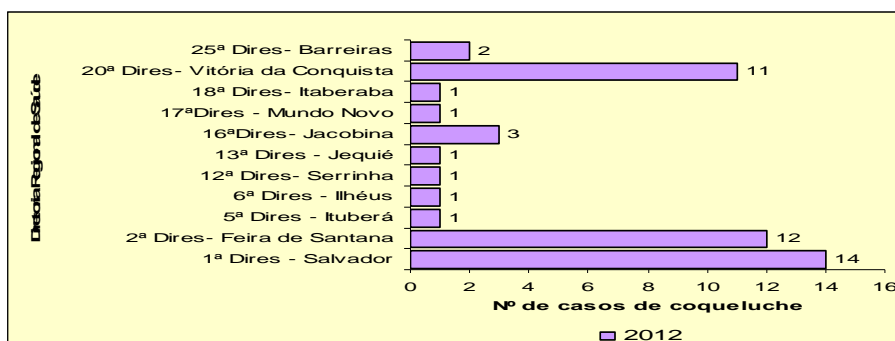


Figura 3 - Número de casos de Coqueluche por Dires, BAHIA, 2012*

Fonte: Banco Paralelo/ Sinan net/ Covedi/ Divep

* Dados até SE 19 sujeitos à revisão

A partir do mês de janeiro de 2012, houve um aumento de notificação de coqueluche pelo município de Vitória da Conquista e confirmação de 3 casos por laboratório. Após visita técnica e revisão das fichas de investigação por técnicos da diretoria de vigilância epidemiológica da SESAB, juntamente com equipe da Viep do município, registrou-se 149 casos notificados, desses 10 (6,7%) casos foram confirmados, 112 casos (75%) descartados, 16 (10,7%) permanecem pendentes e 11 (7,4%) foram excluídos por não atenderem ao critério de suspeição do referido agravo. Dos 10 casos confirmados em Vitória da Conquista, 6 (60%) casos pertenciam ao Distrito de Inhobim, sendo que 02 (33,3%) deles foram confirmados por laboratório, 01 (16,7%) pelo clínico e 03 (50%) pelo vínculo epidemiológico. Quimioprofilaxia, bloqueio vacinal, inquérito vacinal, elaboração de informes foram as ações e medidas de controle realizadas pela vigilância local para conter o surto.

No município de Feira de Santana, observa-se uma diminuição do número de casos de coqueluche no mesmo período analisado (2011= 32 casos e 2012= 12 casos) e no município de Salvador um aumento de casos (2011= 7 casos e 2012= 11 casos). Percebe-se ao longo do tempo um aumento do número de notificação e confirmação de casos de coqueluche em vários países do mundo, apesar das altas coberturas vacinais. A reemergência da coqueluche pode estar associada a diminuição gradual da imunidade induzida pela vacinação, mudanças genéticas do patógeno e melhoria do sistema de vigilância que leva ao aumento da capacidade de detecção de casos.

Diagnóstico laboratorial da coqueluche

De alto grau de especificidade, a cultura para isolamento da *Bordetella pertussis* da secreção de nasofaringe é considerada o "padrão ouro".

1. Coletar o material, preferencialmente na fase aguda da doença, antes de usar antibiótico e no máximo até **3 dias** de uso (Figura 5).
2. Utilizar swab com haste flexível, estéril e alginatado.
3. Retirar o tubo com meio de transporte específico (Regan-Lowe) da geladeira e deixar atingir a temperatura ambiente.
4. Introduzir o *swab* em uma narina até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe e esperar 10 segundos.
5. Retirar o *swab* da nasofaringe, estriar na superfície inclinada do tubo (+ 2 cm), a seguir introduzir na base do meio de transporte. O *swab* deve permanecer dentro do respectivo tubo (Figura 6).

Em condições ideais a probabilidade de crescimento da bactéria é em torno de 60 a 70%. Pode comprometer o crescimento bacteriano:

- uso de antimicrobianos;
- coleta após a fase aguda da doença (4ª semana);
- uso de *swab* com algodão não alginatado, pois este material interfere no crescimento da *B. pertussis*.

Transporte do material coletado

1. Encaminhar o material ao laboratório imediatamente após a coleta, em temperatura ambiente acompanhado da ficha de encaminhamento de amostra, cópia da ficha de investigação epidemiológica, especificando se o material é do caso ou do comunicante.
2. Na impossibilidade de envio imediato após a coleta, incubar em estufa bacteriológica com umidade à temperatura de 35°C a 37°C por no máximo 48 horas. Encaminhar em seguida, à temperatura ambiente.

Importante

- Os tubos com meio de transporte não utilizados no mesmo dia devem ser mantidos na geladeira até o momento da coleta;
- Verificar, sempre, o prazo de validade do meio de transporte antes de utilizá-lo;
- Manter contato com o laboratório para estabelecer rotina quanto ao envio (horário e local de entrega), fluxo de resultados, avaliação da qualidade das amostras enviadas (SVS/MS, 2009).

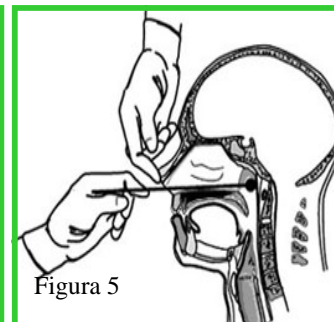


Figura 5

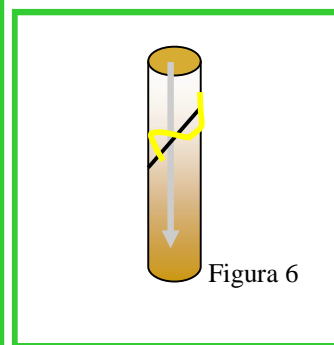


Figura 6