

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, incontável, 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 C. Pessanha Lino
M^a do Carmo Campos Lima

Colaboração

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

Na Bahia, em 2012, até a semana epidemiológica (SE) 36 (08/09/2012) foram notificados 590 casos de coqueluche, sendo que 73 (12,4%) casos foram confirmados, 422 (71,5%) descartados e 95 (16,1%) encontram-se pendentes no Sistema de Informação, sem diagnóstico final. Do total dos casos confirmados de coqueluche, 29 (40,0%) foram confirmados pelo critério clínico, 22 deles (30,0%) por cultura (padrão ouro), 20 (27,0%) pelo clínico-epidemiológico e 2 (3,0%) pelo PCR (**Figura 1**). O maior percentual de casos ocorreu em menores de 1 ano (37 casos - 50,7%), seguido das faixas etárias de 1 a 4 anos (16 casos - 21,9%) e 10 a 14 anos (6 casos - 8,2%). Em relação ao risco de adoecer por coqueluche, observou-se que as maiores incidências continuam ocorrendo em menores de 1 ano (18,0/ 100 mil habitantes) e de 1 a 4 anos (1,9 casos/100 mil hab.). Nas faixas etárias de adolescentes e adultos, apesar das baixas incidências, persiste a ocorrência de casos (**Tabela 1**). A faixa etária variou de 17 dias a 33 anos e o sexo feminino foi mais acometido pela doença (41 casos - 56,2%). Houve registro de 3 óbitos, sendo que em apenas 1 observou-se o isolamento da *Bordetella pertussis* verificada em um recém-nascido procedente do município de Queimadas. Os demais encontram-se em processo de reinvestigação para esclarecimento da causa-morte.

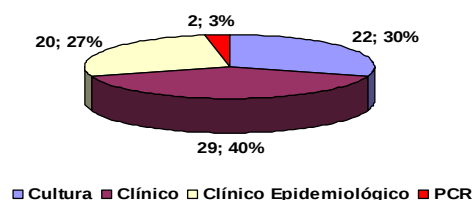


Figura 1 – Número e percentual dos casos de coqueluche segundo critério de diagnóstico, BAHIA, 2012*

Fonte: Banco Paralelo/ SINAN NET/ COVEDI/ DIVEP/SESAB

* Dados até SE 36 sujeitos à revisão

Em relação ao período do ano de maior ocorrência de casos confirmados, observou-se que no ano de 2011 destacaram-se os meses de setembro e outubro e no ano de 2012, até a SE 36, houve uma maior concentração dos casos nos meses de janeiro e fevereiro (**Figura 2**). Esses dados corroboram com a sazonalidade esperada, na primavera e verão, em populações aglomeradas, condição que facilita a transmissão da doença (Brasil, 2009).

Ao analisar a situação vacinal dos casos confirmados de coqueluche, em 2012, 23 casos (31,5%) estavam vacinados adequadamente; 28 casos (38,4%) apresentavam situação vacinal ignorada/em branco e 16 casos (21,9%) nunca haviam sido vacinados (**Figura 3**). Ressalta-se que, dos casos não vacinados, 10 (62,5%) deles ocorreram em crianças com idade em que ainda não se recomenda a vacinação (menores de 2 meses). Sabe-se que outros fatores importantes para a disseminação da coqueluche são as baixas coberturas vacinais e homogeneidade da vacina tetravalente. Analisando a série histórica entre os anos de 2002 a 2012, verificou-se uma baixa homogeneidade no período referido, o que pode ter contribuído para a reemergência da doença no Estado da Bahia (**Figura 4**).

Faixa etária	2011					2012				
	Casos	%	Incid.	Óbito	Let.	Casos	%	Incid.	Óbito	Let.
< 1 ano	50	55	24,4	-	-	37	50,7	18,0	1	2,7
1 a 4 anos	10	11,0	1,2	-	-	16	21,9	1,9	-	-
5 a 9 anos	2	2,2	0,2	-	-	4	5,5	0,3	-	-
10 a 14 anos	5	5,5	0,4	-	-	6	8,2	0,4	-	-
15 a 19 anos	2	2,2	0,2	-	-	2	2,7	0,2	-	-
20 a 29 anos	11	12,1	0,4	-	-	5	6,8	0,2	-	-
30 a 39 anos	4	4,4	0,2	-	-	3	4,1	0,1	-	-
40 a 49 anos	3	3,3	0,2	-	-	-	-	-	-	-
50 a 59 anos	1	1,1	0,1	-	-	-	-	-	-	-
60 e +	2	2	0,1	-	-	-	-	-	-	-
Ignorado	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	91	100	0,6	-	-	73	100	0,5	1	1,4

Tabela 1 – Casos, Incidência*, óbito e Letalidade** de Coqueluche por Faixa Etária, BAHIA, 2011*** - 2012***

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

* por 100 mil habitantes

** %

*** Dados até a SE 36

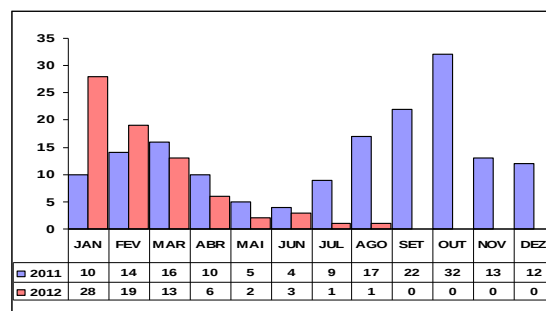


Figura 2 - Ocorrência dos casos de Coqueluche por Mês de início dos sintomas, Jan a Dez, 2011- 2012*

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

* Dados até SE 36 sujeitos à revisão

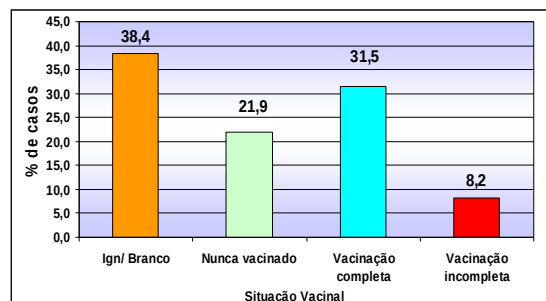


Figura 3- Situação Vacinal dos casos confirmados de coqueluche, BAHIA, 2012*

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

* Dados até SE 36 sujeitos à revisão

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

1. Vacinar as crianças menores de 1 ano com a vacina pentavalente (DTP+Hib+ Hepatite b) 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 trabalhem 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 e 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/sintomas que caracterizam caso suspeito.

Comparando os anos de 2011 e 2012, observa-se uma diminuição no número de casos em menores de 1 ano e adultos a partir de 20 anos e aumento de casos entre 1 e 14 anos, o que nesta última situação, pode estar associada a não aplicação do 2º reforço. Os achados de coqueluche na Bahia em 2012, reforçam a literatura em relação à perda da imunidade vacinal após cerca de 10 anos da última dose, o que aumenta a suscetibilidade do adolescente e do adulto à infecção e os tornam potenciais fontes de contágio, contribuindo significativamente com a persistência da cadeia epidemiológica da doença (STEFFEN; STEFFEN, 2010).

Até o período analisado, foram observados casos de coqueluche em 18 municípios (Figura 5), sendo Queimadas (12,2/100 mil hab.), Jaborandi (11,5/100 mil hab.), Brejolândia (8,9/100 mil hab.) e Capim Grosso (7,4/100 mil hab.) aqueles com maiores coeficientes de incidência. Vale destacar também, que os municípios de Feira de Santana e Vitória da Conquista, apresentaram coeficientes de incidência altos (4,7/ 100 mil hab. e 3,5/ 100 mil hab, respectivamente), sendo maiores inclusive do que a incidência do estado da Bahia (0,5/ 100 mil hab.).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: MS, cad. 3, 2009.

STEFFEN, P. V.; SETEFFEN, M. S. Coqueluche em paciente adulto: relato de caso e revisão da literatura. Rev. da AMRIGS, v. 54, n. 1, p.59-62, 2010.

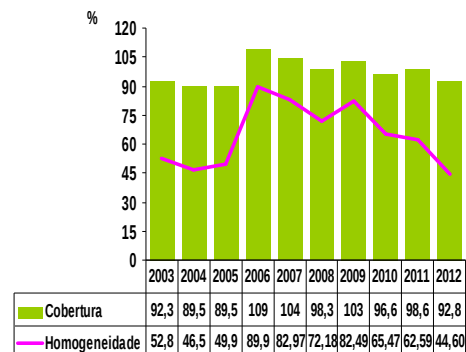


Figura 4 - Distribuição da Cobertura Vacinal e da Homogeneidade da Tetravalente em menores de 1 ano, Bahia, 2002 - 2012*

Fonte: Banco Paralelo/ Sinan net/ Covedi/ Divep
* Dados até o mês de Agosto

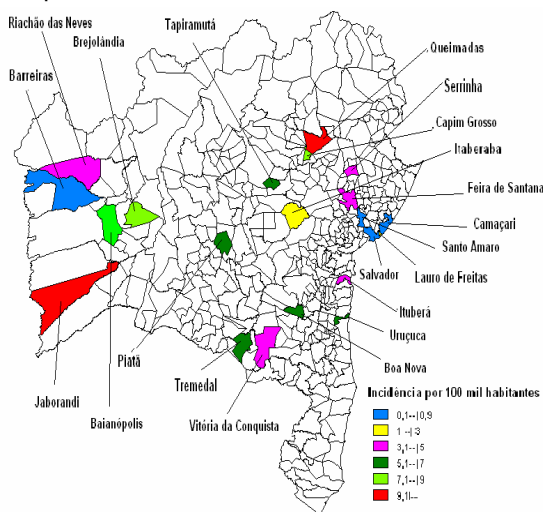


Figura 5 - Incidência da Coqueluche por município de residência, Bahia, 2012*

Fonte: Banco Paralelo/ SINAN NET/ COVEDI/ DIVEP

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 6).
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, após assoar o nariz, 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 7).

Em condições ideais a probabilidade de crescimento da bactéria é em torno de 60 a 70%. Podem 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, 2010).

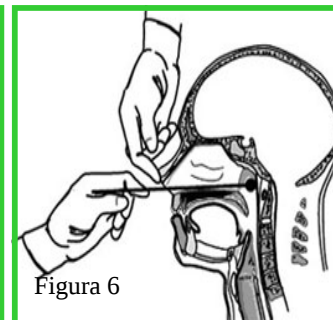


Figura 6

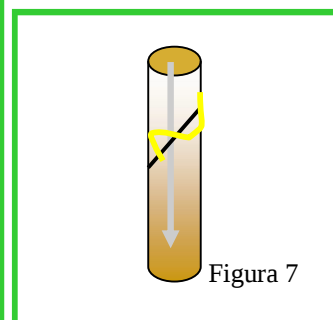


Figura 7