

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Situação Epidemiológica da Difteria na Bahia

DIFTERIA

Doença toxiinfecciosa, aguda, transmissível, imunoprevenível, que frequentemente se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, nariz, e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. É caracterizada por placas pseudomembranosas típicas e permanece endêmica em países em desenvolvimento com baixas coberturas vacinais.

MODO DE TRANSMISSÃO

Ocorre, principalmente, pelo contato direto de pessoa doente com pessoa suscetível, através de gotículas de secreção da orofaringe eliminadas por tosse, espirro ou ao falar. Também pode ocorrer, com baixa frequência, a transmissão por objetos recentemente contaminados com secreções do doente, pois o agente dificilmente sobrevive fora do hospedeiro.

CASO SUSPEITO

Qualquer indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresenta quadro agudo de infecção de orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (palato e úvula) ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc.), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

PESQUISA DE PORTADORES

1. Coletar material de naso e orofaringe e de lesão de pele dos comunicantes, a fim de realizara cultura de *C. diphtheriae*.
2. Para comunicantes que trabalhem com a manipulação de alimentos ou com contato com grande número de crianças ou pessoas imunodeprimidas, recomenda-se o afastamento do local de trabalho até que se tenha o resultado da cultura. Se positiva, o afastamento será de 48h após a administração do antibiótico.

Expediente

Elaboração GT-DTP

Maria do Carmo Campos Lima

Colaboração

Cátia Regina Freitas

Apoio Adm. – GT/DTP

Sílvia Letícia Cerqueira de Jesus
Estagiária – GT/DTP

Adriana Dourado Carvalho

Referência Técnica
COVEDI/DIVEP

Maria de Fátima S. Guirra

Coordenadora CEI/COVEDI/DIVEP



Analisando a série histórica da difteria na Bahia, entre os anos de 2000 a 2012 (**Figura 1**), segundo dados do SINAN, nota-se que houve um declínio de casos confirmados de difteria, sendo verificado ausência de confirmação desde o ano de 2007.

No que se refere ao ano de 2012, até a semana epidemiológica 52 (29/12/2012), foram notificados 04 casos, os quais foram descartados, sendo 03 pela cultura sem prova de toxigenicidade e 01 pelo critério clínico, já que não foi possível o resultado laboratorial devido ao envio inadequado da amostra para o Lacen.

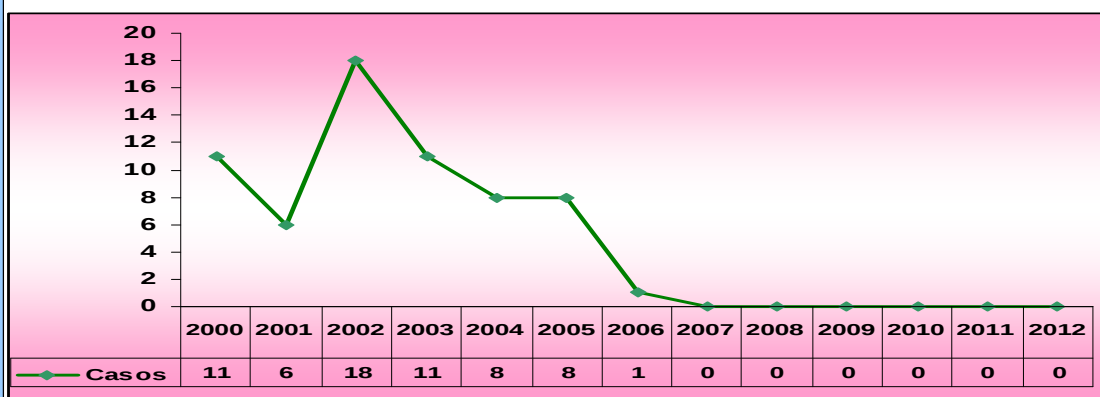


Figura 1 – Série histórica dos casos confirmados de difteria, Bahia, 2000 - 2012*.

Fonte: GT DTP/SINAN-NET/DIVEP/SESAB * Dados até SE 52 sujeitos a revisão

No que se refere à faixa etária (**Figura 2**), dos 63 casos confirmados, aproximadamente 40,0% (25) ocorreram em indivíduos entre 01 e 04 anos. Em seguida, destacam-se as faixas etárias de 10 a 19 anos (23,8% - 15 casos) e 05 a 09 anos (22,2% - 14 casos), respectivamente. Em relação ao local de ocorrência, no período analisado (2000 a 2012), foram observados casos de difteria em 14 municípios (**Figura 3**), sendo que as maiores incidências foram verificadas em Milagres (9,09/100 mil hab.), Sítio do Quinto (8,38/100 mil hab.), Teolândia (7,08/100 mil hab.) e Pilão Arcado (6,02/100 mil hab.).

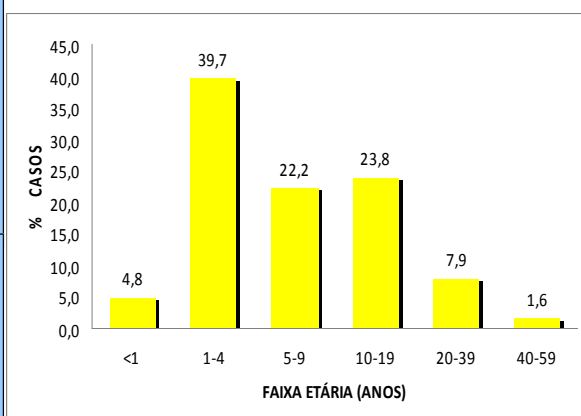


Figura 2 – Distribuição percentual da faixa etária dos casos confirmados de difteria, Bahia, 2000 - 2012*.

Fonte: GT DTP/SINAN-NET/DIVEP/SESAB

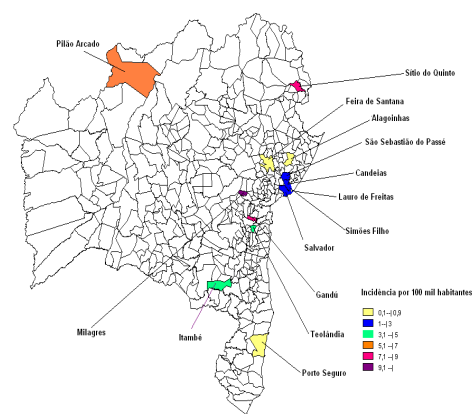


Figura 3 – Incidência de difteria por município de residência, Bahia, 2000 - 2012*.

Fonte: GT DTP/SINAN-NET/DIVEP/SESAB

* Dados preliminares sujeitos a revisão

No que se refere a situação vacinal (**Figura 4**), embora 66,7% dos menores de 01 ano estejam com a situação vacinal dentro do esperado, 16,0% das crianças entre 01 e 04 nunca haviam sido vacinadas e 24,0% estavam com a situação vacinal ignorada. Ao analisar a faixa etária a partir de 05 anos, observou-se que nenhum dos casos estava com o calendário vacinal completo e que a situação vacinal estava ignorada ou em branco em mais de 50,0% dos casos nas faixas etárias de 10 a 19 e 20 a 39 anos.

afastamento será de 48h após a administração do antibiótico. Comunicantes com cultura positiva deverão ser reexaminados para confirmar se são portadores ou casos, e devem ser tratados ou receber a quimioprofilaxia, conforme parecer médico.

4. Comunicantes não vacinados, inadequadamente vacinados ou com estado vacinal desconhecido, nos quais não se realizou coleta, recomenda-se a quimioprofilaxia.

5. Todos os comunicantes suscetíveis deverão ser mantidos em observação durante 07 dias, contados a partir da exposição.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

IMUNIZAÇÃO

1. **Vacinação de rotina:** vacinar as crianças menores de 1 ano com a vacina pentavalente (DTP+Hib+ Hepatite b) com 3 doses aos 2, 4, 6 meses e com a DTP (1º reforço, aos 15 meses e 2º reforço, entre os 4 e 6 anos, mesmo com história anterior da doença).

2. **Suspeita de casos isolados ou surtos:** proceder a vacinação seletiva da população suscetível.

3. **Vacinação do caso pós-alta:** como a difteria nem sempre confere imunidade e a reincidência não é incomum, os doentes serão considerados suscetíveis e, portanto, deverão ser vacinados logo após a alta, conforme orientação do Guia de Vigilância da Coqueluche (MS).

4. **Vacinação dos comunicantes e portadores:** comunicantes domiciliares e escolares, adultos ou crianças, não vacinados, inadequadamente vacinados ou com situação vacinal desconhecida deverão receber 01 dose da vacina DTP (crianças menores de 7 anos) ou de dT (7 anos ou mais e adultos). Comunicantes, adultos ou crianças, que receberam há mais de 5 anos o esquema básico ou dose de reforço, deverá ser administrada 1 dose de reforço de DTP ou de dT.

QUIMIOPROFILAXIA

1. A quimioprofilaxia é recomendada para os portadores e para os comunicantes para os quais não foi possível realizar a coleta.

2. O soro antidifiterico (SAD) não deve ser administrado com finalidade profilática, sendo indicado apenas para o tratamento dos casos.

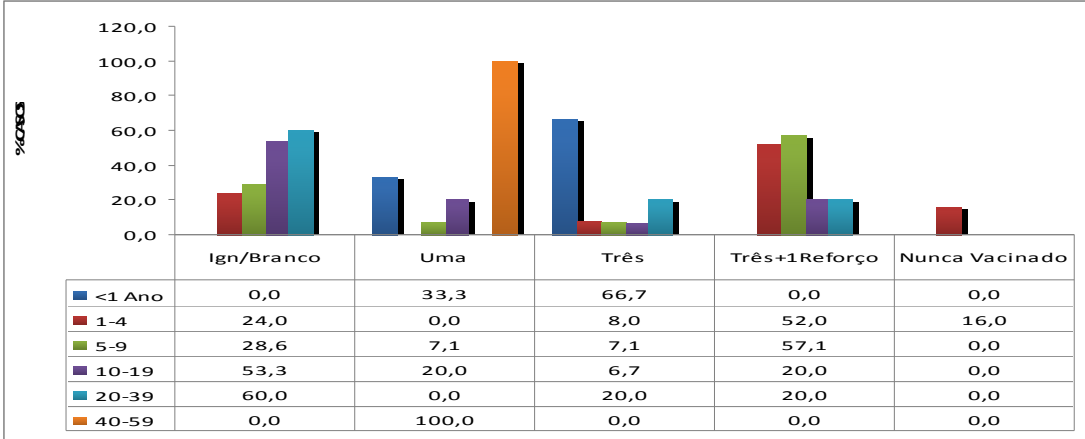


Figura 4 - Distribuição percentual da situação vacinal dos casos confirmados segundo faixa etária.

Fonte: GT DTP/SINAN-NET/DIVEP/SESAB * Dados até SE 52 sujeitos a revisão

Em relação ao critério diagnóstico (Figura 5), em aproximadamente 43,0% dos casos ele esteve ignorado ou em branco e em 34,9%, ocorreu pela cultura sem prova de toxigenicidade. Ao considerar a evolução (Figura 6), em 55,6% (35 casos) foi observada cura sem sequelas e em 27,0% ela foi considerada ignorada.

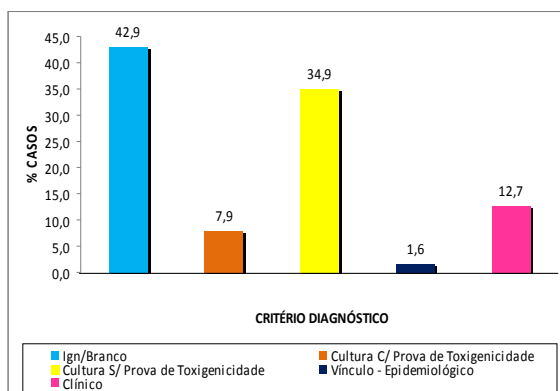


Figura 5 - Distribuição percentual dos casos confirmados, segundo critério diagnóstico. Bahia, 2000 - 2012*

Fonte: GT DTP/SINAN-NET/DIVEP/SESAB

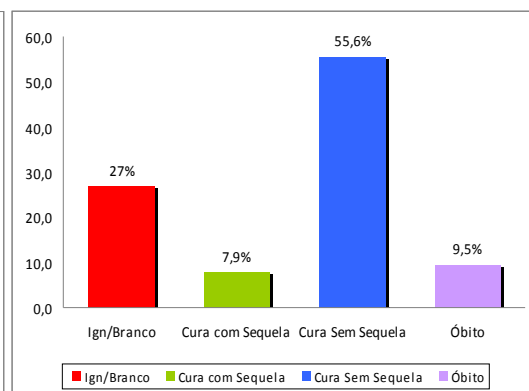


Figura 6 - Distribuição percentual dos casos confirmados, segundo evolução. Bahia, 2000 - 2012*

Fonte: GT DTP/SINAN-NET/DIVEP/SESAB

A difteria é uma doença imunoprevenível e, portanto, facilmente evitável. Nesse sentido, altas taxas de cobertura e homogeneidade vacinal associadas à detecção precoce de casos e de portadores e o tratamento oportuno e adequado são formas eficazes de prevenção e controle da doença, o que contribui para diminuir sua incidência e letalidade e induzir a chamada “imunidade coletiva”. Diante disso, torna-se necessária a atuação conjunta da atenção básica e da vigilância epidemiológica e a sensibilização da comunidade para garantia da adoção das medidas necessárias.

Diagnóstico laboratorial da Difteria

1. A técnica da cultura para o isolamento do *C. diphtheriae* das lesões existentes é considerada “padrão-ouro” para diagnóstico laboratorial de casos de difteria e identificação de portadores.
2. Antes de iniciar a coleta, observar se o algodão que veda o tubo não está úmido, bem como, as demais características do meio. Importante saber que qualquer inconformidade inviabiliza o uso do meio de cultura;
3. Retirar o tubo com meio de transporte específico (PAI) da geladeira, 30 minutos antes da coleta e deixar atingir a temperatura ambiente;
4. A coleta deve ser realizada, preferencialmente, antes do início da terapia com antimicrobiano, mas sempre deverá ser feita, sendo um material proveniente da nasofaringe (Figura 7) e outro da orofaringe (Figura 8).
5. Utilizar 2 swabs descartáveis estéreis: uma para a naso e outro para a orofaringe.
6. Introduzir o swab (específico) em uma narina até a nasofaringe e girá-lo. Com o mesmo swab fazer o procedimento na outra narina;
7. O segundo swab será utilizado para coletar ao redor da superfície da garganta, passando também pelas amígdalas e úvula. Caso existam placas pseudomembranosas, o swab deve ser passado de forma cuidadosa apenas ao redor das lesões, para que não haja deslocamento da placa, o que levaria ao aumento da absorção de toxina;
8. Coletado o material, passar o swab imediatamente em toda extensão do tubo, apenas uma vez, girando-o nos dedos e em movimento de zig-zag, a partir da base até o ápice no tubo indicado (Figura 9). Deve-se ter cuidado de não perfurar ou quebrar o meio no momento de sementeira. **DESPREZAR OS SWABS APÓS A SEMEADURA.**

Transporte do material coletado

1. Encaminhar o material ao LACEN, imediatamente após a coleta, em temperatura ambiente. Caso não seja possível o envio imediato, o material deverá ser conservado em estufa bacteriológica (37°C) por um período máximo 24 horas, sendo encaminhado em seguida ao LACEN, à temperatura ambiente;
2. Anexar a cópia da ficha de investigação epidemiológica devidamente preenchida (data e hora da coleta), observando os dados da Unidade Requisitante (Dires ou Núcleo de vigilância) e especificando se o material é de um suspeito ou comunicante;
3. Prender os dois tubos com fita crepe e identificá-los com os seguintes dados: nome do paciente ou do comunicante, idade, data e hora da coleta. Identificar os tubos com (N) nariz e (G) garganta.

Importante

- Os tubos com meio de cultura (PAI) devem ser armazenados em sacos plásticos fechados e conservados em geladeira, à temperatura de +4°C a +8°C, evitando sua colocação na porta;
- Os swabs devem estar lacrados, não violados e conservados na temperatura ambiente em local seco;
- Verificar data de validade dos swabs e dos meios de transporte (validades diferentes) antes de utilizá-los;
- Manter contato com o LACEN para estabelecer rotina quanto ao envio (horário e local de entrega), fluxo de resultados, avaliação da qualidade das amostras enviadas.

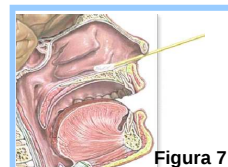


Figura 7

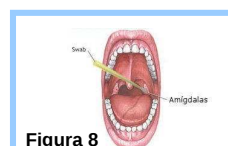


Figura 8

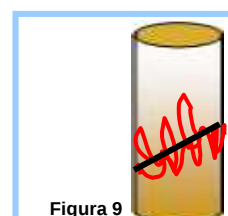


Figura 9