

Boletim Epidemiológico da Coqueluche, Tétano e Difteria na Bahia

Edição Nº 03

COQUELUCHE

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

PREVENÇÃO E CONTROLE

1. Vacinação das crianças menores de 1 ano (vacina pentavalente aos 2, 4, 6 meses), 1º reforço (com DTP) aos 15 meses e 2º reforço (com DTP) aos 4 anos, mesmo com história anterior da doença. Imunização com dTpa (vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis acelular) para gestantes a partir da 20ª semana de gestação e para todos os profissionais de saúde, considerando o histórico vacinal de difteria,

2. Bloqueio vacinal seletivo para comunicantes menores de 7 anos não vacinados, com esquema de vacinação incompleto ou desconhecido (regularizar situação vacinal).

3. Pesquisa de novos casos: coleta de material de nasofaringe dos comunicantes com tosse.

4. Quimioprofilaxia dos comunicantes com indicação.

5. Ações de educação em saúde.

Vacina dTpa Gestantes e profissionais de saúde

Esquema vacinal atualizado em 2017: Uma dose a cada gestação a partir da 20ª semana de gestação.

OBS: As mulheres que perderam oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, devem receber uma dose de dTpa no puerpério o mais precocemente possível.

A depender da situação vacinal encontrada, administrar uma dose da vacina dTpa para iniciar esquema vacinal, completar ou administrar como dose de reforço. Este esquema deverá ser completado até 20 dias antes da data provável do parto com a dT.

Administrar 01 dose de dTpa para todos os profissionais de saúde, considerando o histórico vacinal de difteria e tétano.

Coqueluche

A série histórica da coqueluche, no período de 2008 a 2019, ilustra a característica de ciclicidade da doença, registrando um ano epidêmico em 2014. Com o aumento do número de casos a partir de 2018, é esperado um novo pico epidêmico para os próximos anos. (Figura 01). Essa tendência segue o perfil epidemiológico nacional da doença e é agravada pela irregularidade no fornecimento dos imunobiológicos para prevenção do agravo registrada esse ano no país e pelas baixas coberturas vacinais.

Em 2019, até a semana epidemiológica (SE) 44 (31/10/2019), foram notificados 268 casos de coqueluche, sendo que 72 (26,9%) foram confirmados (Inc: 0,47 casos/100.000 hab.), 131 (48,9%) foram descartados e 65 (24,2%) encontram-se sem encerramento no SinanNet. Dentre os casos confirmados, 01 paciente menor de 01 ano, residente no município de Itajuípe evoluiu para óbito.

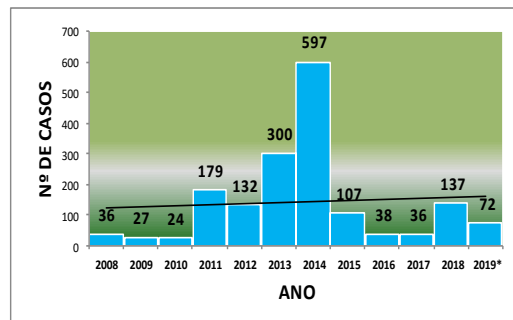


Figura 1 - Série histórica de casos confirmados da coqueluche, Bahia, 2008-2019*.

*Dados parciais até 31/10/2019, sujeitos a alterações posteriores

Fonte: SinanNet e Banco Paralelo GT
DTP/Civedi/Divep/Sesab.

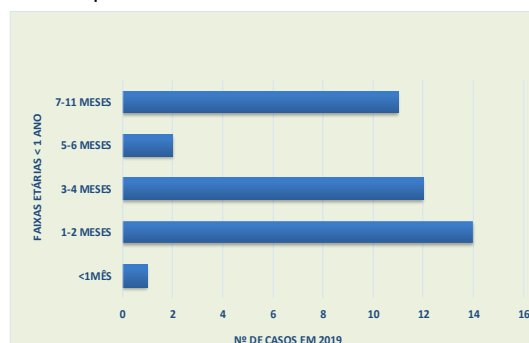


Figura 2 - Casos confirmados da coqueluche em menores de 1 ano, Bahia, 2019*.

*Dados parciais até 31/10/2019, sujeitos a alterações posteriores

Fonte: SinanNet e Banco Paralelo GT
DTP/Civedi/Divep/Sesab.

Quando analisamos a faixa etária, mais de 70% dos casos ocorreram em crianças até 4 anos, sendo 52,8% em menores de 01 ano, onde se destacam os maiores registros entre 1 e 4 meses (Figura 2). A ocorrência de coqueluche em crianças dessas faixas etárias, reforçam a necessidade de ações que visem aumentar a cobertura vacinal da Pentavalente e os dois reforços com DTP. No que se refere ao local de residência, em 2019, durante o período analisado, ocorreram casos em 33 municípios do Estado da Bahia, sendo que as maiores frequências foram em Feira de Santana, Salvador e Camaçari.

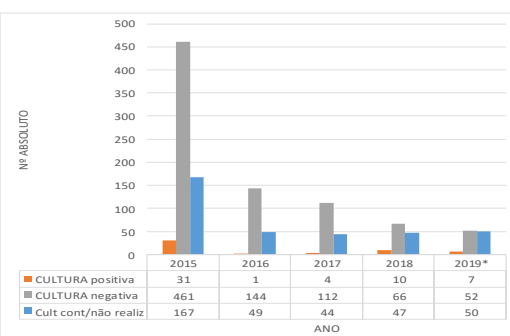


Figura 3-Série histórica de coleta de amostras de nasofaringe da coqueluche, Bahia, 2015- 2019*.

*Dados parciais até 31/10/2019, sujeitos a alterações posteriores

Fonte: Smart Lacen até agosto 2017 e GAL a partir de setembro de 2017.

Dentre os casos confirmados (72), apenas 21 (29,2%) foram pelo critério laboratorial com isolamento da *Bordetella pertussis* por cultura (07 casos) ou PCR (14 casos). Quando realizada análise das amostras coletadas numa série histórica, observamos um percentual significativo de amostras contaminadas e/ou inadequadas.(Figura 3). Frente a essa situação, o GT DTP em parceria com o Lacen promoverá em 2020 a capacitação de técnicos municipais e dos laboratórios regionais (LMRR) em coleta de nasofaringe para coqueluche.

TÉTANO ACIDENTAL

Doença infecciosa aguda, não contagiosa, imunoprevenível, causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo bacilo *Clostridium tetani* (bactéria) que invade as células nervosas do Sistema Nervoso Central (SNC), provocando espasmos musculares e convulsões. A doença manifesta-se com febre baixa ou ausente, hiper-tonia muscular mantida, hiper-reflexia e espasmos ou contra-turas paroxísticas. Em geral, o paciente mantém-se consciente e lúcido.

MODO DE TRANSMISSÃO

Introdução de esporos do *Clostridium tetani*, em solução de continuidade da pele e mucosas (ferimentos superficiais ou profundas de qualquer natureza). Tais esporos são encontrados no solo, poeira, esterco, superfície de objetos - principalmente quando metálicos e enferrujados.

CASO SUSPEITO DE TA

Paciente com mais de 28 dias de vida que apresente um ou mais dos seguintes sinais/sintomas: disfagia, trismo, riso sardônico, opistótono, contraturas musculares localizadas ou generalizadas, com ou sem espasmos, independente da situação vacinal, da história de tétano e de detecção ou não de solução de continuidade de pele ou mucosas.

CASO CONFIRMADO DE TA

Todo caso suspeito descarta-do para outras etiologias e que apresente trismo, disfagia, riso sardônico, rigidez abdominal, opistótono, rigidez de nuca, dificuldade de deambular independente da situação vacinal, da história prévia de tétano e da detecção de solução de continuidade de pele ou mucosas. A lucidez do paciente reforça o diagnóstico.

Tétano Acidental (TA) e Tétano Neonatal (TNN)

Na Bahia, em 2019, até 31/10, o número de casos confirmados de tétano acidental (TA) já ultrapassa os registrados em todo o ano de 2018, representando um incremento de 55,6%. Dos 14 casos confirmados até o momento, 04 evoluíram para óbito por tétano e 01 caso, por outras causas.

Durante análise da qualidade da informação nas notificações no Sinan, foram encontradas 02 fichas inconclusivas e 01 duplicidade. Dentre os 14 casos confirmados, a informação sobre o número de doses aplicadas da vacina esteve ignorada ou em branco em 71,4% (10 casos) e em 02 deles a informação sobre a evolução do paciente está em branco. Apesar das solicitações municipais, os mesmos ainda não efetuaram as devidas correções.

Quanto ao monitoramento de outro importante instrumento utilizado pela vigilância do TA e TNN, a notificação negativa e/ou positiva (NOT NEG), observa-se irregularidade no envio pela maioria das Bases Regionais de Saúde e ainda 06 Bases silenciosas.

Tabela1. Número de Casos Confirmados, Incidência, Óbito e Letalidade de Tétano Acidental, segundo Faixa Etária, Bahia, 2019*

FAIXA ETÁRIA	CASO	%	INCID.	ÓBITO	LET.
< 1 ano	0	0,0	0,00	-	-
1 a 4 anos	0	-	-	-	-
5 a 9 anos	0	0,0	0,00	-	-
10 a 14 anos	0	-	-	-	-
15 a 19 anos	0	-	-	-	-
20 - 39 anos	2	14,3	0,04	1	50,0
40 - 59 anos	11	78,6	0,38	3	27,3
60 - 64 anos	1	7,1	0,23	-	-
65 - 69 anos	0	-	-	-	-
70 - 79 anos	0	0,0	0,00	0	-
≥ 80 anos	0	0,0	0,00	-	-
TOTAL	14	100,00	0,09	4	28,57

Fonte: Sinanet e Banco Paralelo Divep/Suvisa/Sesab.

Dados até 31/10/2019 (sujeitos a alteração posterior)

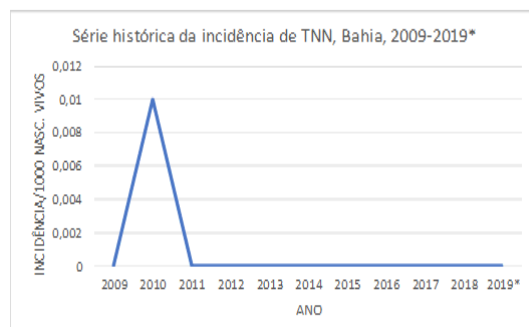


Figura 05 – Série histórica de coeficiente de incidência de TNN, Bahia, 2009 – 2019*.

*Dados parciais até 31/10/2019, sujeitos a alterações posteriores

Fonte: Sinanet e Banco Paralelo GT DTP/Civedi/Divep/Sesab.,



Figura 04 – Distribuição de casos notificados, confirmados e óbitos de tétano acidental, Bahia, 2018 - 2019*

Fonte: Sinanet e Banco Paralelo/Divep/Suvisa/Sesab.

* Dados até 31/10/2019 sujeitos a alterações

Em relação ao coeficiente de incidência de tétano acidental na Bahia, foi verificada uma taxa de 0,09 /100.000hab. A taxa de letalidade para o Estado foi 28,57 %. No que se refere ao perfil sócio-demográfico, dos óbitos confirmados, todos ocorreram no sexo masculino, 03 na faixa etária de 40 a 59 anos e 01 na faixa de 20 a 39 anos residentes nos municípios de Souto Soares, Itamaraju, Itaparica e Ubatã. A ocorrência, sobretudo, em faixas etárias consideradas economicamente ativas, reforça, a importância da vacina na prevenção da doença e manutenção do esquema vacinal atualizado, sobretudo, dos grupos de risco (trabalhadores da construção civil, da agricultura, de oficinas mecânicas, catadores de lixo, mulheres em idade fértil - gestantes ou não). Diante disso, se faz necessária a atuação integrada da Vigilância Epidemiológica com setores que possam contribuir com a intensificação das medidas preventivas (Atenção Básica, Saúde do Trabalhador, Saúde Indígena, Hospitais, UPAs, setores da sociedade e comércio, etc.). Em relação ao tétano neonatal (TNN), Sem a ocorrência de casos de TNN no estado, desde 2011, a Bahia vem atingindo a meta para taxa de incidência de TNN < 1/ 100.000 hab. Os últimos 02 casos foram registrados em 2010 nos municípios de Senhor do Bonfim e Múquem do São Francisco.

CASO SUSPEITO DE DIFTERIA

Toda pessoa que, independentemente da idade e estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da 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, por exemplo), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

CASO CONFIRMADO DE DIFTERIA

1. Pelo critério laboratorial:

Todo caso suspeito com isolamento do *C. diphtheriae* com provas de toxigenicidade positiva ou não.

2. Pelo critério clínico-epidemiológico:

Todo caso suspeito de difteria com resultado de cultura negativo ou exame não realizado, mas que seja comunicante de um outro caso **confirmado laboratorial ou clinicamente**; ou que seja comunicante íntimo de portador, indivíduo no qual se isolou o *C. diphtheriae*.

3. Pelo critério clínico:

Quando forem observadas placas comprometendo pilares ou úvula, além das amígdalas; placas suspeitas na traqueia ou laringe; simultaneamente, placas em amígdalas, toxemia importante, febre baixa desde o início do quadro e evolução, em geral, arrastada ou miocardite ou paralisia de nervos periféricos, que pode aparecer desde o início dos sintomas sugestivos de difteria ou até semanas após.

4. Pelo critério anatomopatológico (necropsia)

Quando a necropsia comprovar: placas comprometendo pilares ou úvula, além das amígdalas e/ou placas na traqueia e/ou laringe.

Difteria

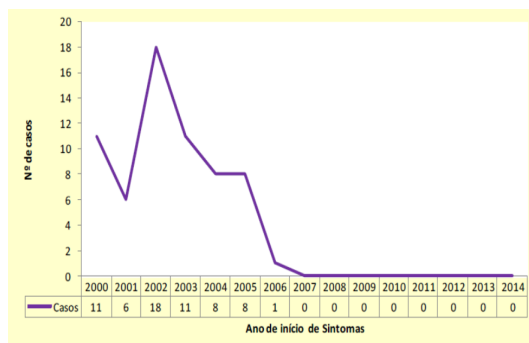


Figura 06– Série histórica dos casos positivos de difteria, Bahia, 2000 – 2014.

Fonte: Sinanet e Banco Paralelo GT
DTP/Civedi/Divep/Sesab.

A difteria é uma doença toxi-infecciosa aguda, contagiosa e potencialmente letal, causada pelo bacilo *Corynebacterium diphtheriae* que se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, nariz e ocasionalmente em outras mucosas e pele. E se caracteriza por placas membranosas típicas.

Trata-se de uma doença de notificação imediata (24h) obrigatória, imunoprevenível e, portanto, facilmente evitável. Nesse sentido as 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 último caso confirmado no estado da Bahia foi no ano de 2006. Em 2019, até o momento, foram notificados 02 casos suspeitos, mas todos foram descartados.

Atualmente existe uma indisponibilidade do soro antidiftérico (SAD) no mercado nacional e internacional, o que eleva o risco de complicações e óbito pela difteria. Diante disso, o Ministério da Saúde solicitou a Anvisa autorização excepcional para utilização do SAD disponível com potência abaixo do especificado (vide Nota Informativa nº 162/2019). Esse fato, torna ainda mais necessária a atuação conjunta da atenção básica e da vigilância epidemiológica para garantir adoção de medidas estratégicas que minimizem os fatores de risco para esse agravado.

Na ocorrência de caso suspeito, após notificação imediata, o GT DTP solicita o soro antidiftérico ao Ministério da Saúde, conforme fluxograma abaixo. (Figura 7).

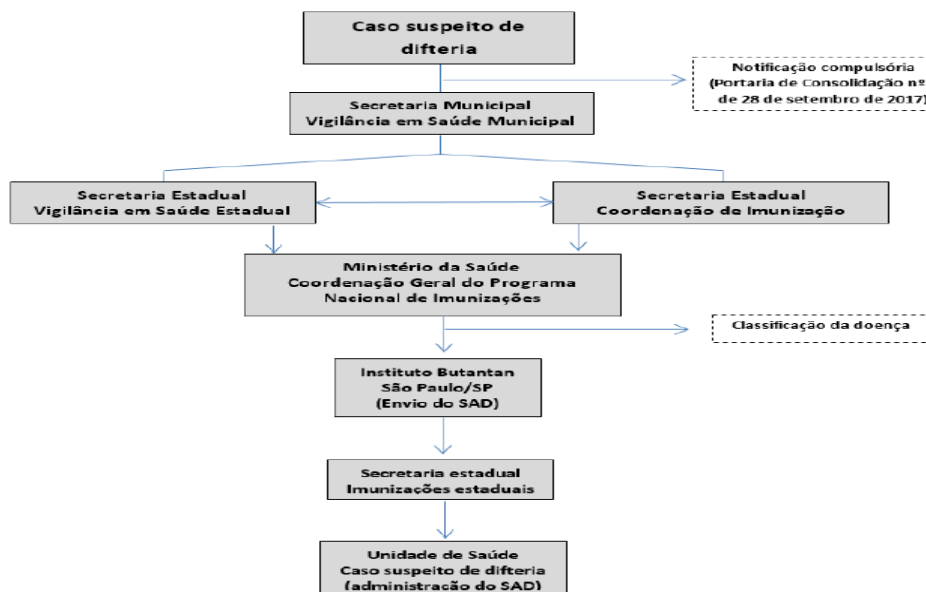


Figura 7 - Fluxograma de dispensação do SAD

EXPEDIENTE

Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Jeane Magnavita da Fonseca Cerqueira

Coordenação de Imunizações e Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis - CIVEDi
Akemi Erdens Aoyama Chastinet

GT / DTP
Luciana Guimarães M. Fontes
Nadima Mafra Chukr Conrado

Colaboração
Catia Regina Freitas - Téc. Adm.