



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO
DE
SAÚDE



GERÊNCIA DE DOENÇAS
CRÔNICAS E AGRAVOS
TRANSMISSÍVEIS

NÚCLEO DE CONTROLE DE
ENDEMIAS, DOENÇAS
TRANSMISSÍVEIS E EMERGENTES

Chefe do Núcleo:

Dalcy de O. Albuquerque Filho

Equipe técnica:

Enf^a. Ana Karla da Silva

Biol. Franciene Oliveira

APPb. Harley Cunha

Biol. Nádia Martins

Enf^a. Sandra Maria Cortez

Biol. Sara Camilo

Equipe volante:

AGPb Agenildo Mendes

ASP João Afonso Sobrinho

ASP Sebastião Almeida Filho

Informativo Epidemiológico de Hantavirose

Ano 4, Nº 01 – janeiro de 2012.
Período de janeiro a dezembro/2011

Em 2011, foram notificados 134 casos de hantavirose no Distrito Federal - DF e onze foram confirmados. Nove casos são autóctones (transmissão no DF) e dois casos importados. Ocorreram 3 óbitos causados pela hantavirose e a taxa de letalidade, até o momento é de 33,3%.

A comparação de números (Fig. 1) mostra que os profissionais estão mais sensíveis a suspeita da doença e este fato pode justificar a queda da taxa de letalidade, em relação ao ano de 2010. Embora alta, está dentro da média esperada para a doença.

No mês de novembro a equipe do Núcleo de Controle de Endemias, Doenças Transmissíveis e Emergentes, com apoio da SVS do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Medicina Tropical/Seção DF, realizou capacitação, para diagnóstico e manejo clínico de hantavirose, com participação de cerca de 50 profissionais, médicos, enfermeiros e outros, de emergências, atenção básica e UTI, como parte do processo continuado de sensibilização e capacitação.

O quadro inicial da hantavirose se assemelha a várias doenças virais e bacterianas, como dengue, influenza e agora a estreptococcia grave. É preciso avaliar a clínica e epidemiologia de maneira detalhada, conduzir o caso de forma cuidadosa para salvar a vida do paciente. É obrigatório considerar a epidemiologia (*exposição de risco*) ao atender doentes com sinais e sintomas sugestivos da doença, pois, a hantavirose tem evolução muito rápida, letalidade alta.

Entende-se como exposição de risco: morar, trabalhar, visitar (para acampamentos, hospedagem, participação em festas/eventos, pescarias, caçadas, etc), praticar esportes como trilhas, mountain bike, escaladas, rapel, etc, em áreas rurais (chácaras, fazendas, sítios ou centros de ecoturismo) ou urbanas (residências e condomínios) próximas de florestas ou cerrado. No DF e entorno, deve-se dar atenção especial aos deslocamentos a condomínios mesmo urbanos, pois, muitos são contíguos a áreas de pastos, antigos e atuais ou áreas de cerrado preservadas, onde pode existir o roedor.

Todos os números deste informativo são parciais.

Fontes:

1. SINAN/W e SINAN/NET
2. Relatórios do Núcleo de Controle de Endemias, Doenças transmissíveis e Emergentes/GDCAT
3. Relatórios da Gerência de Controle de Zoonoses/DIVAL
4. Guia de Vigilância Epidemiológica, 7ª Ed. 2009/SVS/MS
5. Gelse Mazzoni et al. Síndrome pulmonar e cardiovascular por hantavírus: aspectos clínicos de uma doença emergente no sudeste brasileiro. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Jun 2009, vol.42, no.3, p.282-289.

Situação da hantavirose no DF até dezembro de 2011

A Tabela 1 mostra os casos notificados, descartados e confirmados no DF, por local de moradia. Foram notificados 134 casos, bem distribuídos pelas diferentes Regiões Administrativas – RA, do DF. São Sebastião teve o maior número, com 11 casos, seguidos de Samambaia, 10 casos notificados. Onze casos foram confirmados por sorologia positiva, sendo 2 importados de GO e setenta e cinco casos já foram descartados.

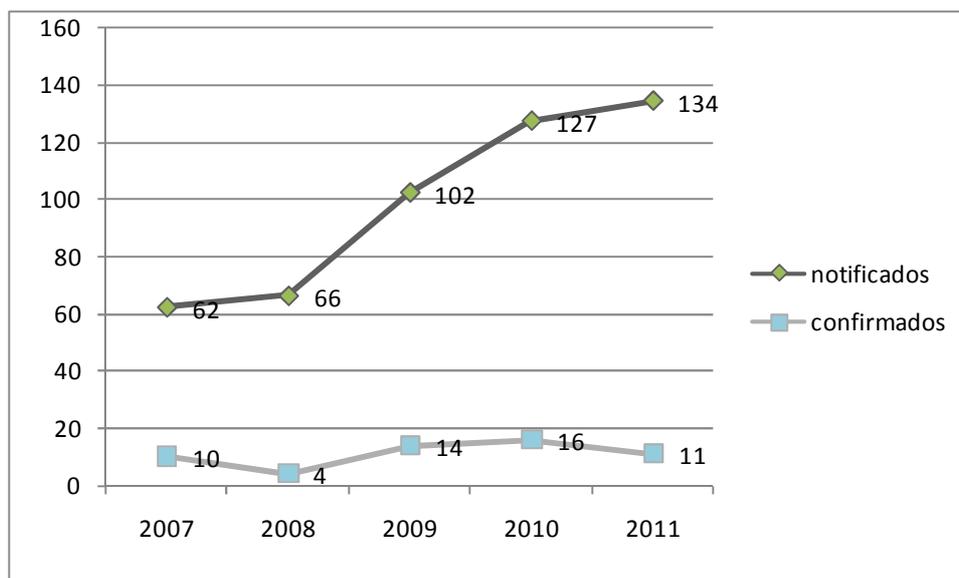
Tabela 1 - Casos de Hantavirose notificados, descartados e confirmados, por local de residência e LPI - DF, Ano epidemiológico dos sintomas - 2011					
Localidade	Nº de Casos			Total de Confirmados	% de Confirmados
	Not.	Confirmados			
		Infecção no DF	Infecção Fora do DF		
Agua Claras	5	1	-	1	9,1
Asa Norte	1	1	-	1	9,1
Asa Sul	2	-	-	-	-
Brazlândia	8	-	-	-	-
Candangolândia	-	-	-	-	-
Ceilândia	6	-	-	-	-
Cruzeiro	2	-	-	-	-
Estrutural	3	-	-	-	-
Gama	3	1	-	1	9,1
Guará	6	-	-	-	-
Itapoã	-	-	-	-	-
Jardim Botânico	1	-	-	-	-
Lago Norte	2	-	-	-	-
Lago Sul	1	-	-	-	-
N. Bandeirante	1	-	-	-	-
Paranoá	4	-	-	-	-
Parque Way	-	-	-	-	-
Planaltina	9	1	-	1	9,1
Recanto das Emas	7	2	-	2	18,2
Riacho Fundo I	1	-	-	-	-
Riacho Fundo II	1	1	-	1	9,1
Samambaia	10	-	-	-	-
Santa Maria	6	1	-	1	9,1
São Sebastião	11	1	-	1	9,1
Scia	-	-	-	-	-
Sobradinho	1	-	-	-	-
Sobradinho II	3	-	-	-	-
Sudoeste	-	-	-	-	-
Taguatinga	8	-	-	-	-
Varjão	-	-	-	-	-
Vicente Pires	2	-	-	-	-
Reg. Ignorada	-	-	-	-	-
Res Outra UF	30	-	2	2	18,2
Total	134	9	2	11	100,0

Fonte: SinanNet/NEDTE/GDCAT/DIVEP/SVS/SES-DF - dados atualizados até 23/12/2011

A Tabela 2 mostra os casos de cura e óbito no Distrito Federal e outras UF. Foram 4 óbitos no DF, porém, um caso, importado, apesar de ter sorologia positiva para hantavirose, morreu por outra causa, uma co-morbidade.

VG					
Nº de casos			Óbitos p/Hanta	Óbito por outra causa	Letalidade (%)
UF	Conf.	Cura			
AC	-	-	-	-	-
AL	-	-	-	-	-
AM	-	-	-	-	-
AP	-	-	-	-	-
BA	-	-	-	-	-
CE	-	-	-	-	-
DF	9	7	3	-	33,3
ES	-	-	-	-	-
GO	2	-	-	1	-
MA	-	-	-	-	-
MG	-	-	-	-	-
MS	-	-	-	-	-
MT	-	-	-	-	-
PA	-	-	-	-	-
PB	-	-	-	-	-
PE	-	-	-	-	-
PI	-	-	-	-	-
PR	-	-	-	-	-
RJ	-	-	-	-	-
RN	-	-	-	-	-
RO	-	-	-	-	-
RR	-	-	-	-	-
SE	-	-	-	-	-
SP	-	-	-	-	-
TO	-	-	-	-	-
Ign	-	-	-	-	-
Total	11	7	3	1	33,3
<p>Fonte: SinanNet/NEDTE/GDCAT/DIVEP/SVS/SES-DF</p> <p>*Dados atualizados até a 51ª semana</p>					

Figura 1 - Série histórica dos casos notificados e confirmados, distribuídos por ano epidemiológico de início dos sintomas de 2007 a 2011.



A figura acima mostra, de forma incontestável, um grande aumento no número de casos suspeitos notificados, a partir de 2008, mais que dobrou no período. É claro também, que a variação dos casos confirmados não é proporcional a esta variação. Portanto, concluímos que as unidades de assistência estão muito mais sensíveis a suspeita do diagnóstico da doença, esta maior sensibilidade, certamente, se deve à realização de inúmeras aulas, palestras e capacitações sobre epidemiologia, diagnóstico e manejo clínico, direcionadas aos profissionais que atuam na “linha de frente”, campanhas institucionais promovidas pela SES-DF e reportagens veiculadas pela a mídia, sobre hantavirose, que tornam pacientes e seus acompanhantes melhores informantes e parceiros do médico, para diagnóstico da doença.

Anexo 1



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Doenças Crônicas e Agravos Transmissíveis
Núcleo de Controle de Endemias e Doenças Transmissíveis e Emergentes



Alerta para hantavirose!

Dezembro de 2011.

Aos médicos que atendem urgências/emergências.

Este é um alerta dirigido aos médicos que atendem urgências/emergências para a ocorrência de casos de hantavirose com síndrome cardiopulmonar (SCPH) no DF.

A hantavirose é a infecção pelo vírus do gênero hantavírus, da família Bunyaviridae, tem filogenia com roedores de vida exclusivamente silvestre, específicos, que são reservatórios naturais e transmissores, através das excretas (urina, saliva e fezes), que ressecadas, produzem aerossóis que em contato com mucosas, especialmente a respiratória, infectam os seres humanos. Pode causar a síndrome cardiopulmonar (SCPH) e a febre hemorrágica com síndrome renal (FHSR), esta nunca foi diagnosticada em nossa região. A hantavirose com SCPH é uma doença emergente, descrita no DF desde o outono de 2004.

Atinge pessoas de todas as idades, todavia, o maior número de casos é de adultos jovens (20 a 40 anos) que vivem, trabalham, freqüentam ou visitam, de maneira contínua ou esporádica áreas de risco, fora da cidade ou nas regiões peri-urbanas. No DF e Entorno deve-se interrogar com atenção especial se o paciente mora ou freqüenta, mesmo de maneira casual, algum condomínio horizontal. Se a resposta for positiva anotar nome e

localização. Embora, seja local de moradias com características urbanas, um grande número destes condomínios fica inserido em áreas de antigos pastos e culturas, mesmo que não mais utilizados ou contíguos a “pedaços de cerrado” preservados e nestes locais pode existir o roedor transmissor. Esta ressalva é porque o paciente ou informante, pode não entender estes locais como área de risco e involuntariamente omitir a informação de deslocamento a estes núcleos de habitação.

O período de incubação médio de 14 a 21 dias, mas varia de 3 a 60 dias. A doença inicia com um quadro clínico febril inespecífico, apresentando febre alta ($>38^{\circ}\text{C}$) e dores pelo corpo, cefaléia, náuseas, vômitos, diarreia, que facilmente se confundem com outras viroses ou infecções agudas (dengue, influenza, etc). Após 24/48h surgem tosse, taquidispneia (respiração rápida) e a síndrome cardiopulmonar da hantavirose (SCPH), com insuficiência respiratória aguda, edema agudo de pulmão, choque e SARA, que é a principal complicação e a causa do alto índice de letalidade, se o paciente não for tratado de forma rápida e enérgica. Em não tratados, tratados de forma lenta ou inadequada, a maioria dos óbitos acontece no quarto dia de doença (D4).

A hantavirose sempre foi uma doença típica do outono/inverno (frio e seco), se concentrando, a maioria dos casos nos meses de maio a julho. O que vem acontecendo na nossa região, nos últimos anos, é a dispersão temporal é de casos, com a doença sendo diagnosticada todos os meses, mesmo no período chuvoso de dezembro a março. Este fato é uma mudança de perfil epidemiológico e exige maior atenção e responsabilidade, dos médicos que atendem em serviços de urgência/emergência, por todo o ano. O período do ano em que o paciente inicia os sintomas não pode mais ser utilizado para definir um caso como suspeito.

Não existe tratamento específico e a sorologia para o diagnóstico não sai em tempo hábil para direcionar o tratamento. A suspeita diagnóstica rápida, confirmação com exames gerais, observação, hidratação controlada ($<2500\text{ ml}/24\text{h}$), administração de corticóides (hidrocortisona IV $400\text{mg}/24\text{h}$), drogas vasoativas, suporte cardiorrespiratório, iniciados de forma precoce e enérgica e encaminhamento do suspeito à UTI são a única maneira de garantir sobrevida ao paciente.

Definições de caso suspeito:

1. Paciente febril ($>38^{\circ}$ C), com mialgia, cefaléia, náuseas/vômitos, diarreia, dor abdominal, tontura, tosse, taquidispneia e/ou sinais e sintomas de insuficiência respiratória aguda de causa não determinada durante a 1^a semana de doença;
2. Paciente com enfermidade de evolução rápida, insuficiência respiratória aguda e óbito na 1^a semana de doença;
3. Pelo menos uma exposição de risco nos últimos 60 dias:
Exposição de risco é morar, trabalhar, visitar (para acampamentos, hospedagem, participação em festas/eventos, pescarias, caçadas, etc), praticar esportes como trilhas, mountain bike, escaladas, rapel, etc, em áreas rurais (chácaras, fazendas, sítios ou centros de ecoturismo) ou urbanas (residências e condomínios) próximas de florestas ou cerrado.
4. Solicitar imediatamente a sorologia para hantavirose (IgM), notificar o caso ou avisar o setor de vigilância epidemiológica do seu hospital;
5. Solicitar: hemograma, radiografia de tórax, outros exames que achar necessários;
6. Se Ht $> 45\%$, plaquetas $< 150.000/mm^3$, leucocitose c/desvio à esquerda e radiografia de tórax com infiltrado pulmonar intersticial;
7. Encaminhar a hospital ou internar para observação rigorosa, suporte ventilatório, corticóides, hidrocortisona 400mg/24h, antibióticos, aminas vasoativas, hidratação cuidadosa e se possível encaminhar à UTI;
8. Se Ht $< 45\%$, plaquetas $> 150.000/mm^3$ e radiografia de tórax normal;
9. Evoluindo com hipotensão arterial e/ou dispnéia, sim/não?
10. **Sim:** aplique o item 7;
11. **Não:** internar/observar, no mínimo 24h. Se der alta (sempre depois do 4^o dia), orientar o paciente e acompanhante para o risco de piora.

Quando houver necessidade de remoção, deve ser feita:

1. Obrigatoriamente, acompanhada por médico;
2. Com paciente em estabilidade hemodinâmica e respiratória;
3. Mobilização apenas o necessário;
4. Monitorização cardíaca e ventilatória
5. Oxigenoterapia e suporte ventilatório mecânico disponível;

6. Acesso vascular, com controle de administração de líquidos, em uso ou com aminas vasoativas disponíveis;
7. Respeitando as normas de biossegurança.

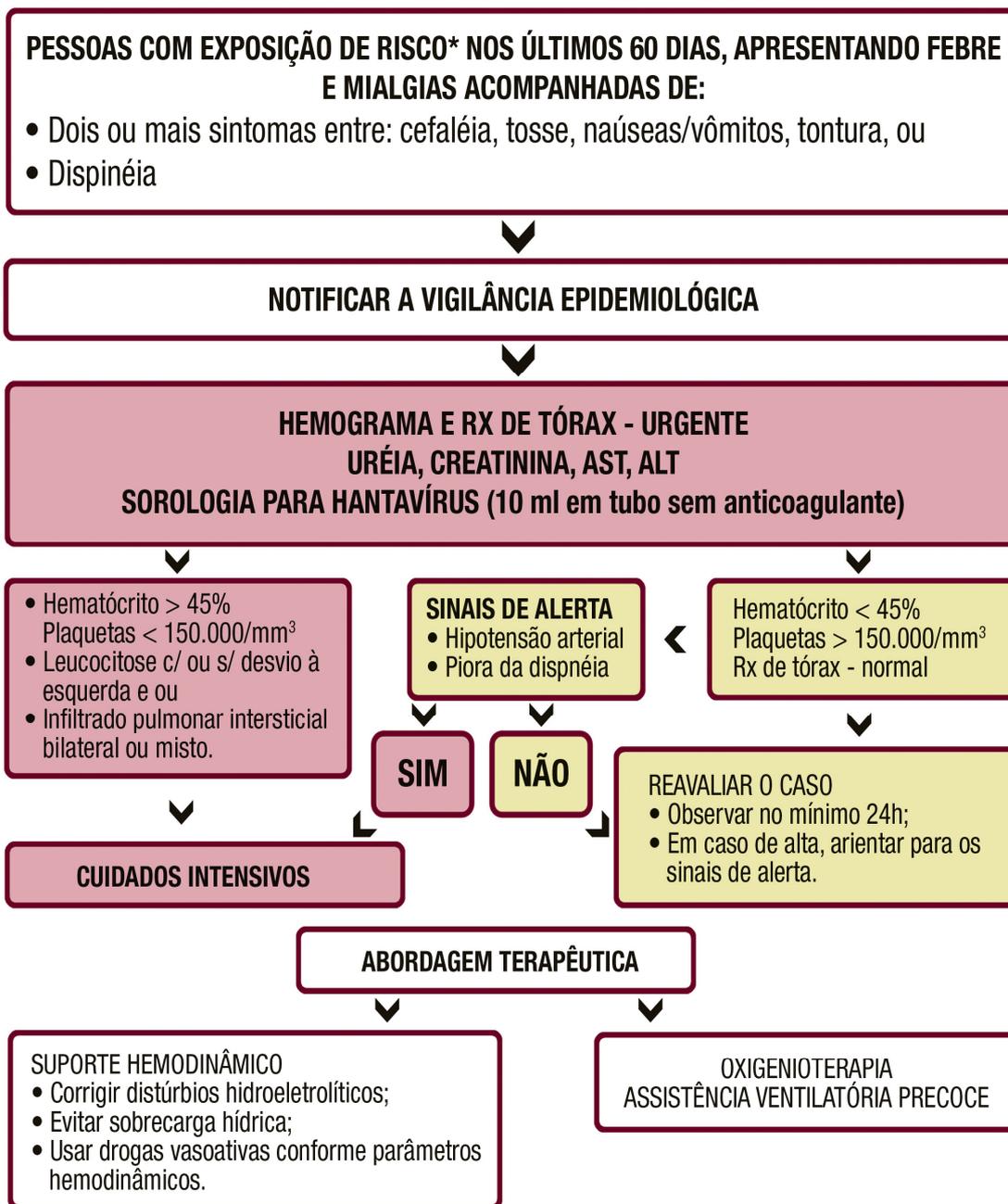
Abaixo vemos o fluxograma de atendimento a pacientes suspeitos de SCPH, para impressão, que deve estar disponível e visível, para consultas, nos locais de atendimento.

Este documento foi elaborado pela equipe técnica do NCEDTE/GDCAT.

Referências

1. SINAN/W;
2. SINAN/NET;
3. Relatórios do NCEDTE/GDCAT/DIVEP/SVS/SES-DF,
4. Relatórios GCZ/DIVAL/SVS/SES-DF;
5. Guia de Vigilância Epidemiológica/SVS/MS 7ª edição 2009, reimpressão 2010. Caderno 8, p. 1-14;
6. Guia de bolso – Doenças infecciosas e parasitárias, 8ª edição revista, 2010, MS;
7. Uso e ocupação do solo e a disseminação da hantavirose na região de São Sebastião, Distrito Federal: 2004 – 2008, Ver. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* jan-fev, 2011 vol. 44(1): 53-57;
8. Gelse Mazzoni et al. Síndrome pulmonar e cardiovascular por hantavírus: aspectos clínicos de uma doença emergente no sudeste brasileiro. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Jun 2009, vol.42, no.3, p.282-289;
9. Ferreira, Marcelo Simão. Hantavíroses. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Jan 2003, vol.36, no.1, p.81-96.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM SUSPEITA DE SÍNDROME CARDIO-PULMONAR POR HANTAVÍRUS



(*) Considera-se exposição de risco: morar, trabalhar, visitar (para acampamentos, hospedagem, participação em festas/eventos, pescarias, caçadas, etc) ou praticar esportes como trilhas, mountain bike, escaladas, rapel, etc, em áreas rurais (chácaras, fazendas, sítios ou centros de ecoturismo) ou urbanas (residências e condomínios) próximas de florestas ou cerrado.

OBSERVAÇÕES

Usar corticoides em baixas doses, máximo de: Hidrocortizona 100mg, IV de 6/6h (400mg/dia), na fase inicial da pneumonite, sempre antes do desenvolvimento do quadro de insuficiência respiratória aguda. Esta conduta pode melhorar o quadro respiratório.