



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
PROF. ALEXANDRE VRANJAC

NOTA TÉCNICA 3 – Doença do vírus Ebola (EVD) 09/10/2014

SITUAÇÃO NA AFRICA E CONDUTAS PARA PROFISSIONIAS DE SAÚDE

Doença do vírus Ebola (EVD) é uma doença viral aguda, que costumava ser conhecida como febre hemorrágica Ebola.

O vírus Ebola surgiu em 1976, em surtos simultâneos em Nzara, no Sudão, e em Yambuku, na República Democrática do Congo, em uma região situada próximo do Rio Ebola, que dá nome à doença.

O Ebola é causado por um vírus do gênero Ebolavirus sendo identificados até o momento cinco subespécies, sendo: Zaire, Sudão, Taï Forest, Bundibugyo e o Reston (casos registrados apenas em primatas não humanos). Destas espécies o Zaire apresenta maior agressividade sendo sua taxa de letalidade em torno de 90%.

Clinicamente a doença é caracterizada como uma febre hemorrágica, cuja letalidade pode variar de 60% até 90%. Por isso, os surtos produzidos pelo vírus Ebola são graves, ainda que, geralmente, autolimitados.

Epidemiologia da doença

A origem do vírus ainda não está totalmente clara, alguns pesquisadores tendem a supor que os morcegos possam abrigar o vírus em seu trato intestinal sendo provavelmente o reservatório. O homem por sua vez se infecta ao manipular e consumir um animal infectado pelo vírus.

Reservatório: É o morcego da família Pteropodi que tem como hábitos alimentares frutas e néctar. São conhecidos pelo nome genérico de morcego-da-fruta sendo nativos das regiões tropicais da Ásia, África e Oceania. Quanto ao hospedeiro temos relatados primatas não humanos, humanos e também suínos.

Período de Incubação da Doença (PI): A média é de 5 a 7 dias, podendo variar de 2 a 21 dias.

Período de Transmissibilidade: A transmissão inicia-se no período dos sintomas sendo classificado como baixo, na fase inicial da doença e ocorrendo um aumento na fase final da doença. Segundo o Centers Disease Control (CDC), não ocorre a transmissão no PI, além de não existir evidencias de transmissão por assintomáticos.

Modo de Transmissão

- Do animal para o homem: Por meio do contato com sangue, órgãos ou fluidos corporais de animais infectados.
- Do homem para o homem: A transmissão de uma pessoa para outra também exige o contato direto com sangue, fluidos corporais, tecidos ou órgãos de pessoas infectadas ou contato com objetos contaminados, como agulhas de injeção e lençóis utilizados pelos doentes. É importante lembrar que também pode ocorrer a transmissão post-mortem.

O CDC relata que não ainda não existe transmissão sem o contato direto, ou por meio de vetores, assim como ainda não há relatos de transmissão por aerossóis.

Sinais e Sintomas: Uma vez que a doença é detectada, sua evolução é rápida. Inicialmente o quadro pode ser semelhante aos da gripe incluindo febre abrupta, fraqueza, mialgia, tosse, conjuntivite, vômitos, diarreia. Com a evolução aparecem sintomas como fotofobia, sonolência e delírios. No final aparecem fenômenos hemorrágicos, primeiramente como melena e hematêmese, seguidos pela coagulação intravascular disseminada (CIVD) e conseqüentemente hemorragia de mucosas e pele. Seguem-se lesões hepáticas e o paciente entra em choque evoluindo para o óbito em até 10 dias.

Prognóstico: Em média a taxa de letalidade varia em torno de 50 a 90% (essa variação depende da subespécie envolvida). Porém, os pacientes que não apresentam manifestações hemorrágicas tendem a evoluir para a cura.

Diagnóstico diferencial: Malária, Febre Tifoide, Shigelose, Cólera, Leptospirose, Peste, Rickettsiose, Febre Recorrente, Meningite, Hepatite e outras febres hemorrágicas.

Tratamento: Terapia de suporte com o equilíbrio de fluidos e eletrólitos do paciente, suporte de oxigênio, controle da pressão arterial e evitar a ocorrência de infecções secundárias.

Situação Atual (atualizado em 09/10/2014)

A epidemia do EVD foi declarada no dia 9 de fevereiro de 2014 no sul da Guiné-Conacri sendo que dois meses depois já era considerada uma das piores epidemias da doença segundo informe do vice-diretor geral da Organização Mundial de Saúde.

Segundo relatório da OMS de 08 de outubro foi registrado no Oeste africano até o dia 05 de outubro 8033 casos e com 3.865 óbitos. Os países afetados são: Guiné, Libéria, Nigéria, Senegal e Serra Leoa.

Também há registros de casos no Texas/USA com 01 óbito confirmado (proveniente da Libéria) e um caso confirmado em Madri/Espanha (profissional de saúde que tratou um caso importado da Libéria).

A OMS informa ainda que a situação na Guiné, Libéria e Serra Leoa continua a deteriorar-se, com transmissão generalizada e persistente de EVD. Segundo o

boletim, na Libéria existem problemas quanto a coleta de dados levando a uma queda dos dados e que os registros nas últimas três semanas seja um numero subestimado e que na verdade ele reflete a deterioração da capacidade de respostas local. Não há evidência de que a epidemia nos EVD na África Ocidental está sendo mantida sob controle, embora não haja evidência de um declínio na incidência dos distritos de Lofa na Libéria, e Kailahun e Kenema em Serra Leoa.

Tabela 01. Casos de doença por vírus ebola - confirmados, prováveis e suspeitos na Libéria, Guiné e Serra Leoa.

País	Casos	Óbitos
Guiné		
*Confirmados	1044	587
**Provável	180	179
***Suspeitos	74	2
Total	1298	768
Libéria		
*Confirmados	941 ¹	1018 ¹
**Provável	1795	701
***Suspeitos	1188	491
Total	3924	2210
Serra Leoa		
*Confirmados	2455	725
**Provável	37†	123†
***Suspeitos	297	31
Total	2789	879

¹Na Libéria foram registrados 77 óbitos confirmados para EVD

† Em Serra Leoa foram registrados mais 86 óbitos como prováveis.

Os dados são baseados em informações oficiais relatado pelos Ministérios da Saúde até 5 de Outubro para a Guiné e Serra Leoa e 04 de outubro para a Libéria. Estes números estão sujeitos a mudanças devido as reclassificações em curso, investigação retrospectiva e disponibilidade dos resultados laboratoriais.

A OMS define como:

***Confirmado:** caso suspeito ou provável com resultado laboratorial positivo;

****Provável:** caso suspeito avaliado por um médico, ou qualquer caso suspeito que tenha vindo a óbito com vinculo epidemiológico com um caso confirmado, em que não foi possível a coleta de amostras para confirmação laboratorial;

*****Suspeito:** qualquer pessoa, viva ou morta, com início súbito de febre alta e que tenha tido contato com: suspeito, caso de Ebola provável ou confirmado, ou contato com animal morto ou doente, ou qualquer pessoa com início súbito de febre alta e pelo menos três dos seguintes sintomas: dor de cabeça, vômitos, anorexia /perda de apetite, diarreia, letargia, dores de estômago, dores musculares ou nas articulações,

dificuldade em engolir, dificuldade em respirar, ou soluço, ou qualquer pessoa com hemorragia, ou qualquer morte súbita e inexplicada.

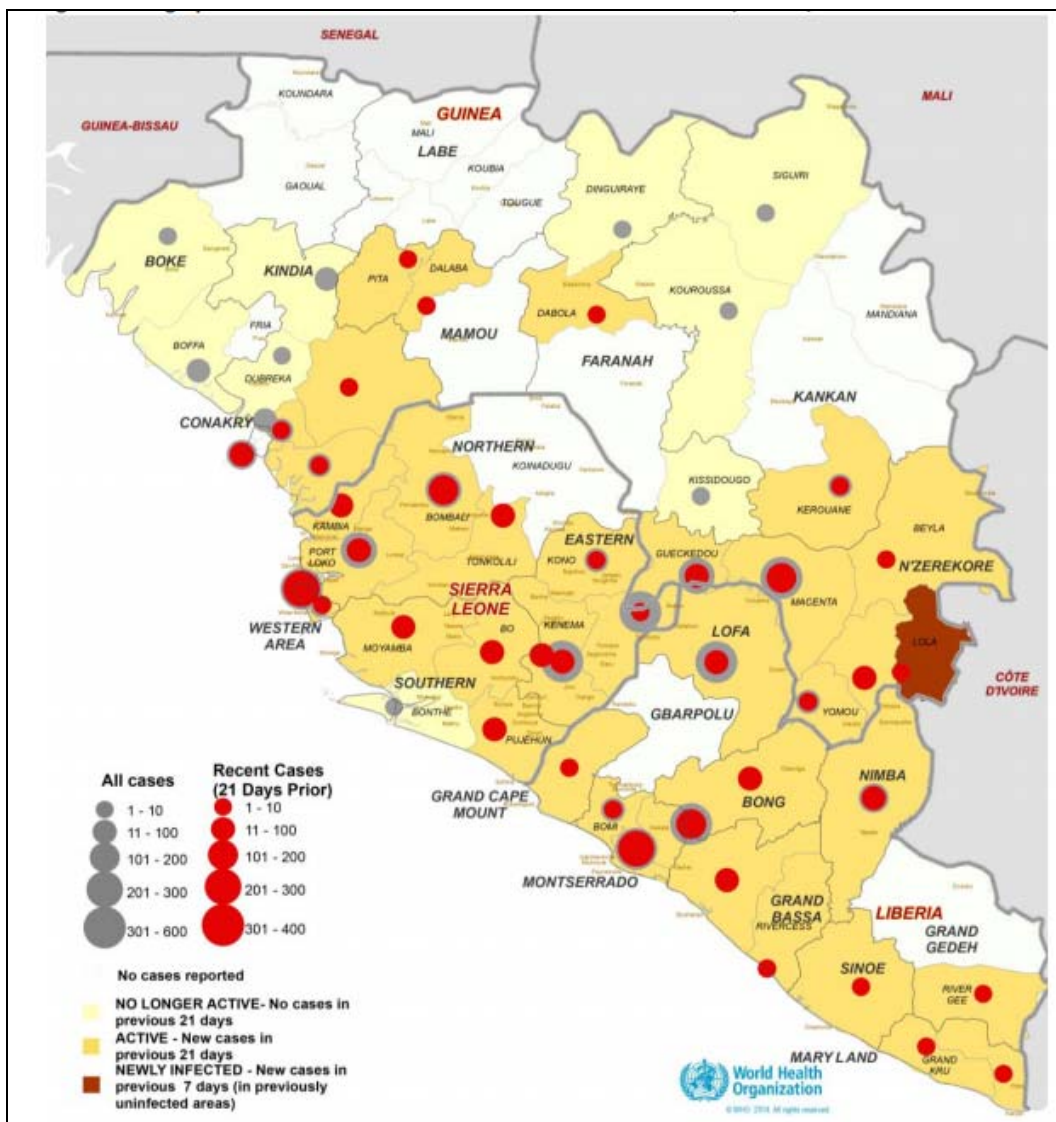


Figura 01. Distribuição geográfica dos novos casos e total de casos em Guiné, Libéria e Serra Leoa.

Os dados são baseados em informações oficiais relatado pelos Ministérios da Saúde até 5 de Outubro para a Guiné e Serra Leoa e 04 de outubro para a Libéria.

Até o momento não há registros de casos que suspeitos de Doença pelo Vírus Ebola no Brasil, segundo definição de caso. No entanto, os recentes surtos na África Ocidental e o trânsito internacional de pessoas tornam o país vulnerável à introdução do vírus ebola. Deste modo, recomenda-se o aumento da capacidade de identificação de casos suspeitos da DVE nos serviços de saúde.

Condutas a serem adotadas pelos profissionais da saúde

Notificar, imediatamente, a vigilância epidemiológica municipal ou o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) do estado de São Paulo de acordo com a Portaria Nº 1.271, de 6/junho de 2014, os casos de viajantes que chegarem ao Brasil, proveniente de áreas de circulação do Ebola e que apresentem os seguintes sintomas conforme definição de caso a seguir.

O PLANTÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO CVE/CCD/SES-SP FUNCIONA DE SEGUNDA A SEGUNDA 24 HORAS

TEL: **0800-555 – 466 ou 3066 - 8750** ou E-mail: notifica@saude.sp.gov.br

Atenção: O diagnóstico de malária deve ser afastado, pois é causa comum de doença febril em pessoas com uma história de viagem aos países afetados.

Definição de caso

Suspeito: Indivíduo com febre que nos últimos 21 dias:

- seja procedente e/ou residente de países com transmissão de Ebola (Guiné, Libéria e Serra Leoa) e/ou

- tenha tido contato com sangue ou outros fluidos corporais de um paciente suspeito e/ou confirmado de Doença do Vírus Ebola podendo estar acompanhado de cefaleia, mialgia, vômitos, diarreia, dor abdominal e sinais de hemorragia como: melena, enterorragia, gengivorragia, hemorragias internas, sinais purpúricos e hematúria.

Confirmado: Caso suspeito que com resultado laboratorial (emitido por laboratório de referência) conclusivo para Ebola.

Transporte de pacientes suspeitos de Ebola

Dentro do estado de São Paulo a remoção será feita pelo Grupo de Resgate e Atendimento às Urgências e Emergências (GRAU) após avaliação da notificação pela Central/CIEVS sendo a mesma a responsável em acionar o efetivo do GRAU.

Hospital de Referência para atendimento de caso suspeito

Ficou definido que o Instituto de Infectologia Emilio Ribas (IIER) será o hospital de referência para o estado.

Laboratório de Referência

Fica definido pelo Ministério da Saúde que a investigação laboratorial será realizada no CDC/Atlanta sendo o Instituto Evandro Chagas (IEC) o responsável pelo envio da amostra.

ATENÇÃO:

Laboratórios públicos (federal, estadual ou municipal – incluindo universidades públicas) ou privados não devem realizar técnicas de isolamento viral, visto que o manuseio do vírus necessita de ambiente laboratorial nível NB4.

O material (sangue ou tecidos) deve ser transportado em temperatura ambiente em caixas triplas destinadas a substâncias infecciosas Categoria A UN/2814 ao laboratório de referência.

O Transporte será realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

Tipos de Exposição de Risco segundo o CDC

Segundo o CDC a exposição de risco se divide em baixa e alta, sendo:

Exposição de baixo risco

- Pessoas que permaneceram em unidade de saúde onde havia pacientes com Ebola, sendo:
 - Trabalhadores da saúde que utilizaram EPI adequado;
 - Funcionários não envolvidos na assistência direta ao paciente;
 - Outros pacientes do hospital que não tiveram Ebola e seus familiares;
 - Membros da família de um paciente com Ebola sem exposições de alto risco.
- Pessoas que tiveram contato direto com morcegos ou primatas de países afetados também, são consideradas como exposição de baixo risco.

Exposição de alto risco:

- Exposição percutânea ou membrana mucosa ou contato direto da pele com fluidos corporais de um caso suspeito ou confirmado de Ebola, sem uso de EPI;
- Processamento laboratorial de fluidos corporais de casos suspeitos ou confirmados de Ebola sem EPI adequado ou nível de biossegurança, precaução padrão, ou
- Participação em rituais funerários ou outros com exposição direta aos restos humanos na área geográfica onde o surto está ocorrendo sem EPI adequado.

Pessoas assintomáticas com exposições de alto ou baixo risco

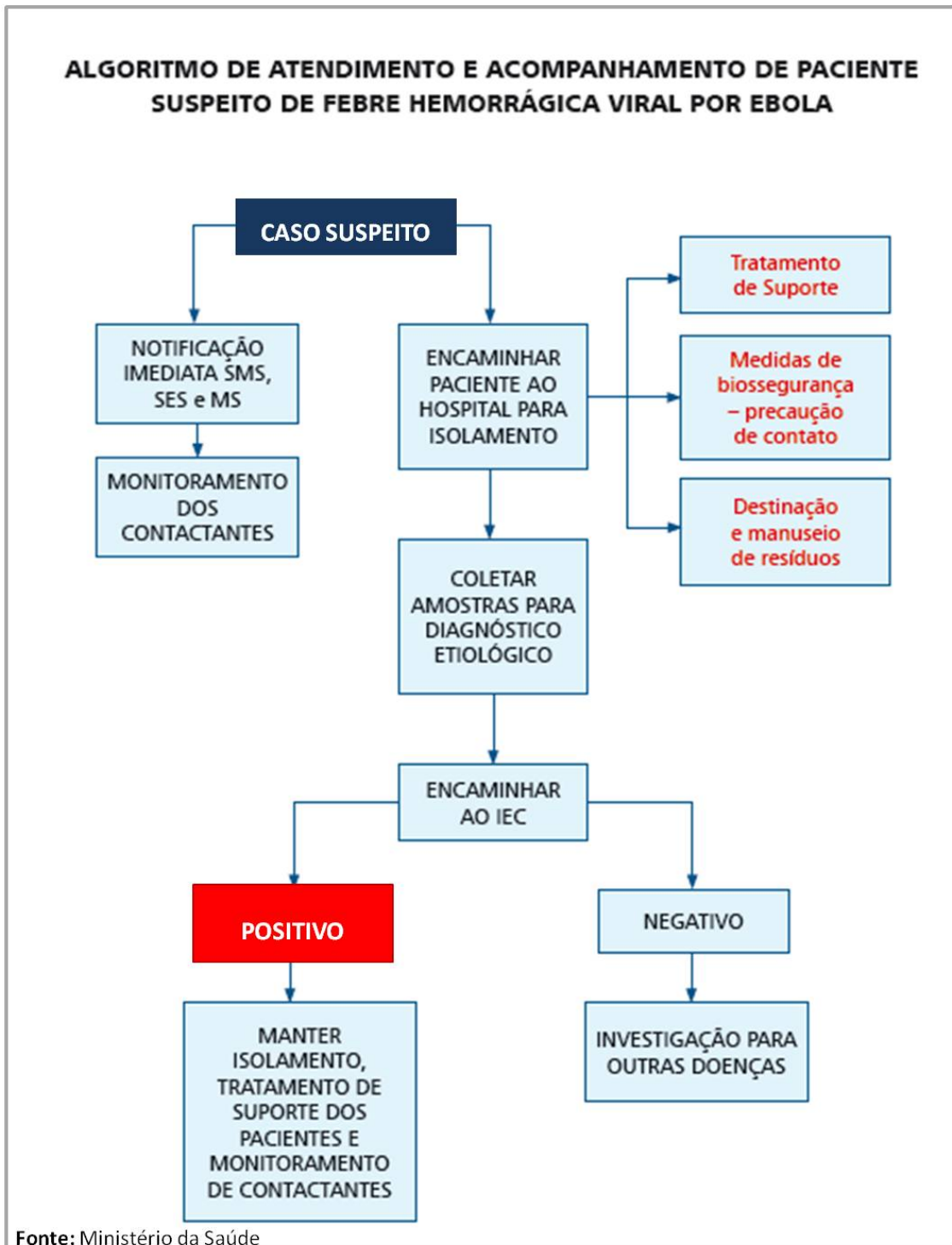
Devem ser monitoradas diariamente para febre e outros sintomas durante 21 dias a partir da última exposição conhecida, sendo avaliada clinicamente, na primeira indicação de doença.

Pessoas sem exposição conhecida

Mas que tenha febre com outros sintomas e exames de sangue anormais ou desconhecidos, no prazo de 21 dias após visitar países afetados, devem ser considerados para o teste se nenhum outro diagnóstico for encontrado.

Anexo

Algoritmo de Atendimento e acompanhamento de caso suspeito de Ebola



São Paulo, 09 de outubro de 2014.

Central/CIEVS, Divisão de Infecção Hospitalar e Divisão de Zoonoses

Bibliografia Consultada

Secretária de Vigilância de Saúde. PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA E MANEJO DE CASOS SUSPEITOS DE DOENÇA PELO VÍRUS EBOLA (DVE) Versão 3 . de agosto 2014. Disponível

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/21/PROTOCOLO-DE-VIGILANCIA-EBOLA-21-08.pdf>

Center for Disease Control and Prevention. Infection Prevention and Control Recommendations for Hospitalized Patients with Known or Suspected Ebola Hemorrhagic Fever in U.S. Hospitals. 2014. Disponível em:

<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/infection-prevention-and-control-recommendations.html>

World health Organization. Interim Infection Prevention and Control Guidance for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus Haemorrhagic Fever in Health-Care Settings, with Focus on Ebola. August 2014. Disponível em:

<http://www.who.int/csr/resources/who-ipc-guidance-ebolafinal>