

CRS SUL



**ALERTA PARA O MAIOR RISCO
DE LEPTOSPIROSE
NA ESTAÇÃO CHUVOSA 2024/2025**

No Município de São Paulo (MSP) a leptospirose é um agravo de grande importância para a saúde pública, devido à sua alta letalidade. Na série histórica de três anos, a área de abrangência da Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRSS) apresentou coeficiente de incidência maior nos três períodos e letalidade menor em 2024 em comparação ao MSP. (Tabela 1).

Tabela 1. Casos Notificados, Casos Confirmados, Óbitos, Letalidade e Coeficiente de Incidência de Leptospirose Humana – CRSS e MSP. 2022 a 2024.

Leptospirose	2022		2023		2024	
	MSP	CRSS	MSP	CRSS	MSP	CRSS
Casos notificados	816	256	1053	304	687	219
Casos confirmados	201	51	191	66	110	31
Óbitos	20	6	19	7	11	1
Letalidade (%)	10,0	11,8	9,9	10,6	10,0	3,2
Incidência (100 mil habitantes)	1,7	1,8	1,6	2,3	0,9	1,1

Fonte: SINANNET (dados provisórios até 31/10/2024)

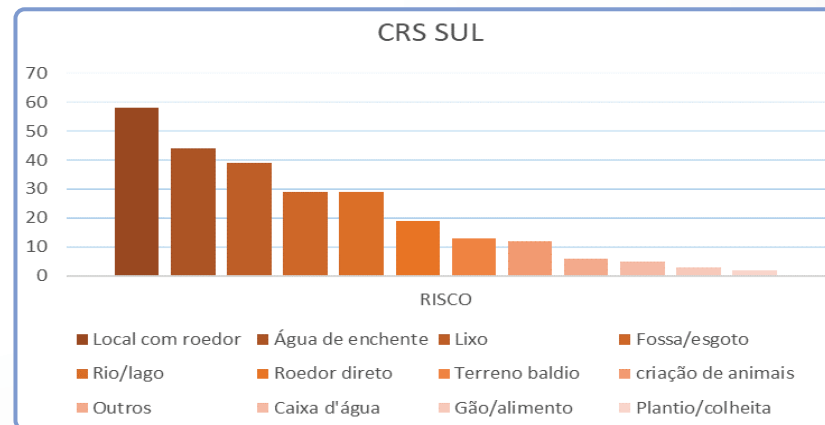
A doença acomete principalmente populações residentes em áreas de risco nas quais há fatores determinantes para manutenção desta realidade, como ocupação de fundos de vale, proximidade a córregos, precariedade de saneamento básico e no padrão de habitabilidade, deficiências na coleta e destinação de resíduos sólidos, associados a fatores climáticos, como a ocorrência de inundações.



Imagem 1: Chuvas afetam vida dos moradores da Vila Itaim, zona leste de São Paulo Edu Garcia/R7 <https://noticias.r7.com/sao-paulo/buracos-e-carros-submersos-zona-leste-de-sp-sofre-com-enchentes-13022019>
 Imagem 2: ht <https://spdiario.com.br/moradores-sofrem-com-infestacao-de-ratos-na-zona-sul-de-sp/>
 Imagem 3: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/jacana_tremembe/noticias/?p=90369

Na CRSS, no período de 2022 a 2024, as principais situações de risco foram contato ou limpeza de local com sinais de roedores, contato com água ou lama de enchente e contato com lixo. No Gráfico 1, observamos o número dos fatores de risco declarados no total de casos confirmados. Lembrando que, mais de um risco pode ter sido declarado por caso.

Gráfico 1. Fatores de risco envolvidos na transmissão de Leptospirose - CRS Sul (2022 - 2024 - MSP)



Fonte: SINANNET (dados provisórios até 31/10/2024)



1 - DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO:

Indivíduo com febre, cefaleia e mialgia, que apresente pelo menos um dos seguintes critérios:

Critério 1: antecedentes epidemiológicos sugestivos nos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas:

- exposição a enchentes, alagamentos, lama ou coleções hídricas;
- exposição a esgoto, fossas, lixo e entulho;
- atividades que envolvam risco ocupacional como coleta de lixo e de material para reciclagem, limpeza de córregos, trabalho em água ou esgoto, manejo de animais, agricultura em áreas alagadas;
- vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial;
- residir ou trabalhar em áreas de risco para a leptospirose;

Áreas de risco: áreas determinadas pela Vigilância Epidemiológica a partir da análise da distribuição espacial e temporal de casos de leptospirose, bem como dos fatores de risco envolvidos.

Critério 2: pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

- sufusão conjuntival
- sinais de insuficiência renal aguda (incluindo alterações no volume urinário)
- icterícia e/ou aumento de bilirrubinas
- fenômenos hemorrágicos

2 - PERÍODO DE INCUBAÇÃO: 1 a 30 dias, mais frequente 5 a 14 dias.

3 - MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS: podem ocorrer casos assintomáticos, oligossintomáticos e quadros clínicos graves com apresentações fulminantes.

Fase precoce (leptospirêmica) - início súbito: febre, cefaleia, mialgia (principalmente nas panturrilhas), anorexia, náuseas e vômitos, diarreia, artralgia, hiperemia ou hemorragia conjuntival, fotofobia, dor ocular e tosse; exantema ocorre em 10-20% dos pacientes; hepatomegalia, esplenomegalia e linfadenopatia, menos comum (< 20%); sufusão conjuntival em cerca de 30% dos pacientes. Essa fase pode regredir em 3 a 7 dias.

Fase tardia (imune): em 10% a 15% dos pacientes ocorre a evolução para quadros graves (geralmente após a primeira semana de doença, e mais precoce nas formas fulminantes).

● Síndrome de Weil é a manifestação clássica da leptospirose grave - tríade de icterícia (rubínica), insuficiência renal e hemorragias, mais comumente pulmonar (letalidade maior que 50%). Outras manifestações frequentes: miocardite, arritmias, pancreatite, anemia, distúrbios neurológicos, meningite asséptica.

Fase da convalescença: astenia, anemia, icterícia melhoram lentamente.

SINAIS DE ALARME = INTERNAÇÃO: Dispneia, tosse e taquipneia (pode ser hemorragia pulmonar!), alterações urinárias (geralmente oligúria), fenômenos hemorrágicos (incluindo hemoptise e escarros hemoptoicos), hipotensão, alterações do nível de consciência, vômitos frequentes, arritmias, icterícia. Quando indicada, a diálise deve ser precocemente iniciada.



4 - INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL:

- Exames inespecíficos: hemograma e bioquímica (ureia, creatinina, bilirrubina total e frações, TGO, TGP, gama-GT, fosfatase alcalina e CPK, Na⁺ e K⁺).
- Exames específicos:

DOENÇA	EXAME	DIAS DO INÍCIO DE SINTOMAS	MATERIAL	ONDE É REALIZADO	PARA QUEM COLHER
LEPTOSPIROSE	ELISA IgM	1º atendimento (fase aguda da doença) até o 60º dia	SANGUE (TUBO SECO GEL)	LABZOO/DVZ	Todos os casos suspeitos de LEPTOSPIROSE
	Microaglutinação (MAT)	1ª amostra no 1º atendimento (fase aguda) e a 2ª, 14 dias após			
	PCR	Até o 7º dia (fase aguda)	SANGUE (EDTA) ou LÍQUOR	GAL/IAL	
	Cultura	Até o 7º dia (fase aguda), preferivelmente antes da antibioticoterapia	SANGUE (HEPARINA) ou LÍQUOR		

Caso o paciente evolua para óbito, deve-se coletar fragmento de fígado e pulmão, por punção, para realização de imunohistoquímica.

ATENÇÃO: Lembrar de dengue como diagnóstico diferencial!

5 - TRATAMENTO

Sempre que houver suspeita, a antibioticoterapia deve ser, PRONTAMENTE, iniciada.

ANTIBIOTICOTERAPIA

TRATAMENTO COM ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL (1ª semana)	TRATAMENTO COM PACIENTE INTERNADO (após 1ª semana, geralmente)
Adultos: - Amoxicilina: 500 mg, VO, de 8/8 horas, por 5 a 7 dias ou - Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 5 a 7 dias.	Adultos: - Penicilina G Cristalina: 1.5 milhões UI, IV, de 6/6 horas ou - Ampicilina: 1 g, IV, de 6/6 horas ou - Ceftriaxona: 1 a 2 g, IV, 24/24 horas ou - Cefotaxima: 1 g, IV, de 6/6 horas Alternativa: Azitromicina 500 mg, IV, de 24/24 horas
Crianças: - Amoxicilina: 50mg/kg/dia, VO, divididos, de 8/8 horas, por 5 a 7 dias;	Crianças: - Penicilina cristalina: 50 a 100.000 U/kg/dia, IV, em quatro ou seis doses ou - Ampicilina: 50-100 mg/kg/dia, IV, dividido em quatro doses ou - Ceftriaxona: 80-100 mg/kg/dia, em uma ou duas doses ou - Cefotaxima: 50- 100 mg/kg/dia, em duas a quatro doses. Alternativa: Azitromicina 10 mg/kg/dia, IV

No atendimento ambulatorial o paciente deve ser orientado que caso ele apresente algum dos sinais de alerta deverá procurar o serviço médico imediatamente. O paciente deve ser reavaliado entre 24 e 72 horas.

6 - NOTIFICAÇÃO: Notificar todo caso suspeito em até 24 horas para a Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS) por meio da Ficha de Investigação Epidemiológica de Leptospirose, disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Leptospirose/Ficha_Leptospirose.pdf

Referência: Guia Leptospirose: Diagnóstico e Manejo Clínico: <http://bit.ly/38oe52c>