



**NOTA TÉCNICA Nº 007/2014/DIVE/SUV/SES
(Atualizado em 12 de junho de 2014)**

Assunto: Revisão das recomendações disponíveis no Guia de Vigilância epidemiológica (7ª edição/2009) quanto às definições de caso suspeito, confirmado, tratamento e profilaxia da coqueluche para o país.

A coqueluche (tosse comprida) é uma doença infecciosa aguda, de transmissão respiratória, causada pelo bacilo gram negativo *Bordetella pertussis* que compromete o trato respiratório. A doença ocorre de forma endêmica, mas pode se apresentar na forma de surtos com a possibilidade de complicações e mortes. É uma doença de notificação e investigação obrigatória.

Segundo informe do Ministério da Saúde/SVS, desde o ano de 2011 vem sendo observado um aumento súbito no número de casos de coqueluche em todas as regiões do Brasil cuja incidência quadruplicou em relação ao ano anterior (2010) em 2013 a incidência no país foi de 2,8 para cada 100.000 habitantes. Em SC no ano de 2012, a incidência por 100.000 habitantes foi de 4,3 e em 2013 3,6 e até a semana epidemiológica 20 de 2014 a incidência está em 1,08 por 100.000 habitantes, indicando diminuição no número de casos.

A faixa etária mais atingida são os menores de 01 ano e dentre estes os menores de 6 meses que possuem maior risco de evoluírem para óbito. A taxa de letalidade no ano de 2011 no estado foi de 8,6% sendo a maior dos últimos 05 anos.

Tendo em vista o cenário que se apresenta, é necessário o acompanhamento do comportamento da doença para a adoção de medidas de controle e assistência oportuna e adequada com especial ênfase nas medidas de quimioprofilaxia e imunização (acompanhamento e resgate de coberturas).

1. Definição de caso suspeito de coqueluche

Menores de 6 meses de idade⁽¹⁾:

a) Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo há dez (10) dias ou mais, associada a um ou mais dos seguintes sintomas:

- Tosse paroxística - tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10) em uma única expiração
- Guincho inspiratório - resultante da inalação forçosa do ar contra a glote estreitada
- Cianose, saliência dos olhos, protrusão da língua, salivação; e/ou
- Vômitos pós-tosse.
- Engasgo, Apnéia.

Maior ou igual a 6 meses de idade:

a) Todo indivíduo, independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse de qualquer tipo há 14 dias ou mais associada a um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse paroxística; guincho inspiratório, vômito pós –tosse.⁽¹⁾

b) Todo indivíduo com tosse por qualquer período, com história de contato próximo* com caso confirmado de coqueluche pelo critério laboratorial. ⁽¹⁾

***OBS:** Contato próximo (**comunicante**) – todo indivíduo que teve exposição face a face e cerca de um metro ou menos de distância com um caso suspeito

2. Conduta frente aos casos suspeitos:

- Notificar imediatamente todo caso suspeito de coqueluche
- Realizar coleta de material de nasofaringe para cultura de *Bordetella pertussis*. O crescimento da bactéria na amostra está relacionado ao tempo da doença e ao uso de antibiótico prévio (< 3 dias), vide nota técnica conjunta Lacen-Dive nº 02/07, disponível em:
http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/imunizacao/noticias/Nota_Tecnica_Conjunta_LA_CEN.pdf.
- O bloqueio vacinal **deve ser realizado de forma seletiva** para as crianças de 2 meses a 6 anos completos, com vacina DTP+Hib+HB (Pentavalente) ou DTP. Essa ação consiste na revisão do esquema vacinal de cada criança e na atualização conforme esquema vacinal preconizado pelo PNI/MS, se necessário.
- Instituir o tratamento dos casos suspeitos e desencadear medidas de controle.
- Instituir quimioprofilaxia para os contatos/comunicantes (descritos abaixo)
- Identificar comunicantes sintomáticos (crianças e adultos) para a coleta de material de nasofaringe para cultura de *Bordetella pertussis*
- **Caso não sejam encontrados comunicantes sintomáticos** coletar amostra de **um** comunicante íntimo mais próximo assintomático ex: pais, cuidadores e avós,
- Orientar em caso de hospitalização o isolamento respiratório de gotículas até 5 dias após o início do tratamento com antibiótico.

3. Investigação de Comunicantes

Define-se como comunicante qualquer pessoa exposta a um caso de coqueluche (suspeito ou confirmado), entre o início do período catarral até três semanas após o início do período paroxístico da doença (período de transmissibilidade) e que teve exposição face a face e cerca de um metro ou menos de distância com um caso suspeito. ⁽¹⁾⁽²⁾

A investigação de comunicantes deve ser feita na residência, creche, escola e outros locais que possibilitaram o contato íntimo com o caso.

Devem ser Identificados os comunicantes, com tosse, há pelo menos uma semana, verificar a situação vacinal dos comunicantes, considerando doses registradas na caderneta de vacinação, e, se necessário, atualizar o esquema vacinal dos menores de sete anos com a vacina Pentavalente ou DTP.

4. São considerados comunicantes para receberem a quimioprofilaxia: ⁽¹⁾

- Crianças menores de 01 ano que tenham contato íntimo com um caso de coqueluche (suspeito ou confirmado) independente da situação vacinal e período de tosse;
- Crianças menores de 07 anos, não vacinadas ou com situação vacinal desconhecida ou que tenham recebido menos de 04 doses de vacina DPT + Hib (Tetavalente), DTP+Hib+Hep (Pentavalente) e DTP

- Com mais de sete anos de idade, que tiveram contato próximo com um caso suspeito de coqueluche ou contato com um comunicante vulnerável no mesmo domicílio, no período de até 21 dias

5. Os grupos de comunicantes mais vulneráveis ao adoecimento por coqueluche são: ⁽¹⁾

- Recém – nascidos de mãe com sintomas respiratórios;
- Crianças com menos de um ano, com menos de três doses de vacina Penta, Tetraivalente ou DTP
- Crianças com menos de dez anos, não imunizadas ou com imunização incompleta (com menos de três doses de vacina Penta, Tetraivalente ou DTP)
- Mulheres no último trimestre de gestação
- Indivíduos que trabalham em serviços de saúde ou diretamente com crianças
- Indivíduos com comprometimento imunológico
- Indivíduos com doenças crônicas graves

Observação ⁽¹⁾ : O portador de coqueluche é todo indivíduo que não apresentou sinais e sintomas sugestivos, no entanto, de quem se obteve isolamento da *B .pertussis* pela cultura. A quimioprofilaxia é também indicada a esse portador, pois a presença do agente etiológico no organismo humano favorece a disseminação da doença a outros indivíduos vulneráveis.

Mulheres no último mês de gestação ou puérperas, que tiveram contato com caso suspeito ou confirmado e apresentarem tosse por cinco dias ou mais, independentemente da situação epidemiológica, devem realizar o tratamento para coqueluche. Além do tratamento das gestantes e puérperas, a criança RN também deverão ser tratados.

6. Tratamento e quimioprofilaxia:

O uso preferencial da **azitromicina** e de **claritromicina** para tratamento e quimioprofilaxia da coqueluche é recomendado pelos guias de vigilância do *Center for Diseases Control and Prevention (CDC)*, dos Estados Unidos, e da agência inglesa *Health Public Protection* (2011).⁽¹⁾

Tendo em vista as evidências científicas dos benefícios e a disponibilidade dessas drogas, o Ministério da Saúde preconiza o uso da azitromicina como droga de primeira escolha no tratamento e na quimioprofilaxia da coqueluche e, como segunda opção a claritromicina. Nos casos de contra-indicação ao uso destes macrolídeos, recomenda-se o sulfametoxazol associado ao trimetoprim.

A eritromicina pode ser usada, porém é contra indicada para crianças com menos de 1 mês de idade e nas situações de intolerância ou dificuldade de adesão. Os antibióticos indicados e suas respectivas posologias são os mesmos, tanto para tratamento como para a quimioprofilaxia.

A imunoglobulina humana não tem valor terapêutico comprovado.

No quadro abaixo estão as orientações de esquemas terapêuticos e quimioprofiláticos para coqueluche:

Quadro 1 - Esquemas terapêuticos e quimioproláticos da coqueluche

1ª escolha: Azitromicina	
Idade	Posologia
< 6 meses	10 mg/kg em 1 dose por dia durante 5 dias
≥ 6 meses	10 mg/kg (máximo de 500 mg) em 1 dose no 1º dia e 5 mg/kg (máximo de 250 mg) em 1 dose por dia do 2º ao 5º dia
Adultos	500 mg em 1 dose no 1º dia e 250 mg em 1 dose por dia do 2º ao 5º dia

2ª escolha: Claritromicina^a	
Idade	Posologia
< 1 mês	Não recomendado
1 a 24 meses	≤ 8 kg:
	7,5 mg/kg de 12/12 horas durante 7 dias
	> 8 kg:
	6,2 mg de 12/12 horas durante 7 dias
3 a 6 anos	125 mg de 12/12 horas durante 7 dias
7 a 9 anos	187,5 mg de 12/12 horas durante 7 dias
≥ 10 anos	250 mg de 12/12 horas durante 7 dias
Adulto	500 mg de 12/12 horas durante 7 dias

^aapresentação de 125 mg/5 ml.

Eritromicina (em caso de indisponibilidade dos medicamentos anteriores)	
Idade	Posologia
< 1 mês	Não recomendado devido a associação com a síndrome de hipertrofia pilórica
1 a 24 meses	125 mg de 6/6 horas durante 7 a 14 dias
2 a 8 anos	250 mg de 6/6 horas durante 7 a 14 dias
> 8 anos	250-500 mg de 6/6 horas durante 7 a 14 dias
Adulto	500 mg de 6/6 horas durante 7 a 14 dias

Sulfametoxazol-trimetoprin (SMZ-TMP), no caso de Intolerância a macrolídeo^b	
Idade	Posologia
< 2 meses	Contraindicado
≥ 6 semanas - 5 meses	SMZ 100 mg e TMP 20 mg de 12/12 horas durante 7 dias
≥ 6 meses - 5 anos	SMZ 200 mg e TMP 40 mg de 12/12 horas durante 7 dias
6 a 12 anos	SMZ 400 mg e TMP 80 mg de 12/12 horas durante 7 dias
Adultos	SMZ 800 mg e TMP 160 mg de 12/12 horas durante 7 dias

^b Droga alternativa se houver contra-indicação de azitromicina, claritromicina ou eritromicina.

OBS: O TRATAMENTO DEVE SER SEMPRE INICIADO NA SUSPEIÇÃO DO CASO MESMO ANTES DO RESULTADO DOS EXAMES.

7. Diagnóstico diferencial:

Deve ser feito com as infecções respiratórias agudas, como traqueobronquites, bronqueolites, adenovirose, laringites etc. Outros agentes podem causar a síndrome coqueluche, dificultando o diagnóstico diferencial, entre os quais a *Bordetella parapertussis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae* e adenovirus (1,2,3 e 5).

8. Critérios para confirmação de casos:

- **Laboratorial:** Todo indivíduo que atenda a definição de caso suspeito de coqueluche com isolamento da *Bordetella pertussis* ou identificação por PCR em tempo real.⁽¹⁾ A cultura positiva de material de nasofaringe/ isolamento de *B.pertussis* é considerado “padrão ouro” para diagnóstico
- **Clínico-epidemiológico:** caso suspeito que teve contato com caso confirmado por coqueluche pelo critério laboratorial, desde o início do período catarral até três semanas após o início do período paroxístico (período de transmissibilidade).
- **Clínico:** Todo caso suspeito de coqueluche cujo hemograma apresente leucocitose (acima de 20.000 leucócitos /mm³) e linfocitose absoluta (acima de 10.000 linfócitos/mm³), desde que sejam obedecidas as seguintes condições: resultado de cultura negativa, ou não realizada, inexistência de vínculo epidemiológico e não confirmado diagnóstico de outra etiologia.

Salienta-se que, ao confirmar ou descartar o caso de coqueluche pelo critério clínico, deve-se analisar, concomitantemente à sintomatologia, a idade, a situação vacinal, o período da tosse associado ao de transmissibilidade (21 dias), o resultado do hemograma e demais informações porventura disponíveis. Estas variáveis não são excludentes entre si.⁽¹⁾

O hemograma é um exame complementar indicativo mas não determinante na confirmação ou descarte dos casos suspeitos de coqueluche pois a situação vacinal pode influenciar no seu resultado. Que auxilia na classificação dos casos suspeitos pelo critério clínico, quando não obtemos resultado positivo pela cultura.).⁽¹⁾

- **Descartado**

Caso suspeito que não se enquadre em nenhuma das situações anteriores

9. Medidas de prevenção e controle

9.1. Identificação do possível local de transmissão

Verificar se no local de residência, na creche, na escola no trabalho há **indícios de outros casos suspeitos**. Quando não se identificar casos nestes locais, interrogar sobre deslocamentos e permanência em outras áreas, mediante entrevista com o paciente, familiar ou responsável.

9.2 Busca ativa de casos

Após a identificação do possível local de transmissão, iniciar, imediatamente, busca ativa de outros casos, casa a casa, na creche, escola, local de trabalho e em unidades de saúde.

9.3 Medidas gerais

a) Pacientes não hospitalizados:

- Os pacientes não hospitalizados devem ser afastados de suas atividades habituais (creche, escola, trabalho) por pelo menos cinco dias após o início de tratamento com antimicrobiano;
- **Não** se deve aguardar os resultados dos exames **para o desencadeamento das medidas de controle e outras atividades da investigação**, embora eles sejam imprescindíveis para confirmar os casos e nortear o encerramento das investigações.

b) Pacientes hospitalizados:

- Para pacientes hospitalizados recomenda-se o isolamento respiratório de gotículas em quarto privativo e com porta fechada, lavagem das mãos e uso de máscara. O transporte do paciente deve ser limitado. A limpeza e desinfecção de objetos deve ser realizada com hipoclorito de sódio a 1%, metais devem ser desinfetados com álcool etílico a 70%.

10. Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Nota informativa Nº 08, de 2014 DEVIT/SVS/MS
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica- 7ed-Brasilia: Ministério da Saúde,2009.
3. Nota técnica Coqueluche. SMS / Porto Alegre, abril 2012.
4. Nota técnica Coqueluche. 001 /2012 SESA Paraná.

Florianópolis, 12 de junho de 2014.

Eduardo Marques Macário
Diretor de Vigilância Epidemiológica