

MAIS INFORMAÇÕES

Em caso de dúvida ou necessidade de maiores informações, entrar em contato com a Unidade de Vigilância em Saúde de sua Subprefeitura (UVIS), ou Vigilância em Saúde/Vigilância em Saúde Ambiental, 3350 6617, 33506660, 33502021

FONTES

Informe Técnico sobre Leptospirose

"Verão, estação das chuvas, das enchentes e também da leptospirose".

Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de SP.
Revisado em 2004.

Manual de Vigilância Epidemiológica da Leptospirose
Normas e Instruções
CVE - SES-SP - 1994.

Guia de Vigilância Epidemiológica -
Ministério da Saúde - FUNASA -
5ª Edição - 2002

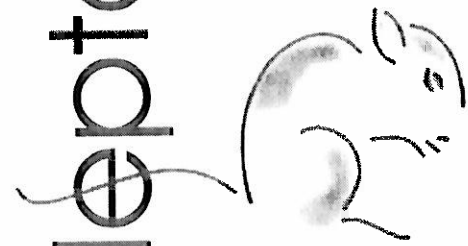
SECRETARIA MUNICIPAL DA

Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE AMBIENTAL

PREFEITURA DE
São Paulo

leptospirose



ORIENTAÇÃO

DIAGNÓSTICA

&

TERAPÊUTICA

A Leptospirose é uma zoonose causada por bactéria do gênero *Leptospira*. É doença que acomete os homens e os animais e tem como principal transmissor, no meio urbano, os roedores que uma vez infectados eliminam a bactéria pela urina por toda a vida.

No Município de São Paulo, ela ocorre o ano todo, acometendo principalmente pessoas que moram em condições precárias. Há um grande incremento no número de casos na época de verão, quando as chuvas e as enchentes expõem a população ao contato com água e lama contaminadas.

Caracterizada por intensa vasculite, seu período de incubação é de 1 a 30 dias (em média, 7 a 15 dias) e o quadro clínico muito variado: infecção assintomática, formas leves que se confundem com dengue e outras viroses, formas moderadas e graves que cursam com ou sem icterícia (essa determina maior gravidade ao quadro). Nessas duas formas clínicas, poderá haver insuficiência renal aguda, miocardite, meningite e outras manifestações neurológicas, hemorragia pulmonar e gastrointestinal, entre outros.

O Município de São Paulo apresentou, em 2002 e 2003, letalidade de 21,1% e 17,6% respectivamente e a maior causa de óbito foi a hemorragia pulmonar.

Caso suspeito:

pacientes que apresentem febre, mialgia - principalmente em panturrilhas, hiperemia conjuntival, icterícia, diminuição do volume urinário, manifestações hemorrágicas ou sintomas de processo infeccioso inespecífico com antecedentes epidemiológicos de risco: contato com água ou lama de enchentes, água de correios, rios e lagos, fossa, esgoto, lixo, urina de animais doentes ou contato direto com urina de roedores.

A suspeita de qualquer forma clínica deve ser tratada e notificada.

SEGUIMENTO

FORMAS MODERADAS E GRAVES

Exames básicos: hemograma com contagem de plaquetas, sódio, potássio, uréia e creatinina, transaminases, bilirrubinas, CK e CK-MB.

Exames especiais: deverão ser solicitados conforme a necessidade clínica - RX tórax. Gasometria para os distúrbios respiratórios; ECG nas arritmias; LCR na irritação meningea; pesar risco benefício devido aos possíveis distúrbios de coagulação, Ultrassonografia de fígado e vias biliares na suspeita de colecistite calculosa e colangite; TC de crânio nos casos de coma com suspeita de hemorragia intracraniana; Ecodoppler cardiografia nos casos de disfunção miocárdica.

I-Formas Leves:

- Seguimento ambulatorial com orientação de repouso, hidratação adequada, coleta de exames para diagnóstico específico, retornos periódicos para confirmação laboratorial, observação quanto à evolução dos sintomas (função renal, icterícia, sintomas respiratórios) e retorno imediato em caso de piora.

II-Formas Moderadas e Graves:

- Nos distúrbios respiratórios RX de tórax e gasometria arterial
 - se $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ (em ambiente), fornecer $\text{O}_2 - 2 \text{ a } 15 \text{ l/min}$, por cateter nasal ou máscara facial
 - se $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ com O_2 máximo, sedar, intubar e instituir ventilação mecânica, utilizando PEEP inicial de $5 \text{ cm H}_2\text{O}$ e incrementar a FiO_2 e o PEEP visando manter a $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$ e/ou $\text{SatO}_2 > 90\%$.

- Reposição volêmica: instalar PVC se necessário, através de intracath ou dissecação de veia nos casos de alto risco de sangramento ($\text{plaq} < 10.000/\text{mm}^3$). Em caso de desidratação, expandir com Soro Fisiológico 0,9% e associar colóides (gelatina, dextran, hidroxietilamido, albumina) nos casos de risco de edema pulmonar.

- Se mantiver hipotensão após hidratação adequada, administrar Noradrenalina, na dose inicial de $0,08 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ em infusão contínua e com ajustes de $0,03 \text{ a } 0,05 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, visando manter a $\text{PAM} > 60 \text{ mmHg}$. Na falta de Noradrenalina, a Dopamina pode ser utilizada na dose inicial de $5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, com acréscimos de $2 \text{ a } 3 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, visando manter a $\text{PAM} > 60 \text{ mmHg}$. A Dobutamina pode ser associada ou usada isoladamente nos casos de disfunção miocárdica e ICC (choque cardiogênico) na dose inicial de $5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, com acréscimos de $2 \text{ a } 3 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, visando manter a $\text{PAM} > 60 \text{ mmHg}$. Pacientes que evoluem com hipotensão refratária à reposição volêmica são candidatos à monitorização hemodinâmica invasiva com cateter de artéria pulmonar, para melhor controle da volemia e das drogas vasoativas.

- Se mantiver oligúria após hidratação adequada, pode-se tentar revertê-la com Furosemida, na dose de 100mg.

- Controle diário da diurese e da uréia e creatinina plasmática (atenção para as formas não oligúricas da insuficiência renal).

- No caso de Insuficiência Renal Aguda instalada, com ou sem oligúria, mas com níveis crescentes de uréia e creatinina e associada a fenômenos hemorrágicos graves, edema pulmonar e hipervolemia, instituir diálise. O procedimento dialítico de escolha é aquele que for disponível no serviço. Nos casos de choque, devido à hipoperfusão peritoneal, a hemodialise é a mais indicada.

- Nos casos de hipopotassemia grave ($\text{K} < 2,5 \text{ mEq/l}$) acompanhada ou não de arritmia cardíaca, repor potássio na velocidade de $0,5 \text{ mEq}/\text{kg}/\text{h}$ até no máximo de $10 \text{ a } 20 \text{ mEq}/\text{h}$, diluído em soluções de no máximo 80 mEq/l , durante 2 horas, reavaliando com novas dosagens de K. Repor com cautela na presença de insuficiência renal. Nas hipopotassemias mais leves, aumentar o K na manutenção.

- Nos casos de sangramento, se as plaquetas estiverem abaixo de $30.000/\text{mm}^3$, administrar concentrado de plaquetas; se o Coagulograma estiver alterado (TP elevado, AP diminuído, TS e TC aumentados), administrar vitamina K e plasma fresco.

- Prevenção de hemorragia digestiva: Pantoprazol ($40 \text{ mg EV } 12/12\text{hs}$) ou Omeprazol ($40 \text{ mg EV } 12/12\text{hs}$) ou Ranitidina ($50 \text{ mg EV } 8/8\text{hs}$ ou $6/6\text{hs}$) Hidróxido de Alumínio ou Sucralfato podem ser associados em casos selecionados.

- Arritmias cardíacas (fibrilação atrial e extrasístoles supra e ventriculares): corrigir inicialmente os distúrbios hidroeletrólíticos. Caso persistam as arritmias, tratar com Quinidina, Amiodarona, Xilocaina ou outros antiarrítmicos, de acordo com o caso.

CONCLUSÃO

Teste de ELISA-IgM colhido a partir do 7º dia do início da doença. Se o estado geral do paciente não for satisfatório, colher sangue no momento da admissão. Se o resultado da sorologia for negativo e esta foi colhida antes do 7º dia do início dos sintomas, colher nova amostra após essa data.

Encaminhar amostra para o CCZ ou IAL

INDICAÇÃO GERAL

ANTIBIOTICOTERAPIA

Formas Leves:

Amoxicilina 500 mg VO 8/8hs ou Ampicilina 500mg VO 6/6h ou Doxiciclina* 100 mg VO 12/12hs, por **5 a 7 dias**.

Formas Moderadas e Graves:

Penicilina G Cristalina: 6 a 12 milhões U/dia, EV em 4 a 6 tomadas diárias. Crianças, 50 a 100.000 U/kg/dia, em 4 ou 6 doses, por **7 a 10 dias**.

Alternativas: Ampicilina 4g/dia (crianças 50-100mg/kg/dia), Tetraciclina* 2 g/dia ou Doxiciclina* 100 mg 12/12h.

* não devem ser utilizados em crianças menores de 9 anos, mulheres grávidas e em pacientes portadores de nefropatias ou hepatopatias.