

Arboviroses emergentes: Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela

Profa. Dra. Jaqueline Dario Capobiango

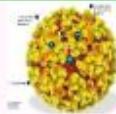
Curso de Atualização em Pediatria
Março - 2019

Arboviroses emergentes



VÍRUS CHIKUNGUNYA

Família: *Togaviridae*
Gênero: *Alphavirus*
Sorotipo único, 03 genótipos



Estrutura

Esféricos e envelopados
40-70 nm, Genoma: ssRNA (+); ~11 -12 kb

Vetores



Aedes albopictus



Aedes aegypti

DENGUE e ZIKA

Família: *Flaviviridae*
Gênero: *Flavivirus*
Dengue: 04 sorotipos, 20 genótipos
Zika: sorotipo único, 02 genótipos



<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0108169>

Chambers *et al.*, 1990; Cruz, 2005, Rossmann 2008;
<http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/dengue/electron-micrograph.htm>

FEBRE AMARELA

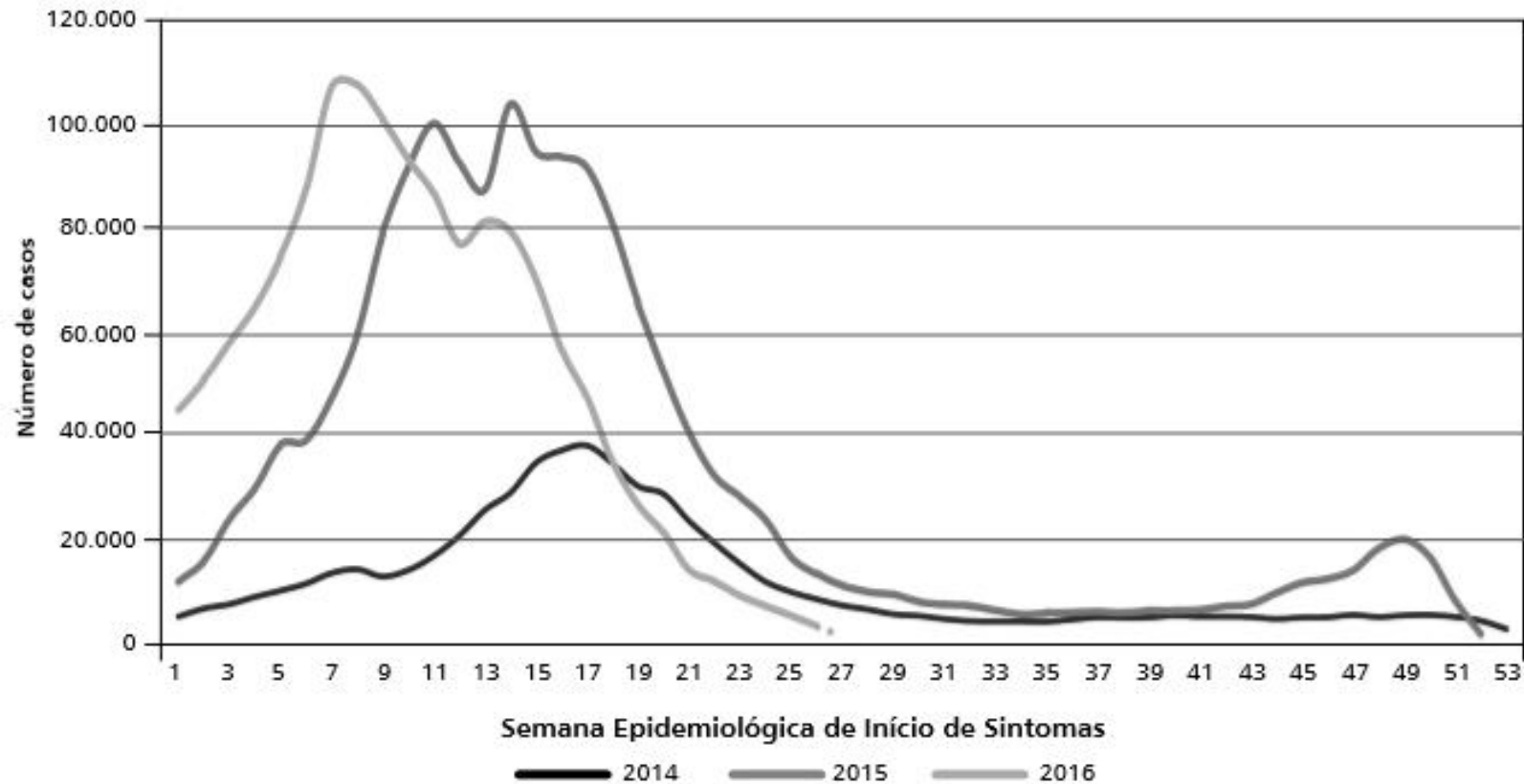
Flaviviridae

Vetores: *Haemagogus* e *Sabethes*

Por que as Arboviroses vêm aumentando?

- ✓ Altos índices pluviométricos
- ✓ Urbanização acelerada e sem planejamento
- ✓ Migrações, grande fluxo populacional entre as localidades, viagens aéreas
- ✓ Alto índice de infestação pelo mosquito *Aedes aegypti*
- ✓ Deterioração do sistema de saúde
- ✓ Ausência de tratamento etiológico
- ✓ Febre amarela: falta de vacinação

Dengue no Brasil



Fonte: Sinan Online (atualizado em *13/07/2015; *04/01/2016; *12/07/2016).
Dados sujeitos a alteração.

Figura 1 – Casos prováveis, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2014*, 2015^b e 2016^c

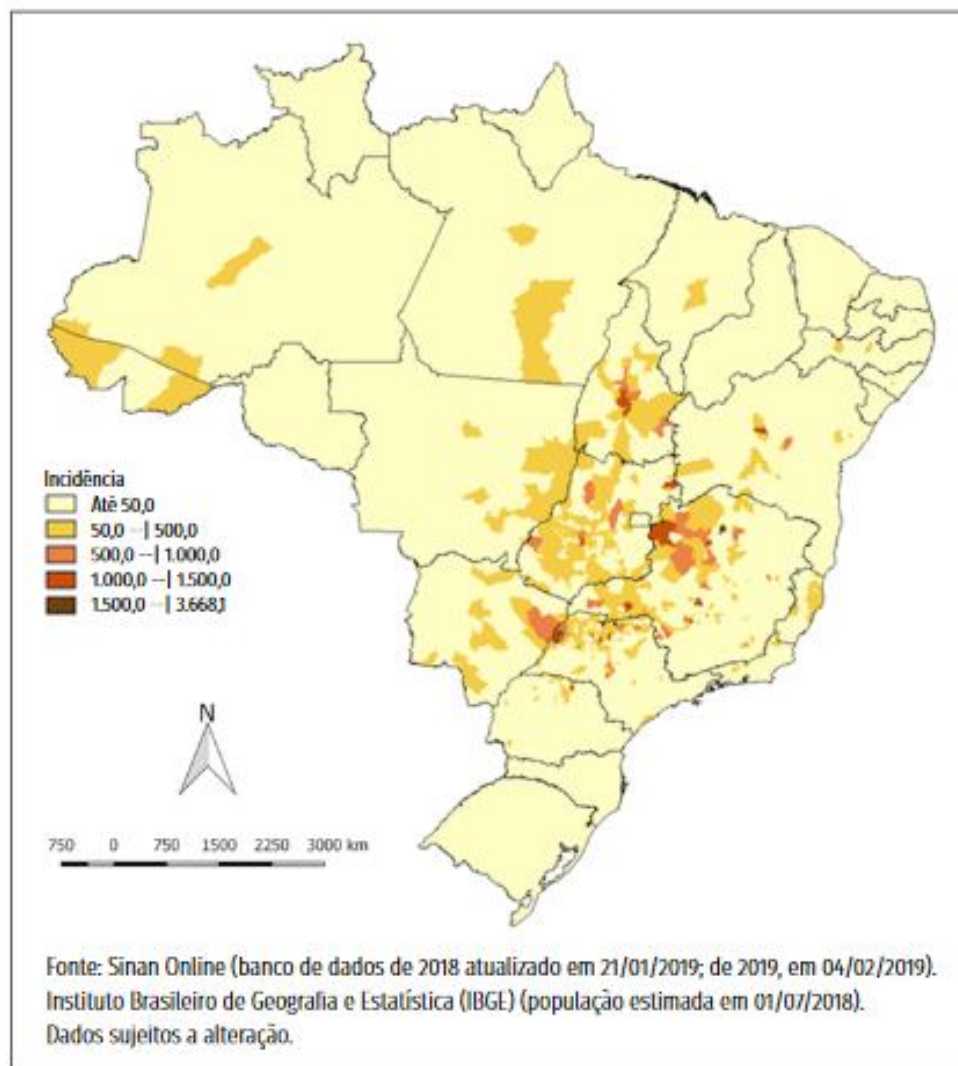
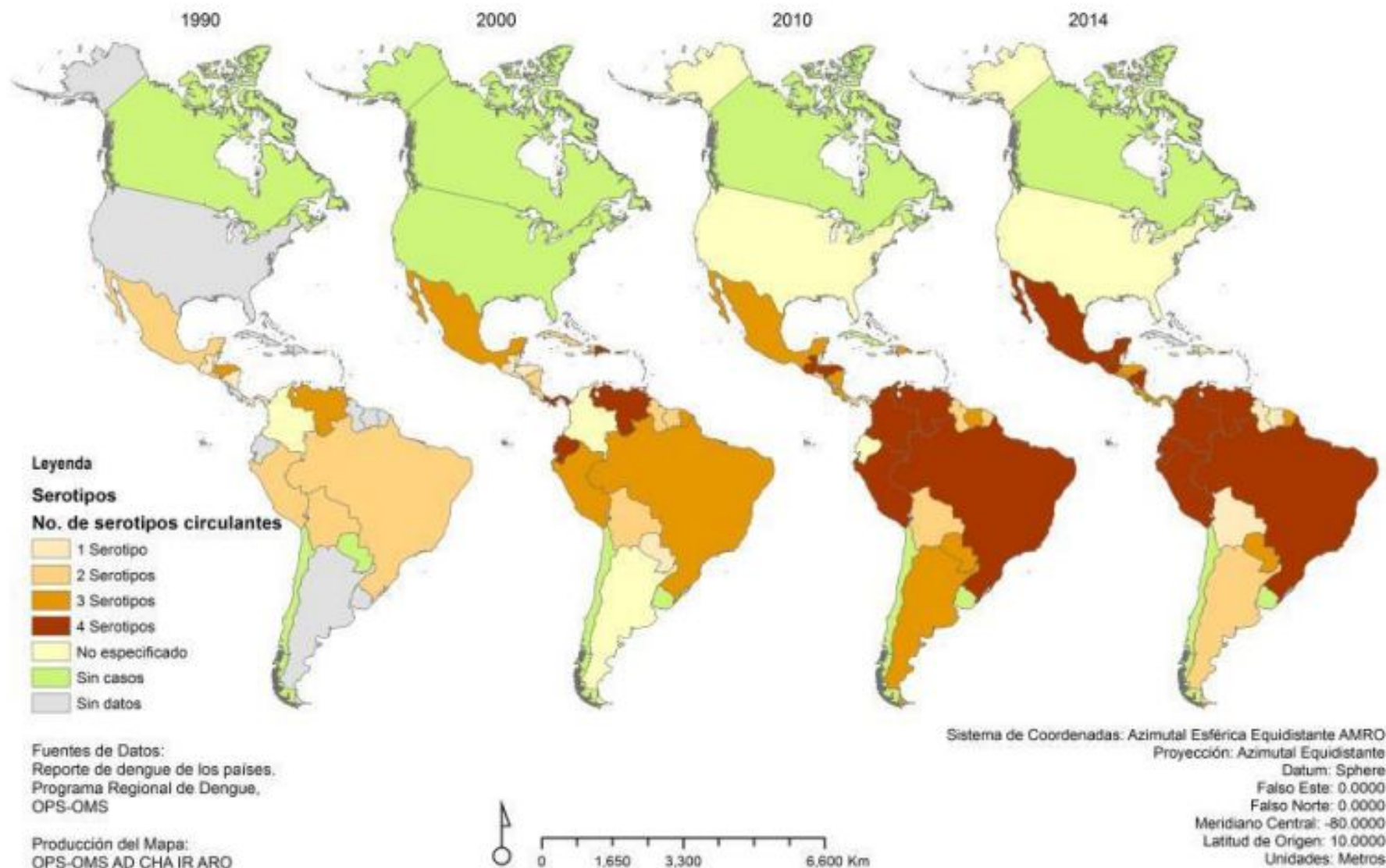


FIGURA 2 Distribuição de Incidência de casos prováveis de dengue, até a Semana Epidemiológica 5, Brasil, 2019

Distribución de serotipos del dengue en las Américas, 1990 - 2014.



Dengue no Brasil

Sorotipos virais:

2016 = 89,7% sorotipo viral DENV1

Londrina: todas as amostras de dengue - DENV1

2019 = 85,2% sorotipo viral DENV-2

Londrina: DENV1 e DENV2

Óbitos conforme o estado:

2016 = 1º Sudeste (MG e SP); 2º Sul (Paraná)

2019 = 5 óbitos (Tocantins 1, São Paulo 1, Goiás 2 e Distrito Federal 1)

Brasil. Boletim Epidemiológico, v. 47, n. 31, 2016

Brasil. Boletim Epidemiológico, v. 50, n. 5, 2019



INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 08/2019
(17/02/2019 a 23/02/2019)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CIEVS
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

Classificação dos municípios segundo incidência de dengue por 100.000 habitantes, Paraná – semana 31/2018 a 08/2019.

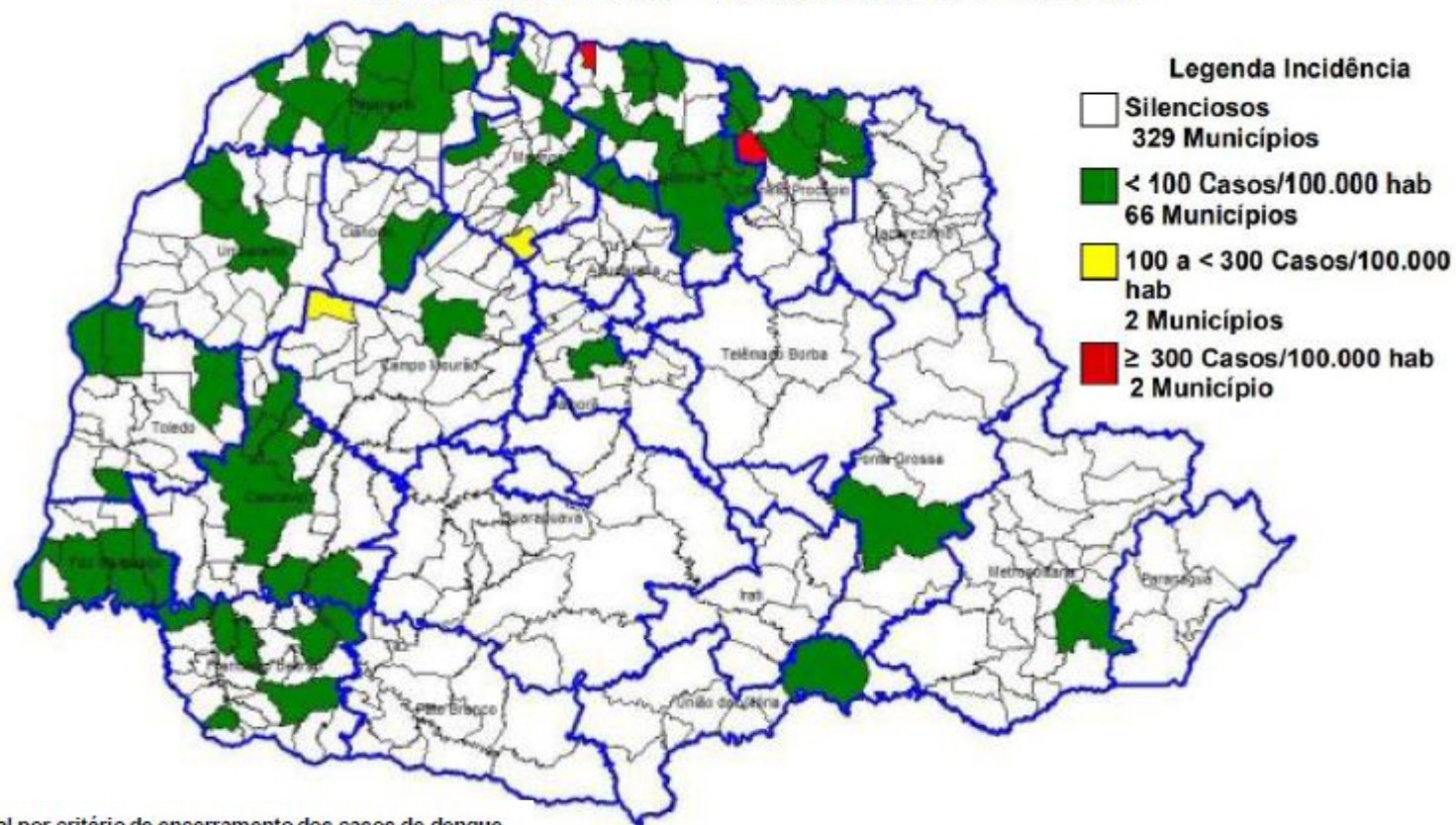


Tabela 1 - Classificação final por critério de encerramento dos casos de dengue, Paraná, Semana Epidemiológica 31/2018 a 08/2019.

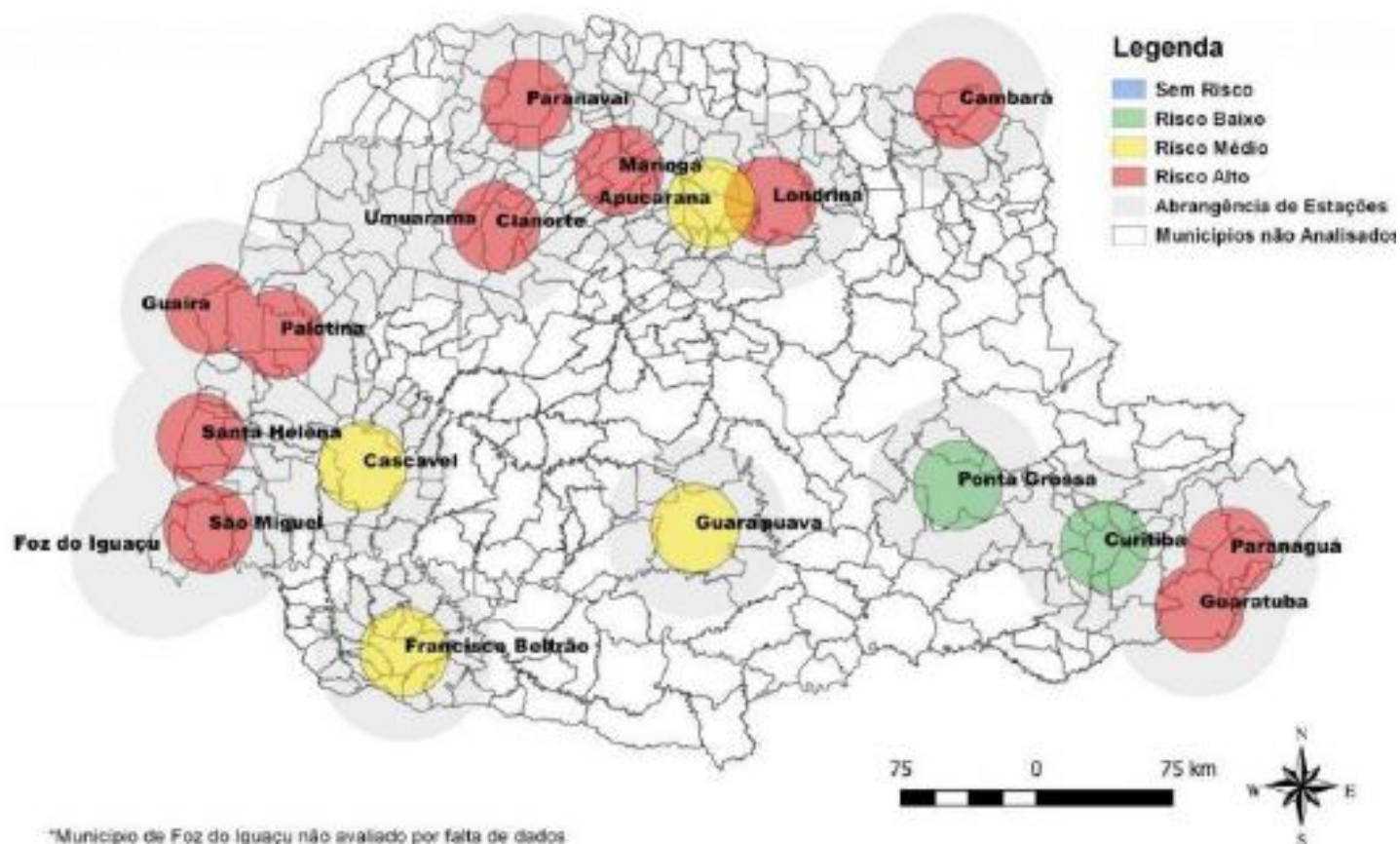
CLASSIFICAÇÃO FINAL	CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO		TOTAL
	Laboratorial (%)	Clinico-epidemiológico (%)	
Dengue	523 (97,6%)	13 (2,4%)	536
Dengue com Sinais de Alarme (DSA)	6	-	6
Dengue Grave (D G)	5	-	5
Descartados	-	-	7.251
Em andamento/investigação	-	-	3.677
Total	534 (4,7%)	13 (0,11%)	11.475

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Fonte: SESA/SVS/Sala de Situação

Risco climático para desenvolvimento de criadouros por Estações Meteorológicas.
Paraná, 2019.

Estado do Paraná - Risco Climático da Dengue por Municípios (10/02/2019 - 16/02/2019)



*Município de Foz do Iguaçu não avaliado por falta de dados.

Fonte: Laboclima/UFPR

Tabela 2 – Número de casos de dengue, notificados, dengue grave (DG), dengue com sinais de alarme (DSA), óbitos e incidência por 100.000 habitantes por Regional de Saúde, Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 08/2019*

REGIONAL DE SAÚDE	POPU- LAÇÃO	CASOS			NOTIFI- CADOS	DSA	DG	ÓBI- TOS	INCI- DÊNCIA
		AUTÓC	IMPORT	TOTAL					
1ª RS - Paranaguá	286.602	0	0	0	652	0	0	0	-
2ª RS - Metropolitana	3.502.790	1	10	11	578	0	0	0	0,03
3ª RS - Ponta Grossa	618.376	1	0	1	23	0	0	0	0,16
4ª RS - Irati	171.453	0	1	1	13	0	0	0	-
5ª RS - Guarapuava	459.398	0	0	0	0	0	0	0	-
6ª RS - União da Vitória	174.970	1	0	1	12	0	0	0	0,57
7ª RS - Pato Branco	264.185	0	0	0	63	0	0	0	-
8ª RS - Francisco Beltrão	355.682	35	6	41	291	0	0	0	9,84
9ª RS - Foz do Iguaçu	405.894	49	10	59	1.517	5	2	0	12,07
10ª RS - Cascavel	540.131	25	3	28	415	0	0	0	4,63
11ª RS - Campo Mourão	340.320	28	0	28	298	0	0	0	8,23
12ª RS - Umuarama	277.040	2	1	3	196	0	0	0	0,72
13ª RS - Cianorte	154.374	2	0	2	194	0	0	0	1,30
14ª RS - Paranavaí	274.257	52	1	53	692	0	0	0	18,96
15ª RS - Maringá	799.890	24	6	30	1.080	0	0	0	3,00
16ª RS - Apucarana	372.823	5	2	7	278	0	0	0	1,34
17ª RS - Londrina	935.904	150	0	150	4.104	0	2	0	16,03
18ª RS - Cornélio Procopio	230.231	97	4	101	704	1	1	0	42,13
19ª RS - Jacarezinho	290.216	0	1	1	87	0	0	0	-
20ª RS - Toledo	385.916	10	6	16	241	0	0	0	2,59
21ª RS - Telêmaco Borba	184.436	0	1	1	10	0	0	0	-
22ª RS - Ivaiporã	138.130	1	1	2	27	0	0	0	0,72
TOTAL PARANÁ	11.163.018	483	53	536	11.475	6	5	0	4,33

FONTE: Sala de Situação da Dengue/SVS/SESA

NOTA: Dados populacionais resultados do CENSO 2010 – IBGE estimativa para TCU 2015.

Por que a Dengue vem aumentando?

- ✓ Altos índices pluviométricos
- ✓ Urbanização acelerada e sem planejamento
- ✓ Migrações, grande fluxo populacional entre as localidades, viagens aéreas
- ✓ Alto índice de infestação pelo mosquito *Aedes aegypti*
- ✓ Deterioração do sistema de saúde
- ✓ Ausência de tratamento etiológico

LIRAa

(Levantamento rápido dos
Índices de Infestação por *Aedes aegypti*)

Definição:

Metodologia para avaliação dos índices de
infestação predial por *Aedes aegypti*

Critérios de participação:

- ✓ Capitais e municípios de região metropolitana
- ✓ Municípios > 100.000 hab.
- ✓ Municípios com grande fluxo de turistas e fronteiras

LIRAa

(Levantamento rápido dos
Índices de Infestação por *Aedes aegypti*)

Objetivos:

- ✓ Identificar os criadouros e a situação de infestação do município
- ✓ Permitir o direcionamento de ações de controle para as áreas mais críticas

Como é feito?

- ✓ O município é dividido em grupos de 9 a 12 mil imóveis semelhantes (estratos)
- ✓ São pesquisados 450 imóveis em cada estrato
- ✓ Cálculo do Índice de Infestação para a forma larvária

Índice de Infestação Predial

$< 1\%$ = estão em condições satisfatórias

$1 - 3,9\%$ = estão em situação de risco

$\geq 4\%$ = há risco de surto de dengue

LIRAA em Londrina

Índice de Infestação Predial

	Mês	2013	2014	2015	2016
1º	Janeiro	8,0%	7,4%	10,1%	8.0%
2º	Março/Abril	6,2%	6,3%	4,8%	2,0%
3º	Julho/Agosto	1,1%	1,0 %*	1,6%	0,3%
4º	Outubro/Novembro	1,5%	1,0%	7,9%	

LIRAA - Levantamento Rápido do Índice de Infestação do *Aedes aegypti*

Dezembro de 2018 – 4,3%

Janeiro de 2019 – 7,9%

Por que a Dengue vem aumentando?

- ✓ Altos índices pluviométricos
- ✓ Urbanização acelerada e sem planejamento
- ✓ Migrações, grande fluxo populacional entre as localidades, viagens aéreas
- ✓ Alto índice de infestação pelo mosquito *Aedes aegypti*
- ✓ Deterioração do sistema de saúde
- ✓ Ausência de tratamento etiológico

Sistema de Saúde – Atenção Primária

Atuação dos agentes comunitários

Atuação dos médicos e da enfermagem

- ✓ Atendimento

- ✓ Conduta

- ✓ Seguimento

Notificação

Agentes Comunitários de Saúde

- ✓ Identificar pacientes sintomáticos
- ✓ Encaminhar imediatamente os pacientes sintomáticos à UBS
- ✓ Monitoramento dos pacientes em acompanhamento
- ✓ Monitoramento dos casos na área de abrangência da sua UBS
- ✓ Divulgação de palestras nas escolas
- ✓ Identificação de criadouros

Agente de Controle de Endemias

- ✓ Vistoria de imóveis (domiciliares, comerciais, terrenos, cemitérios...)
- ✓ Destruir criadouros e utilizar larvicidas
- ✓ Registro de mapas diários do Sistema Informação de Febre Amarela e Dengue
- ✓ Educação em saúde

Sistema de Saúde – Atenção Primária

Atuação dos agentes comunitários

Atuação dos médicos e da equipe de enfermagem

- ✓ Atendimento

- ✓ Conduta

- ✓ Seguimento

Notificação

Atuação dos médicos e da equipe de enfermagem

- ✓ **Organização** dos serviços de saúde: envolver toda a equipe
- ✓ **Qualificação** dos profissionais sobre **manejo clínico**: médicos e enfermeiros
- ✓ **Capacitação de técnicos e auxiliares** de enfermagem: Sinais vitais, Prova do Laço, Sinais de Alarme, Hidratação oral e venosa
- ✓ **Classificação de risco**: Atendimento local e encaminhamento se necessário
- ✓ Garantia de **seguimento diário**: Pacientes Grupo A e B (**Cartão da dengue**)
- ✓ Sala de **coleta de exames**: Horário atendimento; agilizar entrega resultados
- ✓ Multiplicação de conhecimento e **educação continuada**
- ✓ **Discussão de casos** e resultados da UBS

Definição de caso suspeito - DENGUE

Febre até 7 dias

+

2 ou mais dos seguintes:

- Náusea, Vômitos
- **Exantema**
- Mialgias e/ou artralgia
- Cefaléia com dor retro-orbital
- **Petéquias**
- **Prova do laço positiva**
- **Leucopenia**

+ Viver ou ter viajado nos últimos 14 dias para área com dengue

Caso suspeito em criança – Febre sem foco, em área com circulação viral

Outras manifestações clínicas da dengue em < 2 anos

Febre*

Apatia

Recusa alimentar

Sonolência

Choro persistente

Vômitos

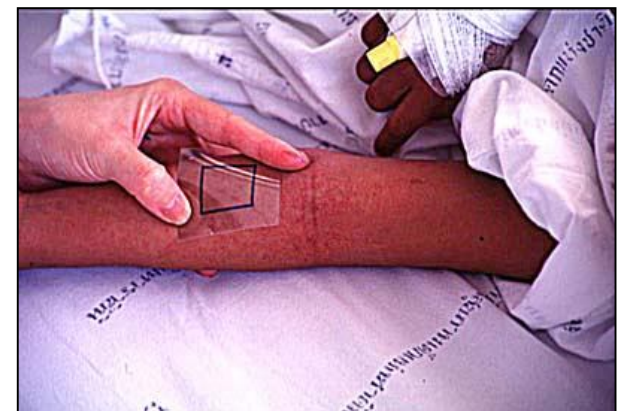
Fezes mais amolecidas

Exantema

Tosse

PROVA DO LAÇO:

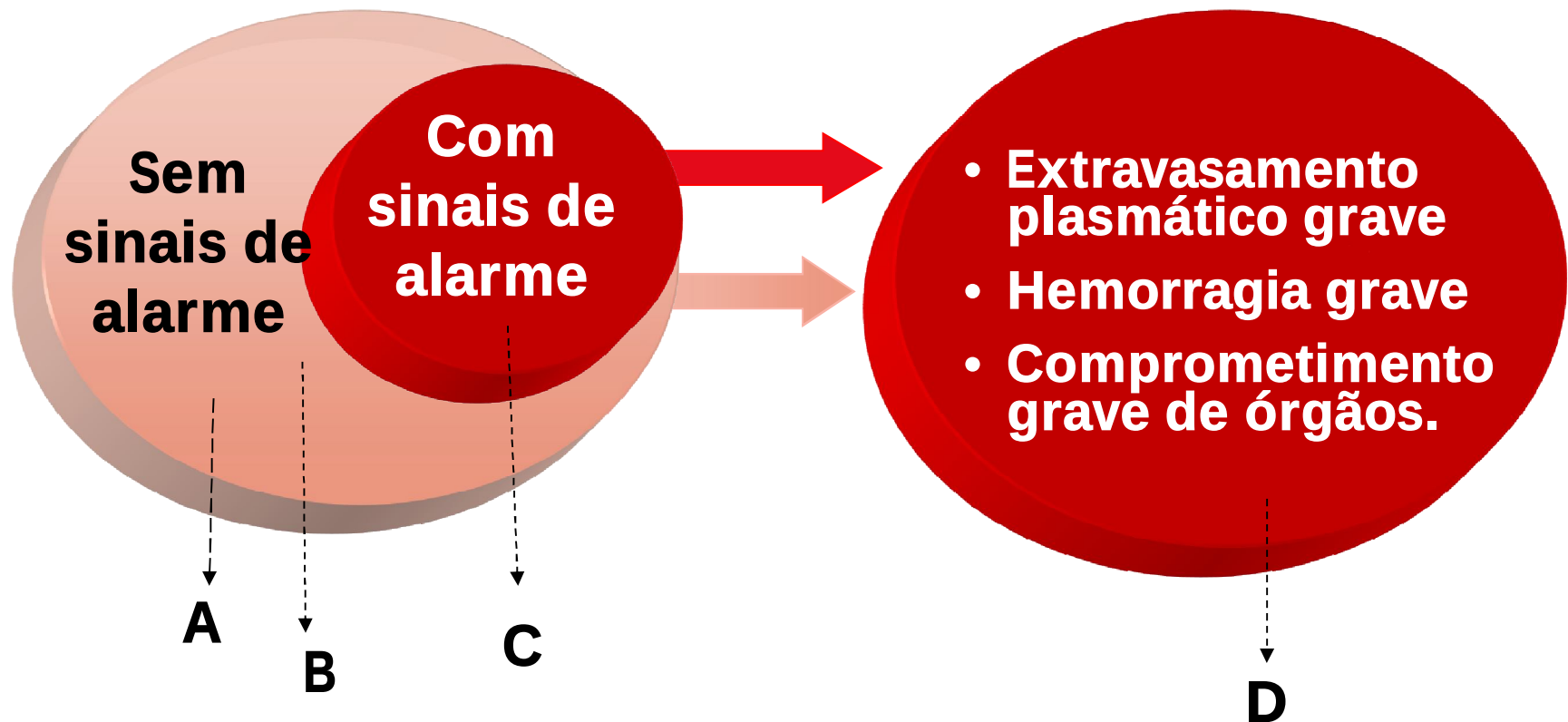
Desenhar um quadrado de 2,5 cm de lado (uma polegada) no antebraço do paciente. Verificar a PA e, após, insuflar novamente o manguito, mantendo-se insuflado na média da PA ($PAS + PAD/2$), durante 3 minutos para crianças e 5 min. p/ adultos. A prova é positiva se aparecerem 20 ou mais petéquias na área demarcada (ou 10 petéquias nas crianças).



Definição de casos OMS

DENGUE

DENGUE GRAVE



Dengue com sinais de alarme - atende a definição de caso suspeito de dengue que apresenta um ou mais dos seguintes sintomas:

- ✓ Dor abdominal intensa e contínua, ou dor à palpação do abdome;
- ✓ Vômitos persistentes;
- ✓ Acumulação de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico);
- ✓ Sangramento de mucosa ou outra hemorragia;
- ✓ Hipotensão postural e/ou lipotímia;
- ✓ Hepatomegalia maior do que 2cm;
- ✓ Aumento progressivo do hematócrito;
- ✓ Queda abrupta das plaquetas.

Dengue grave

Sangramento grave, segundo a avaliação do médico, exemplos:

- ✓ Hematêmese;
- ✓ Melena;
- ✓ Metrorragia volumosa;
- ✓ Sangramento do sistema nervoso central.

Comprometimento grave de órgãos, tais como:

- ✓ Dano hepático importante (AST/ ALT > 1.000),
- ✓ Sistema nervoso central (alteração da consciência),
- ✓ Coração (miocardite) ou outros órgãos.

Choque

Definições

Hipotensão postural: é a diferença entre as duas pressões sistólicas aferidas em duas posições (intervalo mínimo de dois minutos entre as aferições) com valor igual ou maior que 20 mmHg. Constitui um sinal de alarme.

Convergência da pressão arterial: é a diferença da pressão arterial sistólica e diastólica menor ou igual a 20 mmHg (pinçamento da PA). Constitui um sinal precoce de choque.

Observação:

- Utilizar o manguito adequado para o grupo etário.
- Evitar a insuflação exagerada do manguito.
- Registrar os valores reais da PA com seus respectivos decimais.
Ex.: 125 x 75 mmHg.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DENGUE

diagnóstico e manejo clínico

adulto e criança

5ª edição



Brasília – DF
2016

Estadiamento da Dengue para tratamento (Ministério da Saúde, 2016):

- **Grupo A** – s/ sinal de alerta, s/ manifestação hemorrágica
 - **Grupo B** – s/ sinal de alerta, c/ sangramento (PL+), condições clínicas especiais ou comorbidades ou risco social
- **Grupo C** – c/ sinal de alerta (c/ extravasamento de plasma), c/ ou s/ manifestação hemorrágica
- **Grupo D** = c/ choque (c/ ou s/ hipotensão), sangramento grave ou disfunção grave de órgãos

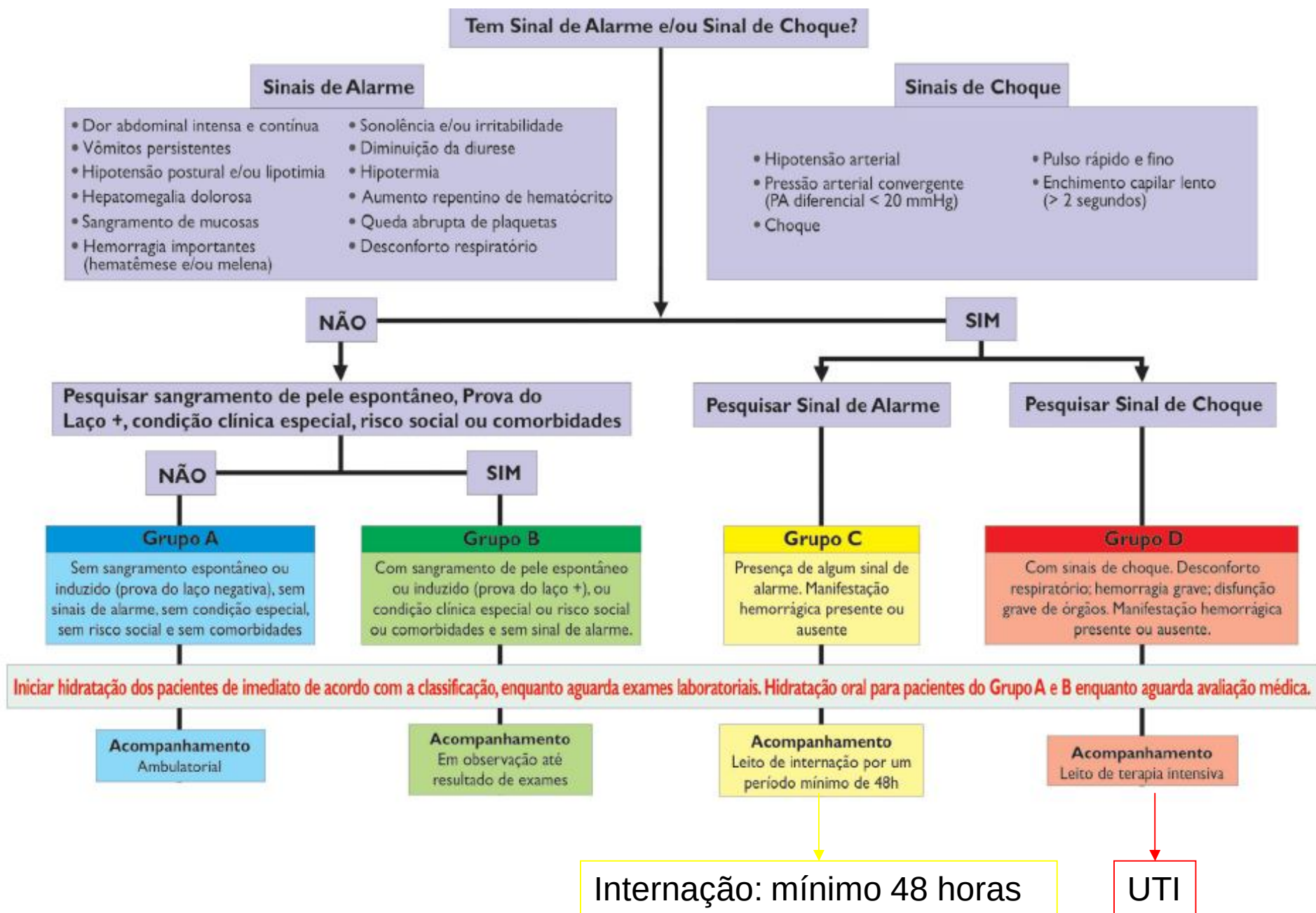
Grupo B

Condições clínicas especiais

< 2 anos
> 65 anos
> gestantes

Comorbidades

HA
Dç cardiovascular grave
DM
DPOC
Dç hematológica crônica
Dç renal crônica
Dç ácido péptica
Hepatopatia crônica
Dç auto imune



Assinale se o paciente apresenta alguns dos **SINAIS DE ALARME** abaixo:

- () Dor abdominal;
- () Vômitos;
- () Tontura, fraqueza ou desmaio;
- () Hemorragias importantes, fezes com sangue;
- () Sonoência e/ou irritabilidade;
- () Diminuição da urina;
- () Diminuição repentina da temperatura corpórea;
- () Aumento repentino do hematócrito;
- () Queda abrupta de plaquetas;
- () Dificuldades para respirar;
- () Diminuição da pressão arterial;

Recomendações:

- a) Se apresentar um ou mais destes sintomas, procure o serviço de saúde mais próximo;
- b) Tomar muito líquido como água, suco de frutas, soros, sopas, leite ou água de coco.



Cartão do Usuário
Acompanhamento
Ambulatorial da Dengue



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde

Nome Completo: _____

Nome da mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Unidade de Saúde: _____

Unidade de Referência: _____

Data do início dos Sintomas: ____/____/____

Notificação: ☐ Sim ☐ Não

1ª Coleta de Exames

- ☐ Hematócrito em ____/____ Resultado: ____%
- ☐ Plaquetas em ____/____ Resultado: ____000mm³
- ☐ Sorologia em ____/____ Resultado: _____

Coleta de Sinais Vitais

	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia
Pressão Arterial (em mmHg)							
Pressão Arterial (deltadol)							
Temp.							
Prova do Laço (pos. ou neg.)							

2ª Coleta de Exames

- ☐ Hematócrito em ____/____ Resultado: ____%
- ☐ Plaquetas em ____/____ Resultado: ____000mm³
- ☐ Sorologia em ____/____ Resultado: _____

3ª Coleta de Exames

- ☐ Hematócrito em ____/____ Resultado: ____%
- ☐ Plaquetas em ____/____ Resultado: ____000mm³
- ☐ Sorologia em ____/____ Resultado: _____

Informações Complementares:

Hemograma c/ plaquetas normal



Hidratação oral para casa

- Crianças até 10 kg: **130** ml/kg/dia
- Crianças de 10 a 20 kg: **100** ml /kg/dia
- Crianças acima de 20 kg: **80** ml/kg/dia

Nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento = oferta de 1/3 deste volume. **Manter hidratação até 48 horas afebril.**

Retorno: diário (se possível) e no primeiro dia afebril

Orientações

Ofertar líquidos caseiros: água, sucos de frutas naturais, chás, água de coco e sopas.

Evitar uso de refrigerantes e alimentos de cor escura e avermelhados.

Manter alimentação, inclusive o aleitamento materno.

1/3 em SRO + reposição de perdas com SRO

< 2 anos: 50 – 100 ml/vez,

> 2 anos: 100 – 200 ml/vez

Grupo A no ADOLESCENTE / ADULTO

60 ml/kg/dia

Exemplo: P = 70 kg

$60 \text{ ml} \times 70 = 4.200 \text{ ml/dia}$

Oferecer 1/3 em SRO (1.400 ml) e 2/3 em líquidos (2.800ml)

Manhã = 2,1 L (0,5L SRO, 900 ml líquidos)

Tarde = 1,2 L (0,5 L SRO, 900 ml líquidos)

Noite = 0,9 ml (0,5 L SRO, 900 ml líquidos)

Exames laboratoriais

PCR ARBOVIROSE:

Só será coletada a partir de hoje o exame de ARBOVIROSE para os seguintes

casos:

- 1. Suspeita de Dengue (até o 5º dia de início de sintoma)**
 - I. Crianças menores de 12 anos
 - II. Faixa etária de 16 a 29 anos (vacinados ou não contra a Dengue)
 - III. Pacientes Graves OU Internados
 - IV. Com comorbidades
 - V. Gestante (independente da data de início de sintomas)
- 2. Suspeita de Zika e Chikungunya (até o 5º dia de início de sintoma)**
- 3. Febre Amarela (Até 10º dia do Início do sintoma)**

AgNS1 = teste de triagem (≤ 5 dias)

Exames laboratoriais

Sorologia IgM para Dengue

SOROLOGIA (PREFERENCIALMENTE APÓS 6ª DIA DE INICIO DOS SINTOMAS)

- I. Todos os suspeitos que não se enquadrem nos critérios acima de arbovirose
- II. Suspeitos que apesar de se encaixarem no critério de arbovirose chegaram ao serviço após o período de coleta

Grupo B

s/ sinal de alerta e

c/ manifestação hemorrágica

(visível ou só a Prova do laço +)



Colher Hemograma: Ht aumentado ($> 10\%$)

ou

Crianças $> 38 - 42\%$

Mulheres $> 44\%$

Homens $> 50\%$



Hidratação supervisionada

Grupo B no ADOLESCENTE / ADULTO

Exemplo: P = 70 kg

60 ml X 70 = 4.200 ml/dia

Oferecer **1/3 em SRO** (1.400 ml) e 2/3 em líquidos (2.800 ml) - SRO sob supervisão em **4 - 6 horas**

OU

SF 0,9% 1.400 ml **EV** em **4 - 6 horas**

Colher Ht após a expansão inicial

Controles

Verificar sinais vitais (se possível, a PA em duas posições) a cada **2 horas**.

Retorno diário até 48 horas após a queda da febre.

Grupo B

Quando encaminhar para Hospital Secundário?

- Paciente em transição para **GRUPO C**
 - Ht em ascensão ou sem melhora após 2 – 3 fases de SF 0,9 %
 - Sinais de alarme

Hospital terciário

GRUPO C

- **Presença de sinais de alerta com PA normal**
 - Com ou sem sangramentos - espontâneos ou induzidos (Prova do Laço)
- Coletar sangue para exames (hemograma, plaquetas, gaso, eletólitos, albumina, AST, ALT), controle de Ht cada 2 hs e plaquetas cada 12 hs
- Iniciar IMEDIATAMENTE hidratação endovenosa (10 ml/kg/hora até 3 x)
- Realizar RX Tórax + USG tórax/abdome

Fase de manutenção:

- Primeira fase: 25 ml/kg em 6 horas. Se houver melhora iniciar a segunda fase.
- Segunda fase: 25 ml/kg em 8 horas, sendo 1/3 com SF e 2/3 com SG.

GRUPO D

Sinais de choque

- a) Taquicardia.
- b) Extremidades distais frias.
- c) Pulso fraco e filiforme.
- d) Enchimento capilar lento (>2 segundos).
- e) Pressão arterial convergente (<20 mm Hg).
- f) Taquipneia.
- g) Oligúria ($< 1,5$ ml/kg/h).
- h) Hipotensão arterial (fase tardia do choque).
- i) Cianose (fase tardia do choque).

**Sangramento grave ou
Disfunção grave de órgãos**

Critérios de alta hospitalar:

Os pacientes precisam preencher todos os 6 critérios:

- Estabilização hemodinâmica durante 48 horas.
- Ausência de febre por 48 horas.
- Melhora visível do quadro clínico.
- Hematócrito normal e estável por 24 horas.
- Plaquetas em elevação e acima de 50.000/mm³.

Menino, 9 anos

28/12 – 10:00

28/12 – 14:00

	Resultado	Valor Refer
HEMOGRAMA		
Hemácias.....	4,33 para/L	4,70 a 5,20
Hemoglobina.....	12,4 g/dL	11,5 a 15,5
Hematócrito.....	38,8 %	38,0 a 48,0
MCV.....	89,79 fL	80,00 a 100,0
MCH.....	27,91 pg	27,00 a 32,0
MCHC.....	34,43 g/dL	31,00 a 34,0
RDW.....	13,8 %	11,0 a 15,1
Eritrócitos.....	0 /100 leuco	0 a 0 /100 l
LEUCOGRAMA		
Leucócitos.....	100 %	3.800 /mm ³ ↓ 4.800 a 14.000
Mielócitos.....	0 %	0 /mm ³ 0 /mm ³
Metamielócitos.....	0 %	0 a 100 /mm ³
Bastonetes.....	0 %	0 a 725 /mm ³
Segmentados.....	50 %	1.500 /mm ³ 1.485 a 7.000
Neutr. Totais.....	50 %	1.500 /mm ³ 1.375 a 8.000
Eosinófilos.....	2 %	60 /mm ³ 0 a 1.000
Basófilos.....	0 %	0 /mm ³ 0 a 145 /mm ³
Linfócitos.....	48 %	1.320 /mm ³ 1.485 a 7.100
Linf. atípicos.....	0 %	0 /mm ³ 0 /mm ³
Monócitos.....	4 %	120 /mm ³ 90 a 1.180
Plasmócitos.....	0 %	0 a 145 /mm ³
PLAQUETOGRAMA		
Plaquetas.....	120.000 /mm ³ ↓	130.000 a 400.000

	Resultado	Valor Refer
HEMOGRAMA		
Hemácias.....	5,08 para/L	4,00 a 5,00
Hemoglobina.....	14,0 g/dL	11,5 a 15,5
Hematócrito.....	48,2 %	38,0 a 48,0
MCV.....	96,14 fL	80,00 a 100,0
MCH.....	28,43 pg	27,00 a 32,0
MCHC.....	34,83 g/dL	31,00 a 34,0
RDW.....	13,8 %	11,0 a 15,1
Eritrócitos.....	0 /100 leuco	0 a 0 /100 l
LEUCOGRAMA		
Leucócitos.....	100 %	11.600 /mm ³ 4.800 a 14.000
Mielócitos.....	0 %	0 /mm ³ 0 /mm ³
Metamielócitos.....	0 %	0 a 100 /mm ³
Bastonetes.....	0 %	0 a 725 /mm ³
Segmentados.....	51 %	5.914 /mm ³ 1.485 a 7.000
Neutr. Totais.....	51 %	5.914 /mm ³ 1.375 a 8.000
Eosinófilos.....	0 %	0 /mm ³ 0 a 1.000
Basófilos.....	0 %	0 /mm ³ 0 a 145 /mm ³
Linfócitos.....	33 %	3.828 /mm ³ 1.485 a 7.100
Linf. atípicos.....	0 %	0 /mm ³ 0 /mm ³
Monócitos.....	16 %	1.856 /mm ³ 90 a 1.180
Plasmócitos.....	0 %	0 a 145 /mm ³
PLAQUETOGRAMA		
Plaquetas.....	48.000 /mm ³	130.000 a 400.000

Há 3 dias febre, mialgia, cefaleia com dor retrorbitária. Hoje vomitou, muita moleza, ao exame dor à palpação abdominal.

Na admissão: Prova do Laço + Realizado expansão com SF 10 ml/kg/hora em 2 horas.

29/12



31/12 – 18:00

	Resultado	VALOR NORMAL
ERITROGRAMA		
Hemácia.....	4.92 terra/L	4.00 a 5.10 /L
Hemoglobinas....	17.8 g/dL	11.5 a 19.5 g/L
Hematócrito.....	36.9 %	35.0 a 45.0 %
VCM.....	75.42 fL	80.00 a 100.00 fL
HCM.....	36.50 pg	27.00 a 32.00 pg
CHCM.....	34.49 g/dL	31.00 a 36.00 g/L
SDM.....	13.3 %	11.0 a 13.1 %
Eritroblastos..	0 /100 leuco	0 a 8 /100 leuc
LEUCOGRAMA		
Leucócitos.....	100 % 13.800 /mm3	4.500 a 14.500
Mielócitos.....	0 % 0 /mm3	0 /mm3
Metamielócitos..	0 % 0 /mm3	0 a 100 /mm3
Bastonetes.....	0 % 0 /mm3	80 a 725 /mm3
Segmentados.....	97 % 7.923 /mm3	1.485 a 7.910
Neutr.Totais....	97 % 7.923 /mm3	1.575 a 8.555
Eosinófilos.....	2 % 278 /mm3	50 a 1.050 /mm3
Bastões.....	0 % 0 /mm3	0 a 145 /mm3
Linfócitos.....	31 % 4.309 /mm3	1.485 a 7.105
Linf.atípicos....	0 % 0 /mm3	0 /mm3
Monócitos.....	10 % 1.390 /mm3	90 a 1.140 /mm3
Plasmócitos.....	0 % 0 /mm3	0 a 145 /mm3
PLAQUETOGAMA		
Plaquetas.....	100.880 /mm3	150.000 a 400.000

Menina, 4 anos

No dia 07/3/2019 = Febre (38,6° C) e mialgia.

No dia 9/3 manteve febre, com vários vômitos.

Procurou o PAI = sintomáticos.

No dia 10/3 = dor abdominal e vômitos persistentes.

Procurou UBS = Teste rápido AgNS1 reagente.

Encaminhada para o HU.

Ao exame: descorada +, depletada, T = 38° C; Sat O2 = 96%

PA = 110/70, FC = 150, FR = 50

Taquipneia leve, sem esforço respiratório,

BRNF s/s, MV reduzido em base direita.

Abdome: normotenso, doloroso difusamente à palpação,

Fígado 3 cm RCD.

MMSS e MMII = sem edema, com petéquias, TEC 3 seg



Realizado Expansão com SF 20 ml/kg em 20 minutos
Após prescrito Soro manutenção (80 ml/kg/dia)

Evoluiu com febre e dor abdominal.
Queda de saturação: 90%
Instalado cateter de O2
PA: 85/50 FR: 75
TEC: 4 seg.
Transferência para UTI.



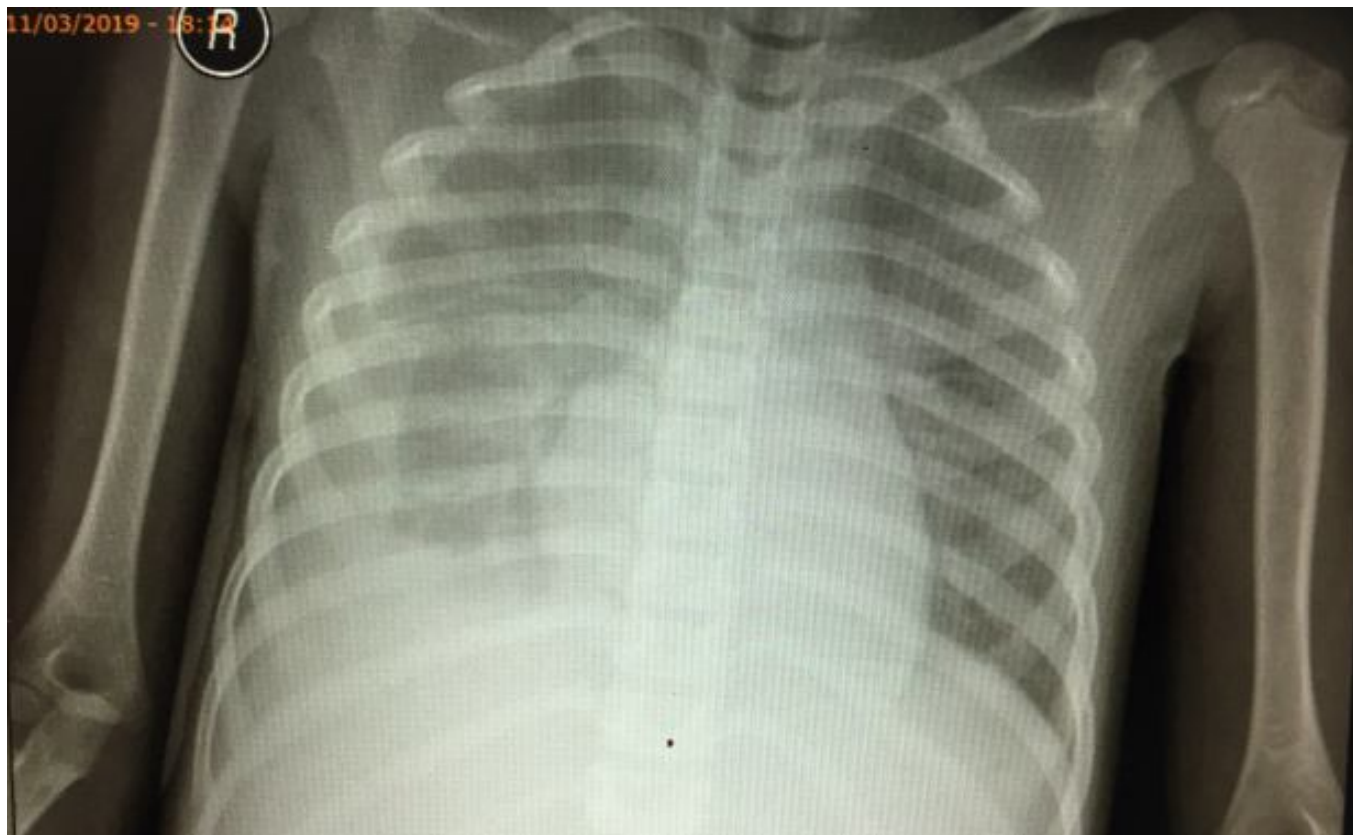
CONTROLE DE EXAMES - UTIPED			
DATA	12/03	12/03	
HORA	13:25	6:04	
VPM FiO_2			
FE			
PIP / PEEP			
Tempo em / DE			
Fluxo			
Sat O_2			
Capnografia			
GASOMETRIA			
pH		7,37	
PCO_2		32	
PO_2		86	
HCO_3		19,5	
CO_2T		20,9	
BE		-5,6	
SAT O_2		96,1	
$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$			
Lactato		2,2	
HEMOGRAMA			
Hb	13,8	11,1	
Ht	33,7	32,5	
VCM	72	72,9	
* LEUCOCITOS	7010	6.120	
Basos	-	-	
Mito / metamielo	-	-	-
Neutrofilos / Segm	10	59	7
Eosino / basófilos	2	-	2
Linfo / monócitos	27	2	36/3
Plaquetas	63.000	79.000	
PCR	35,2		
TAP / INR			-
KPTT / R			
Fibrinogênio			

Albumina:

$$11/3 = 2,4$$

$$12/3 = 1,9$$

11/3/2019 – 18 horas



Manteve-se taquipneica e taquicárdica, com PA normal

[illegible]

INFECTIOUS DISEASES

An obscure mosquito-borne disease goes global

After racing through Oceania last year, the Zika virus is now spreading in the Americas

By Martin Enserink

Seven years ago, after returning from a field trip to Senegal, medical entomologists Brian Foy and Kevin Kobylinski came down with a serious disease so obscure that no one could find out what it was. The duo, both at Colorado State University, Fort Collins, had a rash, fatigue, headaches, and swollen and painful joints, but they tested negative for known infectious agents.

Both recovered, and they might never have known the cause of their illness if, more than a year later on another African trip, Foy hadn't run into medical entomologist Andrew Haddow, then at the University of Texas Medical Branch in Galveston. In 1947, Haddow's grandfather was working in Africa, where he had helped discover a mosquito-borne virus named Zika. The symptoms it caused seemed to match Foy's. Haddow helped arrange for Foy and Kobylinski to get tested for antibodies. Bingo: They had been infected with Zika.

Now, the oddity that floored Foy and Kobylinski has hit the big time. Eight years ago, after cropping up sporadically in Africa and Asia for half a century, Zika went on a

been reported from neighboring Colombia and Suriname. In May and again in October, the Pan American Health Organization warned other countries in the region to prepare for the virus's arrival.

Researchers are only beginning to study the disease and its transmission in earnest. But because the *Aedes* mosquitoes that spread Zika are ubiquitous in urban areas throughout the Americas, it is almost certain that the virus will spread through South and Central America, Mexico, and the Caribbean, says Duane Gubler, who directs the Emerging Infectious Diseases program at National University of Singapore. It will make occasional inroads into the southern United States and southern Europe, well, he predicts.

Gubler feels so sure because two other diseases that are spread by the same species *Aedes* mosquitoes—most notably *A. aegypti* the yellow fever mosquito—have expanded in this way. One of the two, dengue, has caused vast epidemics in Latin America, it

been more than 600,000 suspected and confirmed cases in more than 30 countries.

The good news is that Zika has caused no known deaths. Its symptoms resemble those of dengue and chikungunya, but in most patients Zika is milder than those diseases, which both can cause excruciating pain. (Dengue also can progress to dengue hemorrhagic fever, which can be fatal.) But having so many similar viruses circulating at the same time complicates diagnoses and strains public health systems. And Zika's arrival in the Americas



Figure 2. Émergence mondiale du ZIKV. A. Pays et territoires du monde où la circulation de ZIKV a été rapportée. B. Émergence récente de ZIKV dans la région du Pacifique sud.

Virus on the move

Zika, which occurred sporadically in Africa and Southeast Asia before 2007 (inset), has caused major outbreaks in Oceania and now has reached the Americas.



ZIKA

EMERGING INFECTIOUS DISEASES™



Emerg Infect Dis. 2015 Oct; 21(10): 1885–1886.

PMCID: PMC4593454

doi: [10.3201/eid2110.150847](https://doi.org/10.3201/eid2110.150847)

Zika Virus Outbreak, Bahia, Brazil

Gubio S. Campos, Antonio C. Bandeira, and Silvia I. Sardi[✉][Author information](#) ▶ [Article notes](#) ▶ [Copyright and License information](#) ▶This article has been [cited by](#) other articles in PMC.

To the Editor: Zika virus (ZIKV) is a mosquito-borne flavivirus related to yellow fever virus, dengue virus (DENV), and West Nile virus (WNV). It is a single-stranded positive RNA virus (10,794-nt genome) that is closely related to the Spondweni virus and is transmitted by many *Aedes* spp. mosquitoes, including *Ae. africanus*, *Ae. luteocephalus*, *Ae. hensilli*, and *Ae. aegypti*. The virus was identified in rhesus monkeys during

Surto de doença exantemática = 26/03/2015

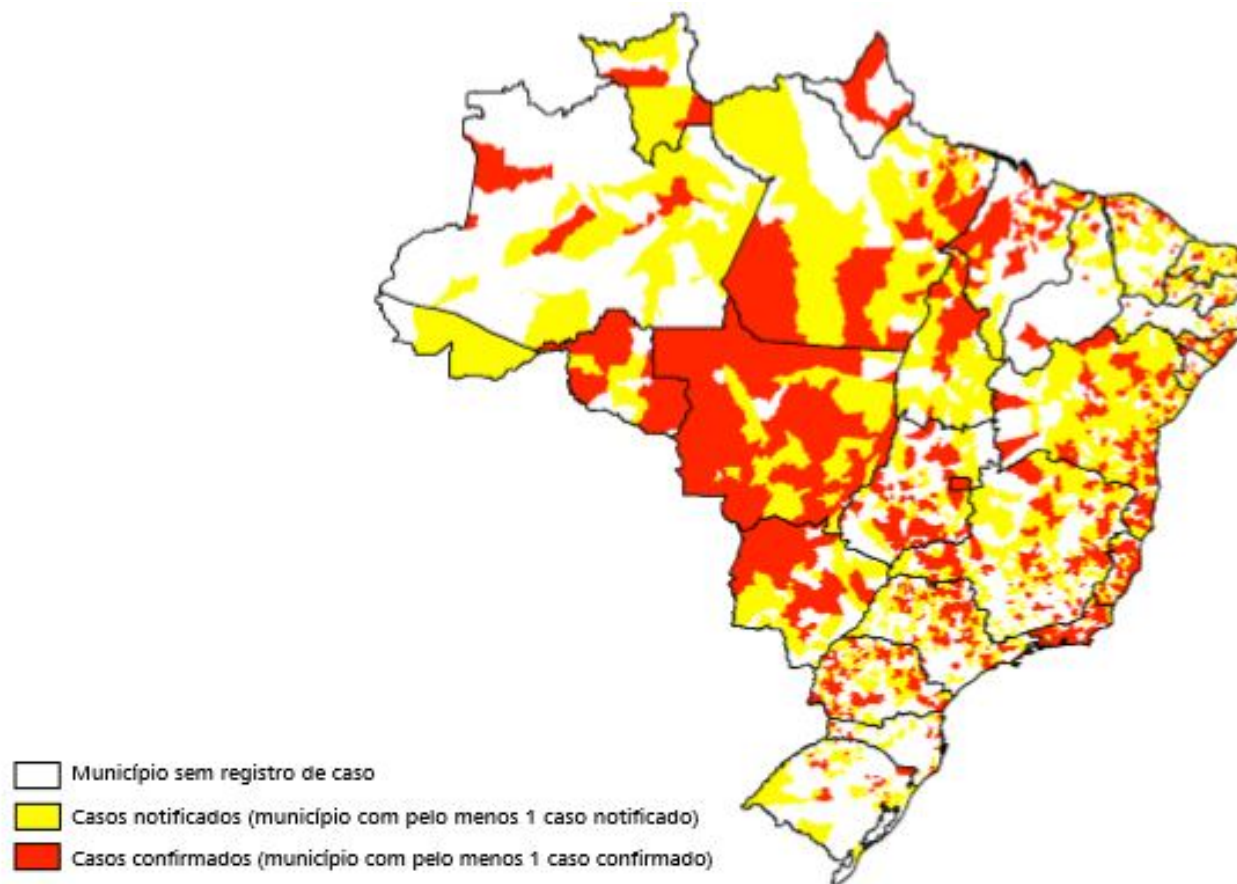
PCR = DENV, CHIKV, WNV (West Nile), Mayaro, ZIKV

24 pacientes (7 = confirmado ZIKV, 3 = confirmado Chykungunya)

Table. Characteristics of 24 patients with positive and negative results for infection with Zika virus, Brazil, 2015

Reverse transcription PCR result for Zika virus (no.)	Mean (SD) patient age, y	Patient sex, F/M	No. (%)			
			Rash	Fever	Myalgia	Headache
Positive (7)	33 (15)	6/1	6 (85.7)	3 (43)	4 (57.1)	3 (43)
Negative (17)	31 (8.5)	12/5	12 (70.6)	6 (35.3)	9 (53)	11 (64.7)

INFECÇÃO POR ZIKA VÍRUS



Fonte: Sinan-NET (atualizado em 08/07/2016).
Dados sujeitos a alteração.

Figura 5 – Distribuição dos casos notificados e confirmados de febre pelo vírus Zika por município de notificação, até a Semana Epidemiológica 27, Brasil, 2016

QUADRO CLÍNICO

- Síndrome febril
- Síndrome exantemática – exantema intenso,
 - hiperemia conjuntival,
 - artralgia (5 – 7 dias, pode durar até 30 dias)
- Quadro neurológico – 4 a 19 dias após o início
 - Síndrome de Guillain-Barré
 - Encefalomielite Aguda Disseminada (ADEM)
- Microcefalia

INFECÇÃO POR VÍRUS ZIKA



EXANTEMA PRURIGINOSO



CONJUNTIVITE



EDEMA DE PUNHO E DEDOS MAÕS

Definição de caso - ZIKA

Exantema maculopapular
(pruriginoso ou não)

+

dois dos seguintes:

- Febre
- Hiperemia conjuntival
(sem secreção e sem prurido)
- Poliartralgia
- Edema periarticular

Síndrome de Guillain-Barré

- **Fraqueza muscular progressiva e ascendente**
- Com ou sem parestesia,
- **Perda gradual dos reflexos tendinosos profundos**
- Pode acometer pares cranianos (facial)
- Em 25% há acometimento da musculatura respiratória com IRA e VPM
- Pode haver envolvimento autonômico
- Causas: Campylobacter, Mycoplasma, CMV, EBV, HIV....
- Diagnóstico: LCR (hiperproteinorraquia, dissociação prot-citol), Eletroencefalografia (bloqueio condução focal e ondas F)
- Tratamento: Imunoglobulina EV ou Plasmaferese
- Mortalidade: 5%

DEFINIÇÕES DE CASOS

Microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika (durante a gestação e no pós-parto)

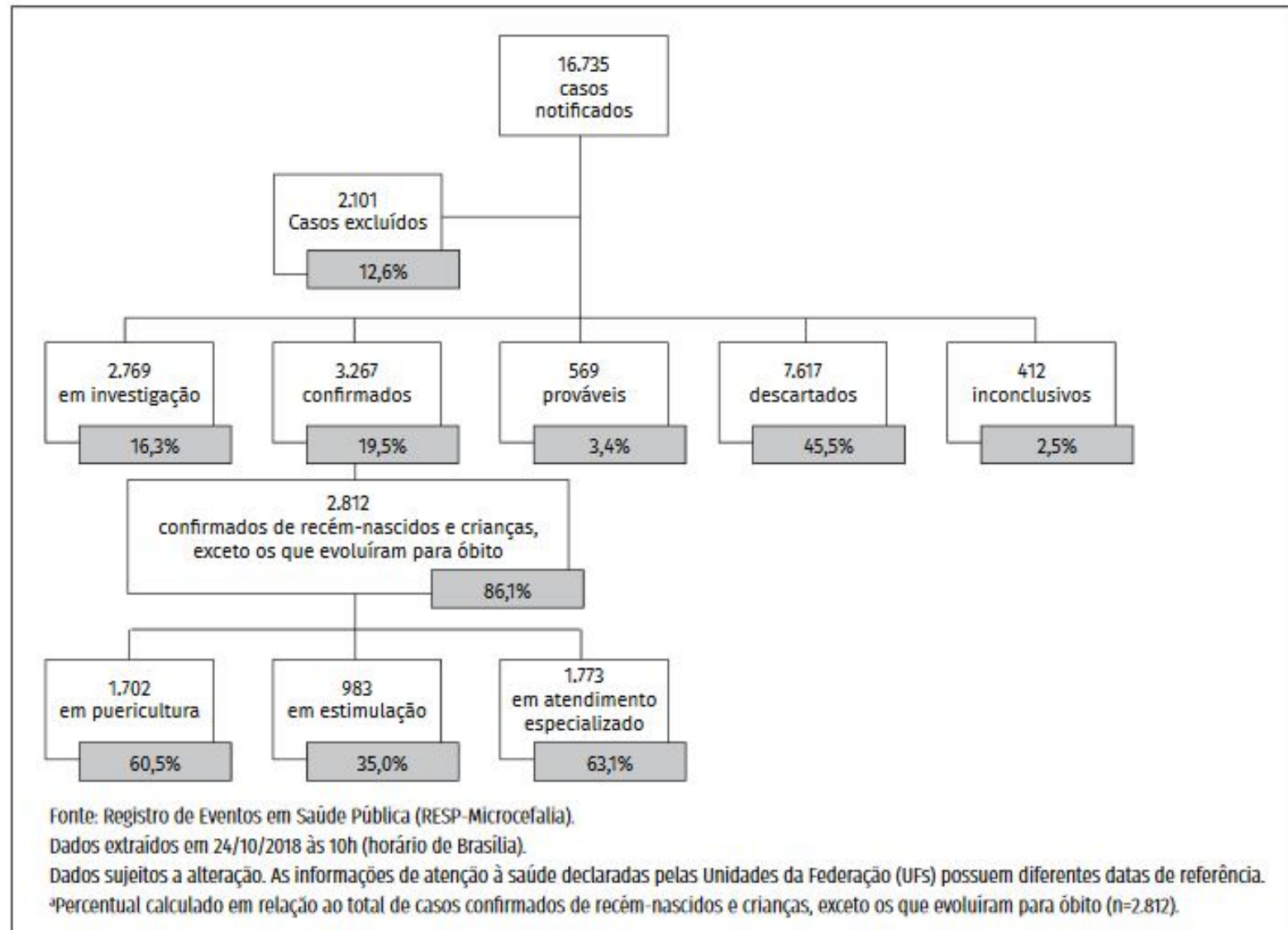
1. Gestante com possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação (exantema)
2. Feto com alterações do SNC possivelmente relacionada a infecção pelo vírus Zika durante a gestação
3. Aborto espontâneo decorrente de possível associação com infecção pelo vírus Zika, durante a gestação
4. Natimorto decorrente de possível infecção pelo vírus Zika durante a gestação
5. Recém-nascido vivo (RNV) com microcefalia possivelmente associada a infecção pelo vírus Zika, durante a gestação

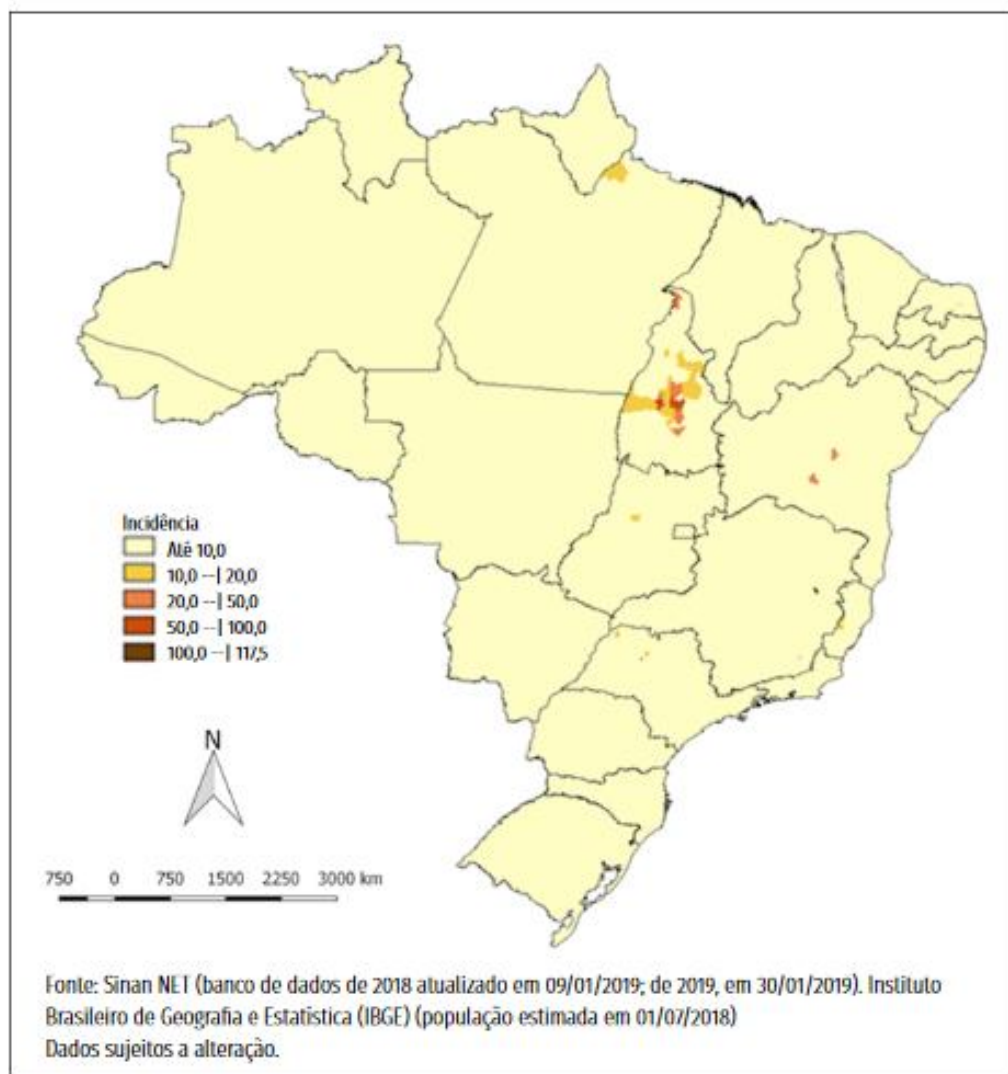
Zika congênita – Brasil 2015 a 2018

Distribuição por região:

- ✓ Nordeste = 58,9%
- ✓ Sudeste = 24,9%
- ✓ Centro-Oeste = 7,5%

Zika congênita – Brasil 2015 a 2018





Municípios com as maiores incidências de Zika:

1. São José da Safira/MG,
2. Palmas /TO,
3. Aparecida de Goiânia/GO.

Zika em Gestantes

Em 2018 = 94 casos prováveis, sendo 39 confirmados

Em 2019 = 74 casos prováveis, sendo 15 casos confirmados.

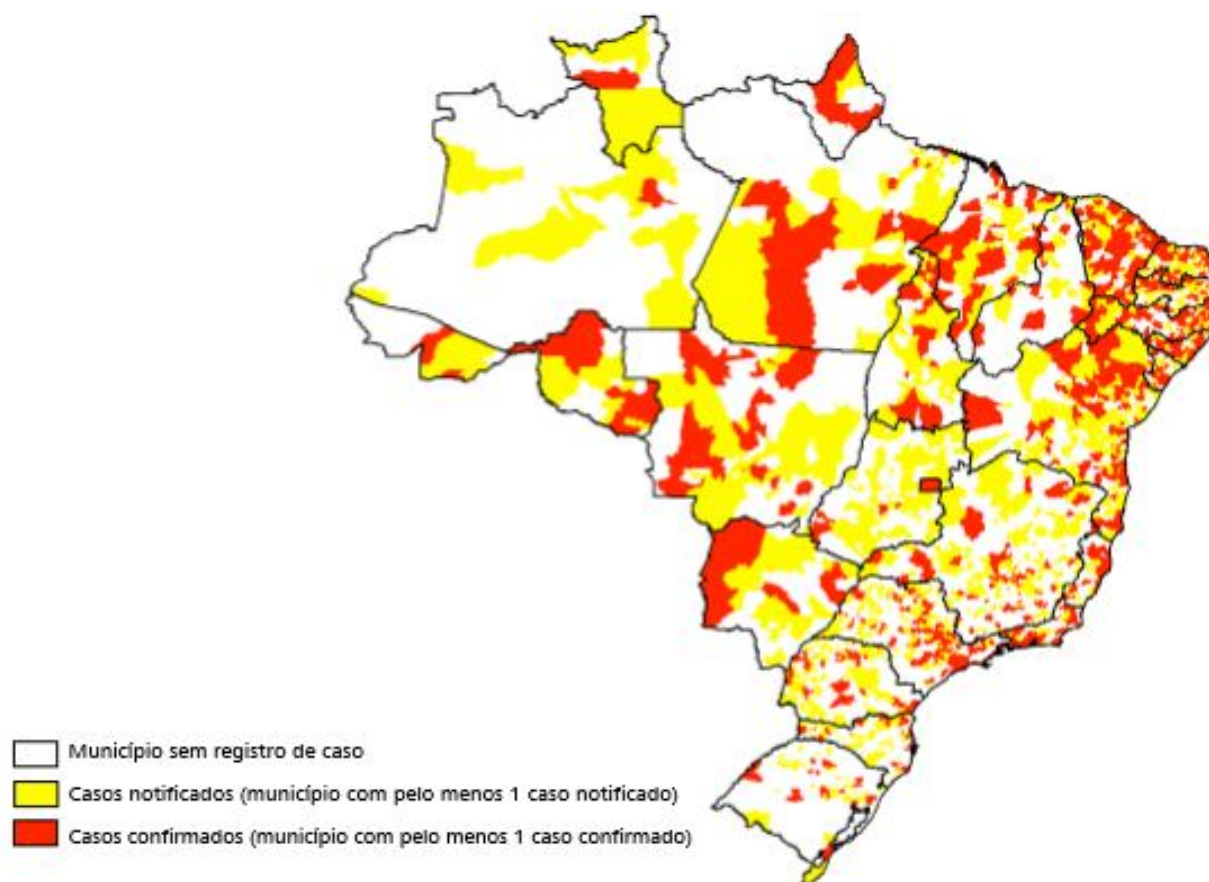
FIGURA 6 Distribuição de Incidência de casos prováveis de Zika, até a Semana Epidemiológica 4, Brasil, 2019

TRATAMENTO

- ✓ Não existe tratamento específico – hidratação oral
- ✓ Sintomáticos - acetaminofeno (paracetamol) ou dipirona
- ✓ Erupções pruriginosas - anti-histamínicos
- ✓ Não recomenda-se o uso de ácido acetilsalicílico e outros anti-inflamatórios - risco aumentado de complicações hemorrágicas nas infecções por flavivírus.

Os casos suspeitos devem ser tratados como dengue, devido à sua maior frequência e gravidade conhecida.

INFECÇÃO POR CHIKUNGUNYA



Fonte: Sinan (atualizado em 08/07/2016).
Dados sujeitos a alteração.

Figura 3 – Casos notificados e confirmados de febre de chikungunya por município de notificação, até a Semana Epidemiológica 27, Brasil, 2016

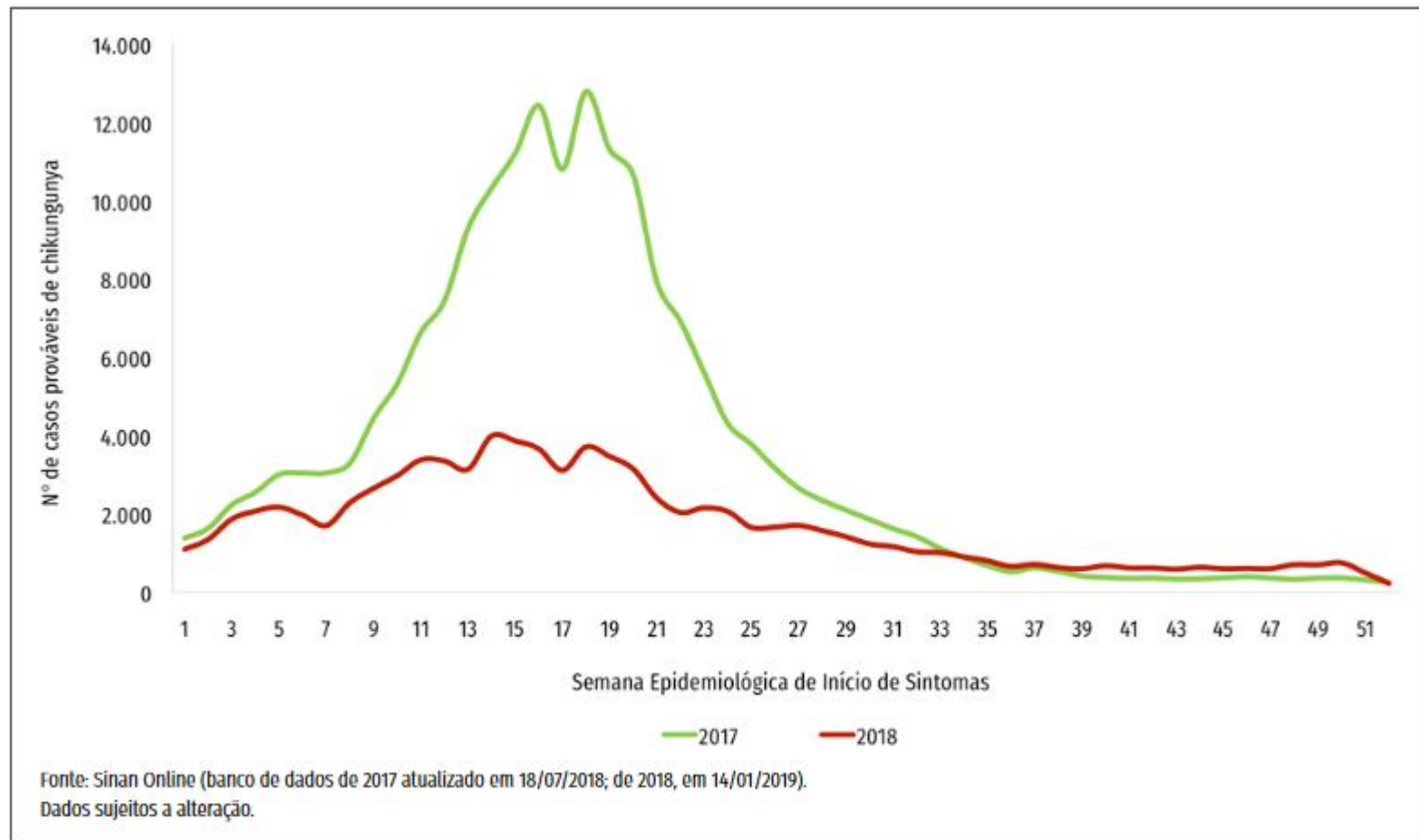
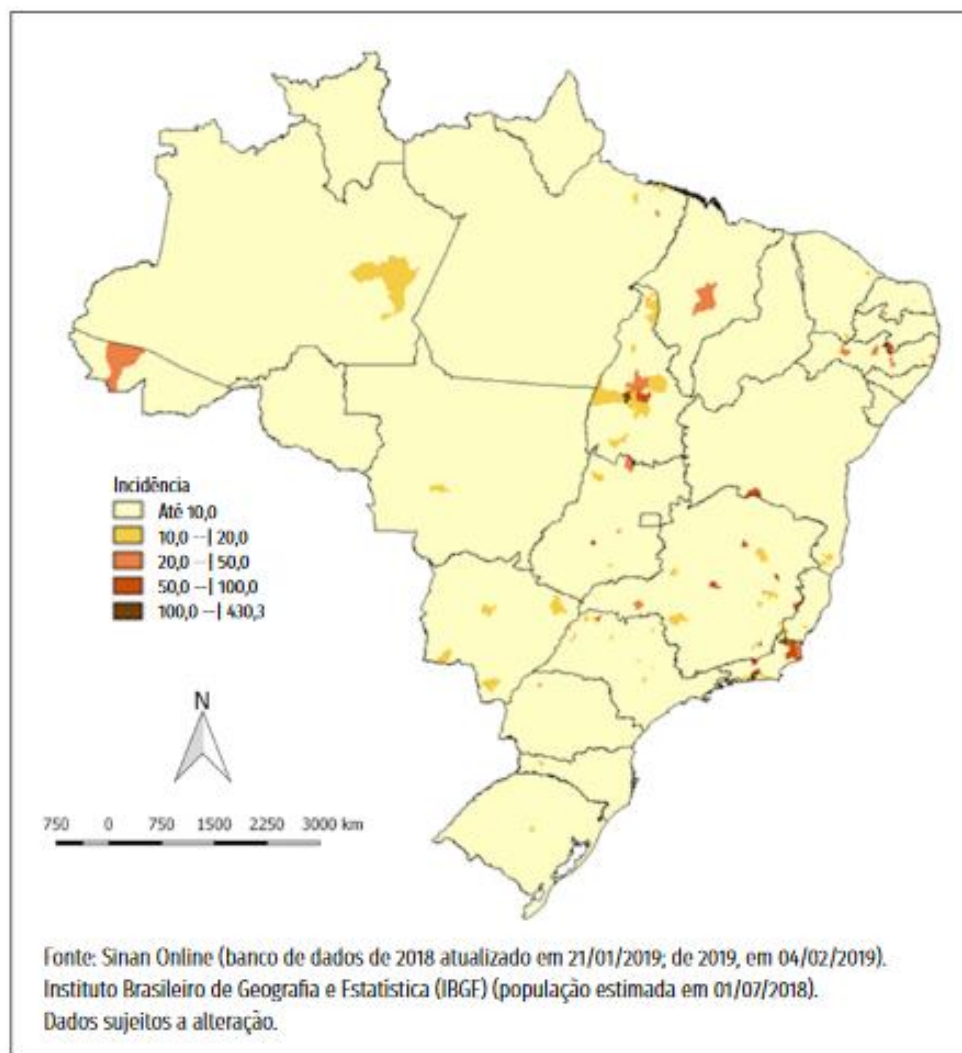


FIGURA 2 Casos prováveis de febre de chikungunya, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2017 e 2018



Municípios com as maiores incidências:

1. Fernando de Noronha/PE,
2. Itaperuna/RJ,
3. Campos dos Goytacazes/RJ,
4. Belém/PA

FIGURA 4 Distribuição de incidência de casos prováveis de chikungunya, até a Semana Epidemiológica 5, Brasil, 2019

Definição de caso - CHIKUNGUNYA

Febre

+

um dos seguintes:

- Artralgia intensa súbita

ou

- Artrite intensa súbita

+ Viver ou ter viajado nos últimos 14 dias
para área com dengue

FEBRE CHIKUNGUNYA

FASE AGUDA:



REPUBLICA DOMINICANA, 2014
www.paho.org/chikungunya

Simon et al. Medicine, 86 (3), May 2007

FEBRE CHIKUNGUNYA

FASE AGUDA: descamação



DESCAMAÇÃO

FEBRE CHIKUNGUNYA

FASE SUBAGUDA:

Recaída dos sintomas:

Exacerbação da dor e outros sintomas.

Poliartrites distais, febre, astenia, depressão, prurido generalizado, exantema maculopapular....

Duração:
02 a 03 meses após
início sintomas

FASE CRÔNICA:

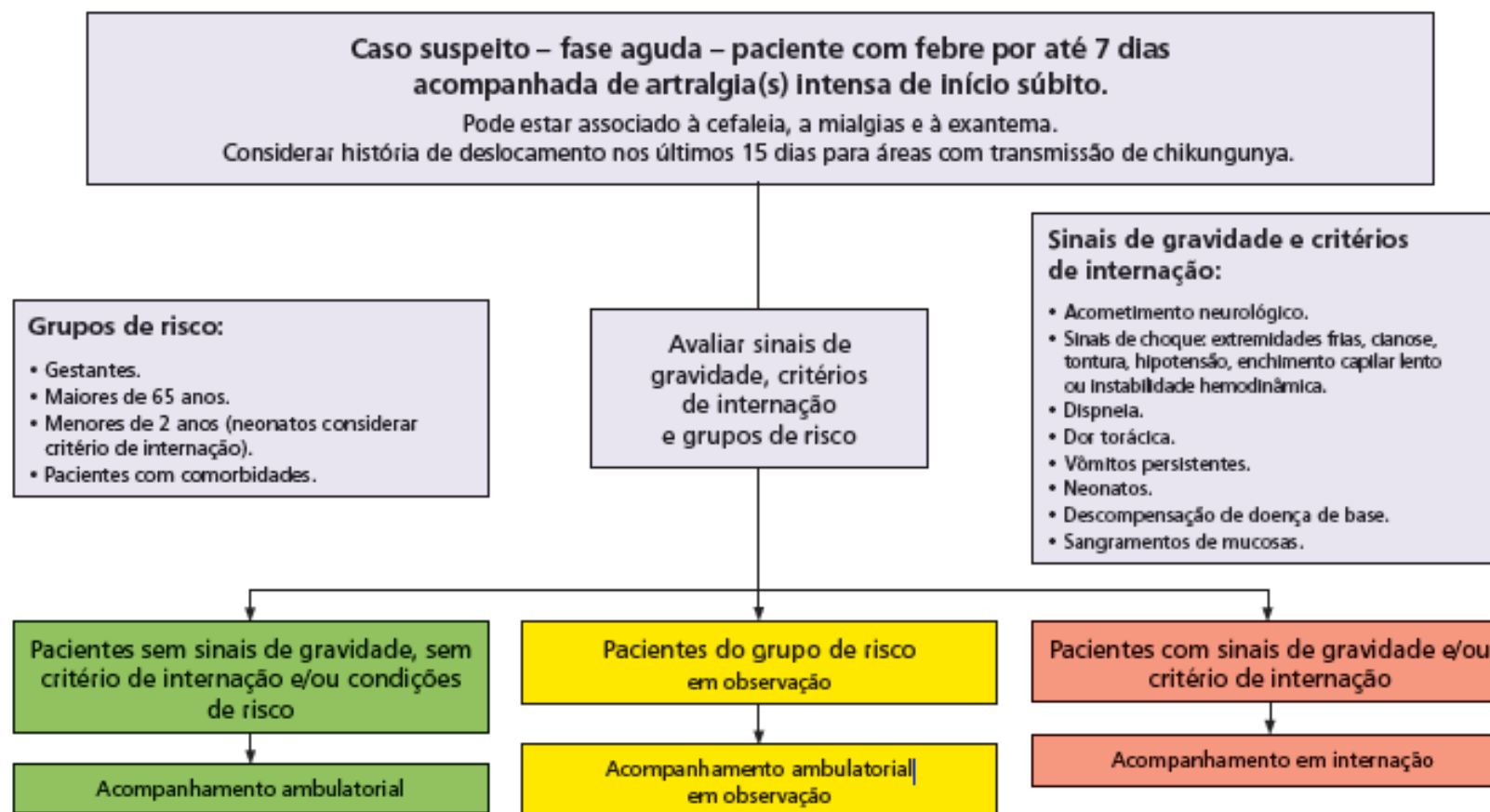
Poliartralgia inflamatória

Artralgia incapacitante e destrutiva

Duração maior
03 meses



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO DO PCTE COM CHIKV



Fonte: Classificação de risco e manejo do paciente com chikungunya, Ministério da Saúde.

TRATAMENTO FASE AGUDA

Sintomático + Hidratação + Repouso.

- ✓ Hidratação oral
- ✓ Paracetamol ou dipirona, s/n codeína associada
- ✓ Tramadol –casos refratários aos anteriores, em > 14 anos, usar com cautela em idosos, pacientes com história prévia de convulsões, doença hepática e renal
- ✓ Compressas frias de 4/4 h, durante 20 min
- ✓ AINH e corticóides - contraindicados na fase aguda

TRATAMENTO FASE AGUDA

- Retornar à unidade de saúde:
Persistência da febre por mais de cinco dias,
Aparecimento de sinais de gravidade
Persistência dos danos articulares
- Os pacientes de grupo de risco (gestantes, com comorbidades, idosos e menores de 2 anos):
Retorno diário até desaparecimento da febre
- Pacientes com instabilidade hemodinâmica:
Uréia, creatinina, TGO/TGP, Ecocardiograma,
Hematócrito, plaquetas
Avaliar os sinais e sintomas neurológicos

TRATAMENTO FASES SUBAGUDA E CRÔNICA

AINE oral - Pacientes refratários, por um período máximo de 7 dias

Corticóide – Pacientes com dor articular não responsiva a AINE e analgésicos, com dor moderada a intensa, poliarticular, debilitante. Dose: 0,5 a 1 mg/kg/dia (máximo por 21 dias).

✓ Remissão completa da dor - manter a dose por mais três dias. Reduzir a dose a cada três dias até suspensão.

✓ Recidiva da dor - retornar à dose anterior e após cinco dias da resolução dos sintomas tentar novo desmame.

TRATAMENTO FASES SUBAGUDA E CRÔNICA

- ✓ Compressas frias
- ✓ Posicionamento adequado - proteção articular e o retorno venoso.
- ✓ Movimentação ativa das articulações acometidas - ao acordar, cinco vezes ao longo do dia e antes de dormir.
- ✓ Evitar atividades que sobrecarreguem as articulações.
- ✓ Equipe multidisciplinar – fisioterapeuta, reumatologista...

Zika e Chikungunya em Londrina – 2015 e 2016

SITUAÇÃO CHIKUNGUNYA E ZIKA VÍRUS EM LONDRINA-PR

PERÍODO POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DOS PRIMEIROS SINTOMAS: 31/2015 À 34/2016

AGRAVO	NOTIFICADOS		CONFIRMADOS RESIDENTES EM LONDRINA			DESCARTADOS	EM ANDAMENTO
	Total	Residentes	AUTÓCTONES	IMPORTADOS	TOTAL		
CHIKUNGUNYA	16	14	0	2	2	12	0
ZIKA VÍRUS	88	82	13	1	14	67	1

Fonte: SINANET/DATASUS. Arquivo gerado em 25/08/2016_07:40

23 investigações de suspeita de microcefalia em Londrina (nascidos em Londrina e região - atendidos nos hospitais) - anencefalias, mal formações, microcefalias, ventriculomegalia, aborto..

Somente 1 caso de aborto por Zika, todas as demais investigações foram descartadas.

CIEVS : 4 casos no Paraná - sendo 2 abortos

2 casos de microcefalia afastado Zika e diagnosticado toxoplasmose



INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 08/2019
(17/02/2019 a 23/02/2019)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CIEVS
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

CHIKUNGUNYA / ZIKA VÍRUS

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 25/02/2019

Origem da informação: Superintendência de Vigilância em Saúde - Sala de Situação em Saúde

Número de casos confirmados autóctones, importados, total de confirmados e notificados de CHIKUNGUNYA e ZIKA VÍRUS e incidência (de autóctones) por 100.000 habitantes por município – Paraná – Semana Epidemiológica 31/2018 a 08/2019*

RS	MUNICÍPIOS	População	CHIKUNGUNYA					ZIKA VÍRUS				
			AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID	AUTOC	IMPORT	TOTAL	NOTIF	INCID
14	Alto Paraná	14.518	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Loanda	22.603	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
14	Marilena	7.134	0	0	0	10	-	0	0	0	8	-
14	Mirador	2.334	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
14	Paranavaí	86.773	0	0	0	6	-	0	0	0	4	-
14	Planaltina do Paraná	4.277	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
14	Querência do Norte	12.247	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Astorga	25.976	0	0	0	4	-	0	0	0	0	-
15	Colorado	23.678	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Itambé	6.192	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Mandaguari	34.289	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Marialva	34.388	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Maringá	397.437	0	0	0	8	-	0	0	0	5	-
15	Nova Esperança	27.886	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
15	Paranacity	11.069	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
15	Santa Fé	11.431	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
15	Sarandi	90.376	0	0	0	2	-	0	0	0	1	-
16	Apucarana	130.430	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
16	Arapongas	115.412	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
17	Cambe	103.822	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
17	Jaquapitã	13.174	0	0	0	0	-	0	0	0	5	-
17	Londrina	548.249	0	0	0	6	-	0	0	0	0	-
19	Barra do Jacaré	2.821	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Ibaiti	30.678	0	0	0	2	-	0	0	0	0	-
19	Quatiguá	7.410	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
19	Siqueira Campos	20.094	0	0	0	1	-	0	0	0	1	-
20	Diamante D'Oeste	5.259	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
20	Palotina	30.859	0	0	0	3	-	0	0	0	0	-
20	Toledo	132.077	0	0	0	1	-	0	0	0	0	-
20	Tupãssi	8.261	0	0	0	0	-	0	0	0	1	-
TOTAL		11.163.018	0	4	4	244	-	1	0	1	103	0,01

FONTE: DVDTV/ SVS/ SESA

Febre Amarela - Caso suspeito:

Febre < 7 dias

+

Icterícia e/ou sangramento

+

Área de risco (casos humanos e/ou macacos)
nos últimos 15 dias

+

Vacina de febre amarela não realizada
ou desconhecida

Febre Amarela

Quadro 1 – Manifestações clínicas e laboratoriais comuns da febre amarela

Forma	Sinais e sintomas	Alterações laboratoriais
Leve / moderada	Febre, cefaleia, mialgia, náuseas, icterícia ausente ou leve	Plaquetopenia Elevação moderada de transaminases Bilirrubinas normais ou discretamente elevadas (predomínio de direta)
Grave	Todos os anteriores Icterícia intensa Manifestações hemorrágicas Oligúria Diminuição de consciência	Plaquetopenia intensa Aumento de creatinina Elevação importante de transaminases
Maligna	Todos os sintomas clássicos da forma grave intensificados	Todos os anteriores Coagulação intravascular disseminada

Fonte: SAS/MS.

- ✓ Período de infecção: ± 3 dias
- ✓ Período de remissão: de horas até 2 dias
- ✓ Período toxêmico

Febre Amarela

Quadro 5 – Sinais de alerta para formas graves de febre amarela

Clínicos	Laboratoriais
Icterícia (pele ou escleras amareladas) Hemorragias Colúria – urina “cor de coca-cola” Oligúria – diminuição de volume urinário Vômitos constantes Diminuição do nível de consciência Dor abdominal intensa	Hematócrito em elevação (20% acima do valor basal prévio ou valor de referência) Transaminases acima de 10 vezes o valor de referência (TGO é geralmente mais elevada que TGP, diferentemente da hepatite aguda) Creatinina elevada Coagulograma alterado (ex.: Tempo de Coagulação >20 min).

Fonte: SAS/MS.

Febre Amarela

Sinais de alarme ?

SIM

NÃO

Enfermaria:
SRO 60 ml/kg/dia
ou **SF 30 ml/Kg/dia EV**

UBS:
SRO 60 ml/kg/dia

Sinais de gravidade

- ✓ Hipotensão
- ✓ Choque
- ✓ Piora da icterícia
- ✓ Alteração da consciência
- ✓ Oligúria
- ✓ Hemorragia
- ✓ Insuficiência respiratória

UTI:
SF 15 a 20 ml/kg/hora



INFORME EPIDEMIOLÓGICO CIEVS – PARANÁ

Semana Epidemiológica 08/2019
(17/02/2019 a 23/02/2019)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - CIEVS
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 20/02/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Vigilância de casos humanos

No período de 01/07/2018 a 20/02/2019 foram notificados 145 casos. Destes, 04 foram confirmados para febre amarela e 61 estão em investigação. Dos casos confirmados, um reside em Antonina, outro em Campina Grande do Sul, ambos o local provável de infecção do vírus foi Guaraqueçaba-PR; os outros dois casos são autóctone de Adrianópolis-PR.

Março: 1 caso
em Morretes/PR

Município	Município de Residência	Notificados	Em Investigação	Confirmados		Descartados
				n	LP (local provável de infecção)	
1	Antonina	5	1	1	Guaraqueçaba	3
	Matinhos	3	2	0		1
	Morretes	5	2	0		3
	Paranaguá	25	25	0		30
	Adrianópolis	3	1	2	Adrianópolis	0
2	Almirante Tamandaré	1	1	0		0
	Bocaiúva do Sul	2	1	0		1
	Campina Grande do Sul	4	2	1	Guaraqueçaba	1
	Campo Largo	1	1	0		0
	Campo Magro	1	1	0		0
	Carvo Azul	1	0	0		1
	Colombo	3	1	0		2
	Curitiba	9	1	0		8
	Pinhais	1	0	0		1
	Piraquara	1	0	0		1
3	São José dos Pinhais	18	18	0		18
	Palmeiras	3	0	0		3
	Chopinzinho	2	0	0		2
7	Ampére	1	0	0		1
	Francisco Beltrão	2	0	0		2
	Ptenalto	1	0	0		1
8	Foz do Iguaçu	1	1	0		1
	Itaipulândia	1	0	0		1
	Cascavel	4	1	0		3
9	Iguatu	2	0	0		2
	Quedas do Iguaçu	2	1	0		1
	Vera Cruz do Oeste	1	1	0		1
10	Iretama	1	1	0		1
	Maringá	1	0	0		1
	Sarandi	2	0	0		2
15	Arapongas	1	0	0		1
	Londrina	1	0	0		1
	Luziânia	1	1	0		1
17	Uraí	1	0	0		1
	Marcelino	1	1	0		1
	Marcelino	1	1	0		1
Total		145	62	4		30

Paraná (14/3/2019):
137 casos descartados
59 casos em investigação
8 casos confirmados
1 óbito

Fonte: SINAN/DVDTV/CEVA/SVS/SESA-PR Nota: Caso confirmado de Adrianópolis notificado por São Paulo Resultados preliminares, sujeitos a alteração. DBF 20/02/2019.

FEBRE AMARELA

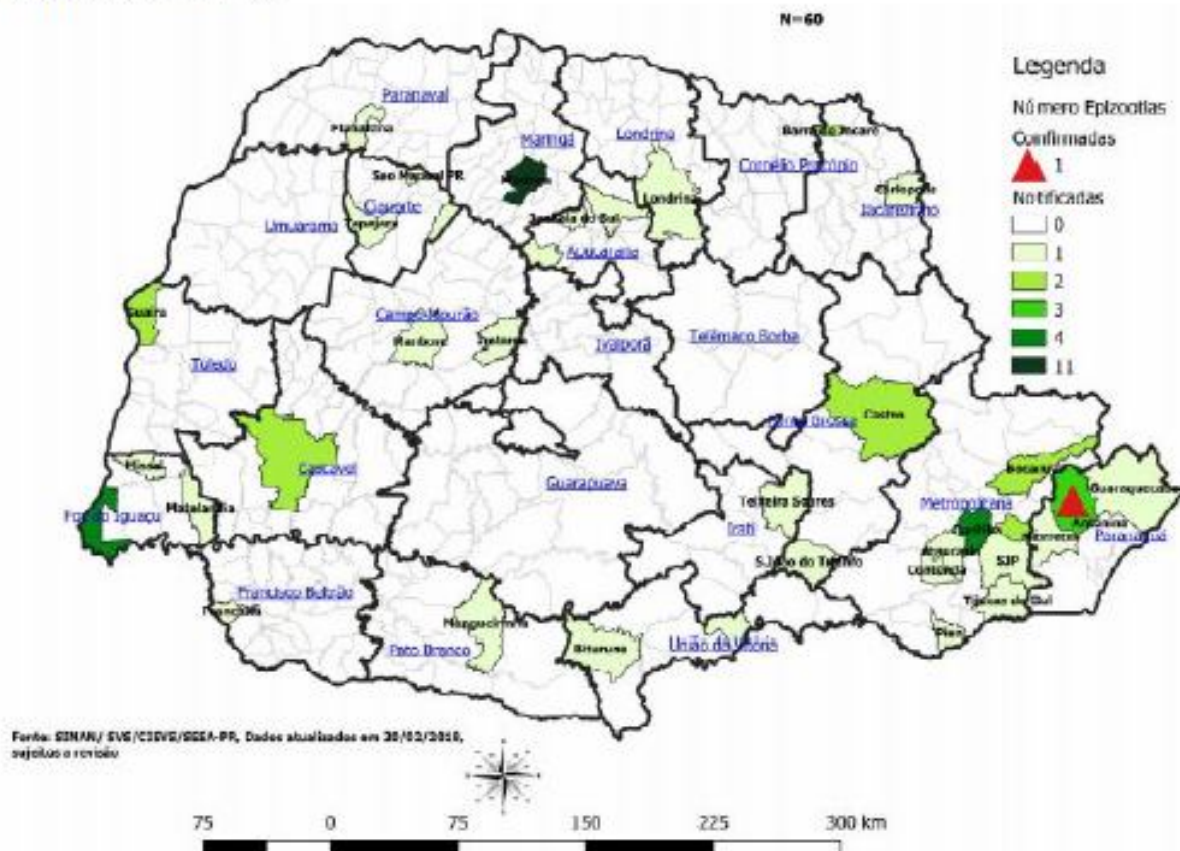
Local de ocorrência: Paraná

Data da informação: 20/02/2019

Origem da informação: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

COMENTÁRIOS:

Os municípios que registraram epizootias no período de monitoramento de julho/2018 a junho/2019 estão dispostos no Mapa 1, com 01 epizootia confirmada no município de Antonina.



Mapa 1: Epizootias notificadas e confirmadas em PNH, segundo local de ocorrência, Paraná, 01/07/2018 a 20/02/2019

FEBRE AMARELA

Local de ocorrência: Nacional
Data da informação: 20/02/2019
Fonte da informação: Ministério da Saúde

COMENTÁRIOS:

Situação Epidemiológica:

MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Período de monitoramento: 01/07/2018 a 30/06/2019

Casos humanos notificados: 1.086

Epizootias em PNH notificadas: 2.165

50 confirmados (12 óbitos)

30 confirmados

161 em investigação

188 em investigação e 1.014 indeterminadas

875 descartados

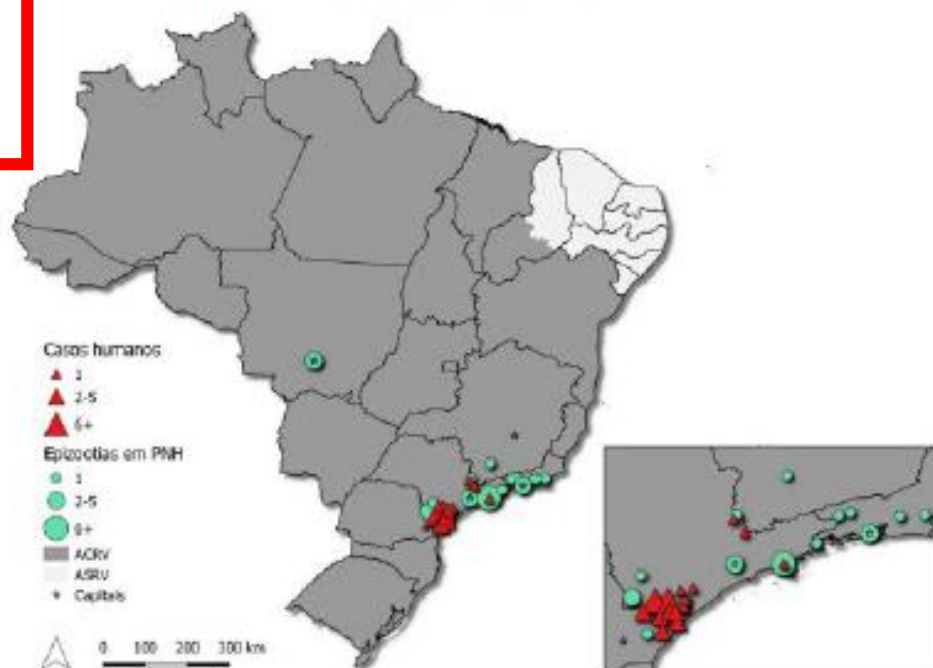
933 descartados

Fonte: COE/DCV/IT/DVS/MS. *Dados preliminares e sujeitos à alteração.

Cobertura
vacinal em < 1
ano PARANÁ:
74%

Recomendação:
≥ 95%

FIGURA 1 • Distribuição dos casos humanos e epizootias em PNH confirmados para FA, por município do local provável de infecção ou de ocorrência, monitoramento 2018/2019 (jul/18 a jun/19), Brasil, entre as semanas epidemiológicas (SE) 27/2018 e 08/2019.



14/03/2019

Paraná segue em alerta contra a febre amarela

O boletim epidemiológico semanal divulgado hoje pela Secretaria Estadual da Saúde (SESA) não registra novos casos de febre amarela, mas o Paraná segue em alerta com 8 casos confirmados da doença, incluindo uma morte.

“A nossa recomendação é para que a população busque uma unidade de saúde mais próxima da sua casa e tome a vacina contra a doença, que está disponível nos 399 municípios”, alerta o secretário de Saúde do Paraná, Beto Preto. Ele destaca a preocupação com algumas pessoas que não querem se vacinar. “A vacina é segura é a única forma eficaz de proteger a população”

O número de casos já investigados e descartados aumentou da semana passada para cá: eram 129 e agora são 137 casos descartados.

Continuam em investigação 59 notificações. Os municípios com mais notificações são Paranaguá, Curitiba e São José dos Pinhais.

A SESA segue com as ações de combate a febre amarela em todo Paraná. De janeiro até agora foram aplicadas cerca de 300 mil doses da vacina.

“A vacina leva 10 dias para conferir a proteção”, informa a superintendente de Vigilância em Saúde, Acácia Nasr, “portanto recomendamos que todos procurem o serviço de saúde para a imunização, devem receber a vacina pessoas entre 9 meses e 59 anos”, afirmou.

Os parques estaduais também estão sob alerta, pois são consideradas áreas de risco de circulação viral. “Quem for visitar essas unidades de conservação deve estar vacinado”, reforça a superintendente.



<http://www.saude.pr.gov.br>

Obrigada!!