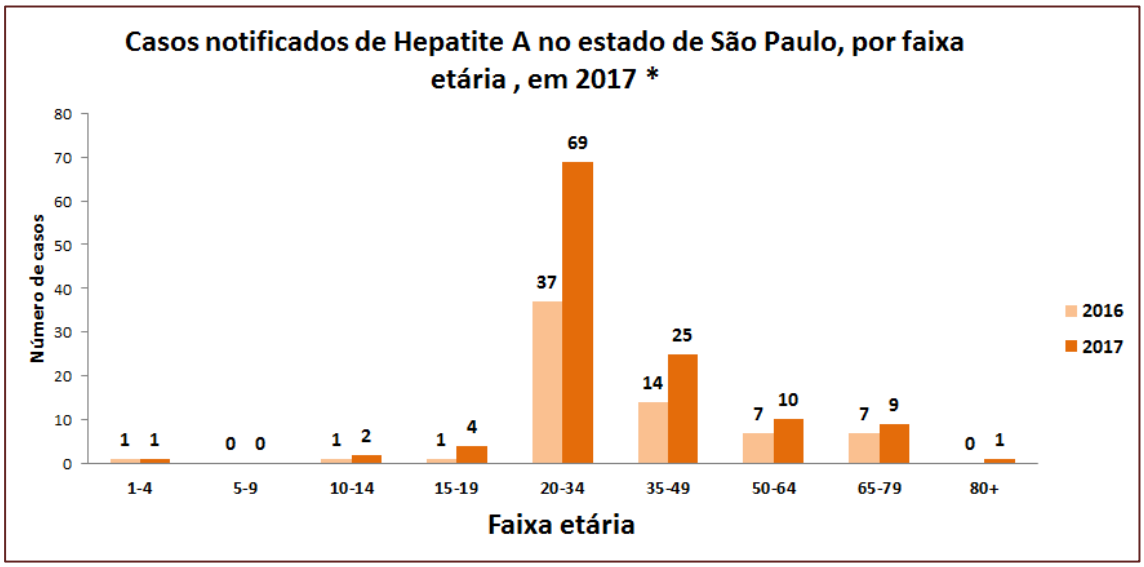
INFORME TÉCNICO

AUMENTO DE CASOS DE HEPATITE A NO ESTADO DE SÃO PAULO

Desde 2016, têm sido reportados surtos de hepatite A em 15 países da União Europeia (Espanha, Reino Unido, Itália, Alemanha e Portugal, entre outros), com mais de 1173 casos, devido a três tipos de cepas distintas do sub-genótipo IA, em homens que praticam sexo com homens (HSH). No Chile, 706 casos de hepatite A foram relatados a partir de 5 de maio de 2017 e nos Estados Unidos, na Cidade de Nova York observou-se um aumento nos casos de hepatite A entre HSH que não relataram viagens internacionais.

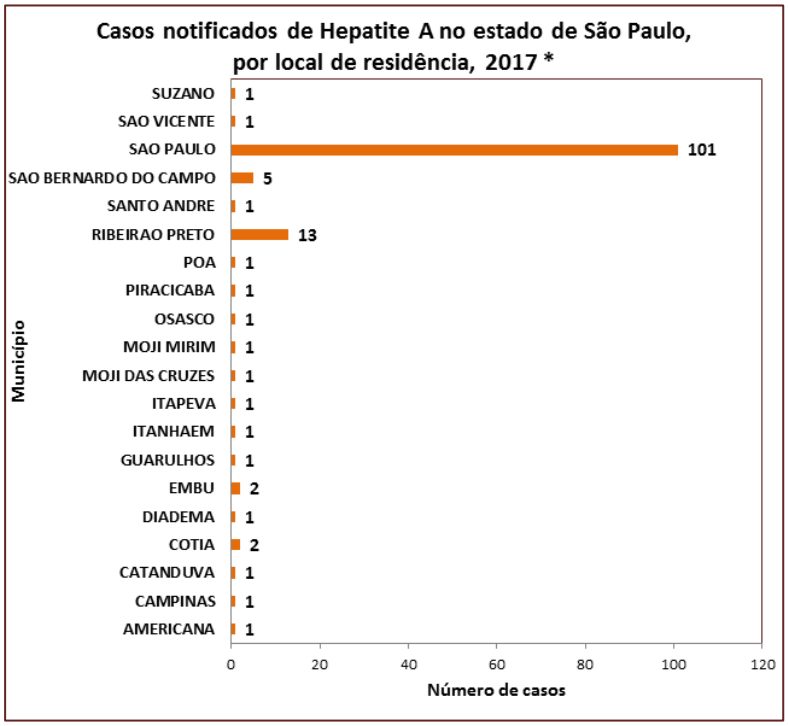
No Estado de São Paulo, casos de Hepatite A aumentaram de um total de 68 casos em 2016 para 138 em 2017 (atualizado até a SE 24). As faixas etárias mais afetadas são entre 20 a 49 anos, conforme Figura 1.



Fonte: SINAN NET
Dados: * Até SE 24 (14/06/2017)
Notificação individual de Hepatite A: Indivíduo que apresente Anti-HAV IgM reagente

Figura 1 – Casos notificados de Hepatite A no Estado de São Paulo, por faixa etária, 2017.

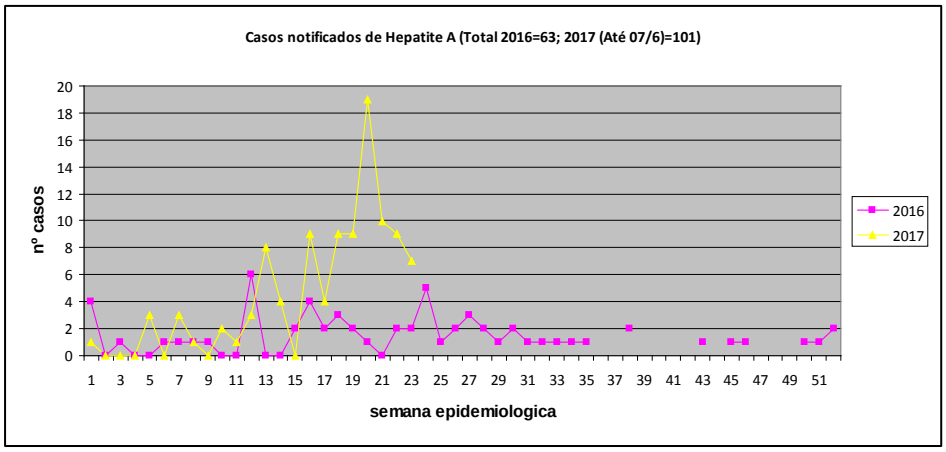
Os municípios com mais notificações são os municípios de São Paulo e Ribeirão Preto, conforme Figura 2.



Fonte: SINAN NET
Dados: * Até SE 24 (14/06/2017)
Notificação individual de Hepatite A: Indivíduo que apresente Anti-HAV IgM reagente

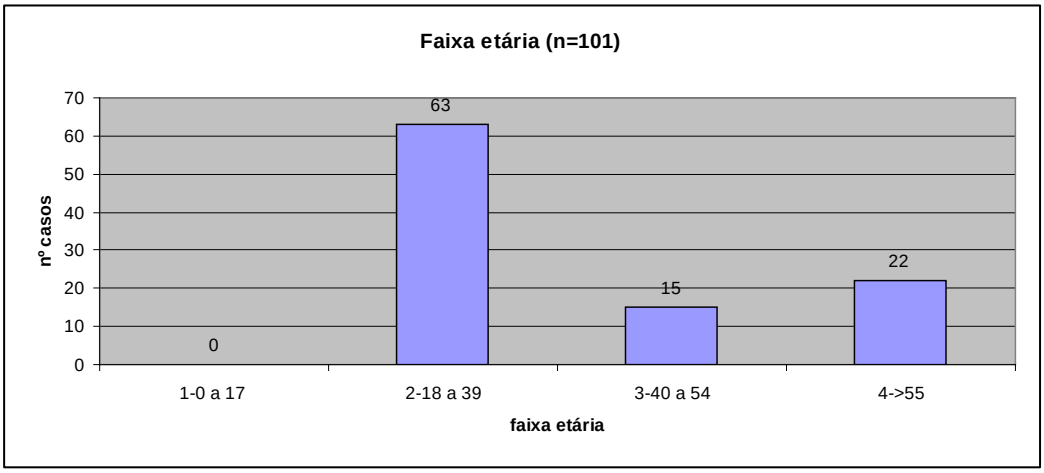
Figura 2 – Casos notificados de Hepatite A no Estado de São Paulo, por local de Residência, 2017.

A investigação de suspeita de surto, em andamento no município de São Paulo, identificou até a SE 22, 101 casos, onde 80% dos casos são do sexo masculino, 63% com idade entre 18 a 39 anos e cinco casos declarados como HSH e um óbito. No mesmo período em 2016, foram notificados 31 casos, conforme Figura 3.



Fonte: SINAN NET/COVISA/SMS-SP
Dados: Até SE 22 (07/06/2017)
*Notificação individual de Hepatite A: Indivíduo que apresente Anti-HAV IgM reagente

Figura 3 – Casos notificados de hepatite A(Total 2016 = 63; 2017 [até 07/06] = 101).



Fonte: SINAN NET/COVISA/SMS-SP
Dados: Até SE 22 (07/06/2017)
*Notificação individual de Hepatite A: Indivíduo que apresente Anti-HAV IgM reagente

Figura 4 – Faixa Etária (n=101).

Perfil semelhante está sendo identificado no município de Ribeirão Preto, com 13 casos notificados, todos do sexo masculino, portadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST) como HIV/Sífilis e são HSH.

Além destes relatos, foram notificados um caso em Americana, Campinas, Catanduva, Diadema, Guarulhos, Itanhaém, Itapeva, Moji das Cruzes, Moji Mirim, Osasco, Piracicaba, Poá, Santo André, Osasco e São Vicente. Dois casos em Embu e Cotia, além de cinco casos em São Bernardo do Campo.

A gravidade destes casos de Hepatite A é importante, uma vez que já foram reportados um óbito e dois casos evoluíram para transplante hepático.

Nas investigações não foram identificados exposições às fontes comuns de transmissão hídrica ou alimentar, mas esta via de transmissão não está descartada.

Sobre a doença – A Hepatite A é uma doença viral de início usualmente abrupto com febre, mal estar, anorexia, náusea, vômito e desconforto abdominal. Outros sintomas incluem urina escura, fezes esbranquiçadas, dores articulares e o aparecimento de icterícia em poucos dias, assim como hepatomegalia e esplenomegalia. A severidade dos sintomas aumenta com a idade. A icterícia pode ocorrer em 80% nos adultos. Os sintomas têm duração de 1 a 2 semanas a 2 meses, mas em 10% a 15% dos infectados, os sintomas podem ser prolongados ou recorrentes por 6 a 9 meses. A doença é autolimitada e considerada benigna, porém existem formas atípicas da hepatite que podem causar insuficiência hepática aguda (hepatite fulminante), principalmente em adultos. A letalidade estimada é 0,1% para crianças menores de 14 anos, chegando a 1,8% para maiores de 50 anos. Indivíduos com hepatopatias crônicas apresentam maior risco em desenvolver a hepatite fulminante.

Período de incubação – De 15 a 50 dias, dependendo da dose infectante; em média 28 dias.

Modo de transmissão – O vírus da hepatite A se replica no fígado do paciente infectado e é excretado pelas fezes. A transmissão principal é por contato pessoa-a-pessoa, pela via fecal-oral, especialmente quando há contato íntimo e prolongado com os doentes. Entre os adultos com fatores de risco identificados, a maioria dos casos é de homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas ilícitas e viajantes internacionais. A transmissão do vírus pode ocorrer, mesmo utilizando medidas preventivas comumente utilizadas em DST (exemplo: uso de preservativos), principalmente devido ao contato fecal-oral durante a atividade sexual.

A água e os alimentos contaminados com VHA atuam como veículos importantes de propagação da doença. A transmissão ocorre através de vários tipos de alimentos como frutas, verdura de folhas, mariscos mal cozidos, água de beber e gelo que utilizam águas contaminadas. Sabe-se que o vírus pode sobreviver períodos longos de 12 semanas a 10 meses em água e que os moluscos e crustáceos podem reter e acumular o vírus por até 15 vezes mais do que o nível original da água.

Período de transmissibilidade – A excreção do vírus nas fezes alcança o seu pico em 01 a 02 semanas antes do aparecimento dos sintomas ou da disfunção hepática, diminuindo rapidamente em seguida, logo após o aparecimento da icterícia e concomitantemente ao aparecimento dos anticorpos IgM anti-VHA na circulação. Crianças infectadas podem excretar o vírus por períodos mais longos que os adultos, podendo permanecer excretando por até 10 semanas após as manifestações clínicas. Não ocorre a excreção crônica do vírus nas fezes, mas excreção recorrente pode ocorrer em pacientes com doenças prolongadas.

Conduta médica e diagnóstico – O diagnóstico é estabelecido pela detecção de anticorpos IgM anti-VHA no soro do paciente de 5 a 10 dias após a exposição, que pode permanecer detectável por 4 a 6 meses, na maioria dos pacientes, ou por até um ano em casos raros. Os anticorpos IgG aparecem após a primeira semana da doença e persistem provavelmente por toda a vida, como sequela sorológica. Em pacientes sem icterícia, a infecção pode ser observada com o aumento do nível sérico da alanina aminotransferase (ALT), após a infecção e normalizando antes da viremia. O vírus pode ser detectado, no sangue ou nas fezes da maioria dos pacientes durante a fase aguda da doença, pelos métodos moleculares de diagnóstico (PCR). O diagnóstico diferencial da hepatite aguda deve ser realizado com colestase reacional, leptospirose, outras hepatites (B, C, D, E, drogas ou substâncias tóxicas), febre amarela, malária, dengue, mononucleose, alterações hemodinâmicas (hipóxias), colecistopatias, síndrome de Gilbert, processos expansivos neoplásicos ou granulomatosos, colangites, cirroses, entre outros.

Tratamento – não há tratamento específico para hepatite A. Como norma geral, recomenda-se o repouso para diminuir a inflamação das células hepáticas, até a normalização de suas enzimas. Recomenda-se restringir os alimentos gordurosos no período em que os sintomas digestivos estiverem preponderantes e não ingerir bebidas alcoólicas e drogas de metabolização hepática até que o médico libere.

RECOMENDAÇÕES:

– Divulgação de alerta para todas as Unidades de Saúde para notificação e diagnóstico laboratorial de novos casos suspeitos de Hepatite A;

– Reforçar a vacinação contra Hepatite A em pacientes com critérios já definidos para vacinação (pacientes com HIV/ aids Portadores crônicos de VHB e VHC e outras hepatopatias crônicas).

– Divulgação e aconselhamento sobre prevenção primária e promover a vacinação através do envolvimento com a sociedade civil, mídias sociais da comunidade LGBT.

– Divulgar a pratica de sexo seguro: o uso de preservativos para prevenir infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV e hepatite B e C.

– Divulgar a informação para que se evite a exposição fecal-oral durante a atividade sexual, a fim de prevenir outras infecções como a hepatite A (como, uso de barreiras de látex durante sexo ora-anal, luvas de látex para dedilhado ou "fisting", lavagem de mãos e da região genital e anal antes e depois da prática sexual).

– Reforçar a prática de higiênica pessoal e sexual, uma vez que os HSH imunocompetentes não estão contemplados pela vacinação pelo SUS.

Texto elaborado por: Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, Divisão de Hepatites Virais, Central/CIEVS e Divisão de Imunização do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"- CVE e pelo Centro de Referência e Tratamento CRT/DST-Aids.

Links para maiores informações:

-Notificação ON-LINE: http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/homepage/acesso-rapido/notificacao-on-line
- Guia de Vigilância Epidemiológica:
ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/CVE12_GUIA_VE_ATUALIZADO.pdf
-Norma Técnica do Programa de Imunização da SES-SP, 2016:
http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/doc/2016_norma_imunizacao.pdf

Links para conhecer mais dos surtos na Europa:
ECDC_ RAPID RISK ASSESSMENT
http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/16-02-2017-RRA%20UPDATE%201-Hepatitis%20A-United%20Kingdom.pdf
Boletim epidemiológico Portugal
https://www.dgs.pt/em-destaque/hepatite-a-atualizacao-a-23-de-maio-2017-pdf.aspx