

Informe Epidemiológico

Síndrome Hemolítico-Urêmica

Série Histórica 2010 – 2021

Maria Carla da Silva^{ID}, Alessandra Lucchesi de Menezes Xavier Franco^{ID}

Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar
Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

DOI: <https://doi.org/10.57148/bepa.2022.v.19.37905>

VOL. 20 • Nº 219 • ANO 2023 • ISSN 1806-4272

Correspondência

E-mail: dvhidri@saude.sp.gov.br

Instituição: CVE | CCD/SES-SP

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 351 - 6º andar. CEP: 01246-000. São Paulo-SP, Brasil

BREVE HISTÓRICO DA SÍNDROME HEMOLÍTICA-URÊMICA

A síndrome hemolítica-urêmica (SHU) é uma doença complexa e grave, de início agudo, na qual uma reação imune, mais comumente após uma infecção do trato gastrointestinal, causa baixos níveis de glóbulos vermelhos e plaquetários e lesão renal. As principais manifestações clínicas são insuficiência renal, que afeta a grande maioria dos pacientes, palidez, hematomas e petéquias. A hipertensão arterial e manifestações neurológicas, como irritabilidade, letargia, convulsões e coma, apresentam-se em 25% dos doentes.

Ela pode ocorrer em indivíduos de qualquer idade, entretanto, atinge mais idosos e crianças, sendo uma das causas mais frequentes de insuficiência renal aguda em crianças, principalmente nas menores de 5 anos de idade. O diagnóstico precoce da enfermidade e os avanços no tratamento, inclusive da anemia, diminuiu a mortalidade durante o período agudo, atualmente entre 2% e 3%. No entanto, 5% das crianças com SHU desenvolvem insuficiência renal crônica, requerendo em poucos anos procedimentos dialíticos ou transplante renal. Outras 30% continuam com micro-hematúria e graus variáveis de proteinúria, podendo desenvolver insuficiência renal crônica terminal que pode durar décadas.

Desde 2000, a síndrome hemolítica urêmica é um agravo de notificação compulsória no estado de São Paulo (ESP) sendo que, a partir de 2004, predominou nos registros causa provável alimentar. Nacionalmente, a SHU tornou-se um agravo inusitado de notificação compulsória imediata pela Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, e da Portaria nº 1.984, de 12 de setembro de 2014; antes, a doença já havia sido objeto da Resolução SS-20, 22 de fevereiro de 2006, e do Código Sanitário – Lei 10.083, de 23 de setembro de 1998. Ela deve ser notificada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) utilizando a Ficha de Notificação/Conclusão; e, desde 2019, deve-se preencher também a Ficha de Investigação de SHU, a ser encaminhada à DDTHA/CVE.

AGENTE ETIOLÓGICO

As bactérias produtoras de toxina *Shiga* (STEC, do inglês *Shiga Toxin-producing E. coli*), como a *Escherichia coli* O157:H7 e a *Shigella sp*, podem causar um amplo espectro de doenças, variando de diarreia branda até casos severos de colite hemorrágica, capazes de evoluir para complicações extra intestinais graves, dentre elas a síndrome hemolítica urêmica e a púrpura trombocitopênica trombótica (PPT).

A *E. coli* O157:H7 provoca uma diarreia, geralmente sanguinolenta, denominada colite hemorrágica, com dores abdominais fortes, podendo o paciente apresentar febre baixa ou não.

Aproximadamente 10% desses doentes evoluem para SHU, cujas manifestações principais são dano renal agudo, trombocitopenia e anemia hemolítica microangiopática. Outras cepas de *E. coli* produtoras de toxinas Shiga (STEC) também podem causar diarreia e síndrome hemolítica urêmica. E essa produção é essencial para o desenvolvimento das formas clássicas de SHU.

Os sorotipos da categoria STEC que estão associados com a doença severa no homem, como O157:H7, O26:H11, O103:H2, O111:H8/H e O113:H21, são denominados *E. coli* Enterohemorrágicas (EHEC). As cepas O26, O45, O111, O121, O103 e O145 provocam aproximadamente 71% dos surtos não causados pela O157:H7. Em 2011, a cepa O104:H4 foi a responsável pelo surto de diarreia na Europa, com cerca de 4.000 casos diarreicos (12 óbitos) e quase 900 de SHU (48 óbitos).

MODO DE TRANSMISSÃO

O principal reservatório das bactérias STEC é o gado bovino, ocorrendo a contaminação humana por meio do consumo de alimentos infectados com as fezes do animal, principalmente os preparados com carne moída crua ou malcozida e leite não pasteurizado. As verduras podem ser infectadas durante o cultivo, devido à contaminação de água de irrigação e de esterco.

A transmissão pessoa a pessoa, via fecal-oral, pode ocorrer e é favorecida pela baixa dose infectante e estudos apontam que um número tão pequeno quanto dez organismos seria suficiente para desencadear a infecção.

Seu período de incubação varia de três a oito dias, com mediana de três a quatro. No período prodromico ocorrem fortes dores abdominais, diarreia não sanguinolenta e febre de curta duração, podendo ocorrer vômitos. Após dois a três dias, a maioria dos casos progride para diarreia sanguinolenta, com presença de coágulos e intensificação de dor abdominal. De 10% a 15% dos pacientes com colite hemorrágica evoluem para SHU, num período de aproximadamente sete dias, dos quais entre 10% e 50% permanecem com algum comprometimento renal crônico, requerendo procedimentos dialíticos ou até mesmo transplante renal.

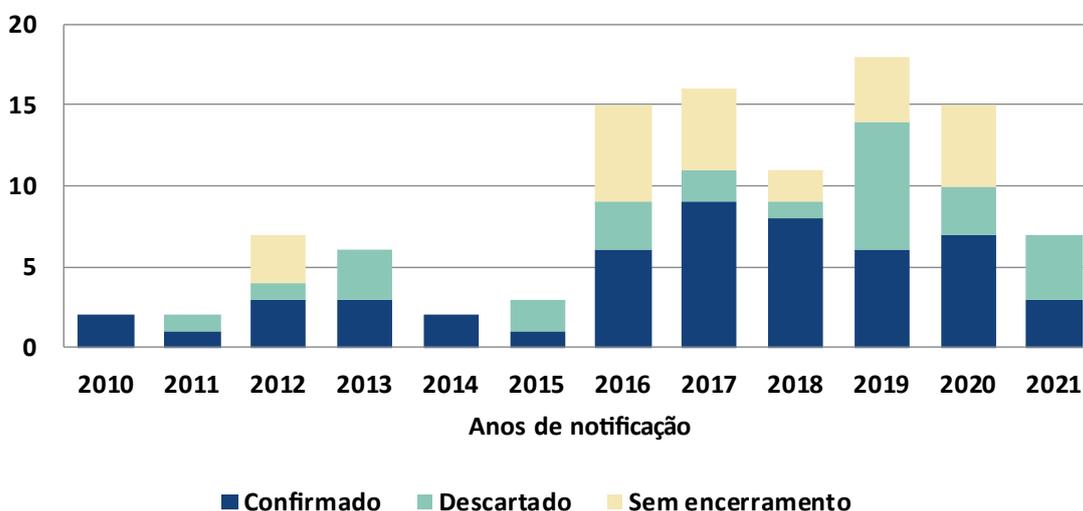
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

No ESP a SHU, as diarreias sanguinolentas e a *E. coli* fazem parte do sistema de vigilância ativa das doenças transmitidas por alimentos (DTA), da monitorização das doenças diarreicas agudas (MDDA) e da vigilância de surtos de DTA.

Esse sistema baseia-se em três eixos básicos: 1) vigilância das diarreias sanguinolentas a partir da sua notificação pelos serviços de saúde, públicos e privados, às equipes de vigilância epidemiológica; 2) notificação dos patógenos emergentes pelos laboratórios públicos e privados às equipes de VE, que realizam busca ativa nos laboratórios e serviços de saúde; e 3) notificação da SHU pelos profissionais e serviços de saúde, públicos e privados, e respectiva busca ativa dessas síndromes específicas.

Nessa perspectiva, analisando-se o período de 2010 a 2021 infere-se que dos 104 casos notificados no ESP, 51 foram confirmados, 28 descartados e 25 não encerrados no sistema (Gráfico 1), muito embora os dados fornecidos na investigação permitam inferir que são casos descartados. Nota-se que 2017, 2018 e 2020 foram os anos com o maior número de confirmações, respectivamente com nove, oito e sete casos.

Gráfico 1. Casos notificados de SHU de acordo com a classificação de encerramento, ESP, 2010 a 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP *Dados extraídos do Sinan e tratados pela DDTHA em 10 de junho de 2022.

O número de notificações da SHU no estado variou ao longo dos anos, de modo que é possível constatar que de 2010 a 2014 a maior incidência foi de apenas 0,01/100.000 habitantes, com a variação de um a três casos positivos por ano (Gráfico 2). Com a inclusão da SHU na lista de notificação compulsória nacional tornou-se perceptível o aumento no número de casos notificados entre 2015 a 2021, bem como de confirmados, elevando a incidência para 0,02/100.000 habitantes em 2017, ainda assim uma taxa muito baixa quando comparada com a incidência global, em torno de 0,6/100.000 habitantes.

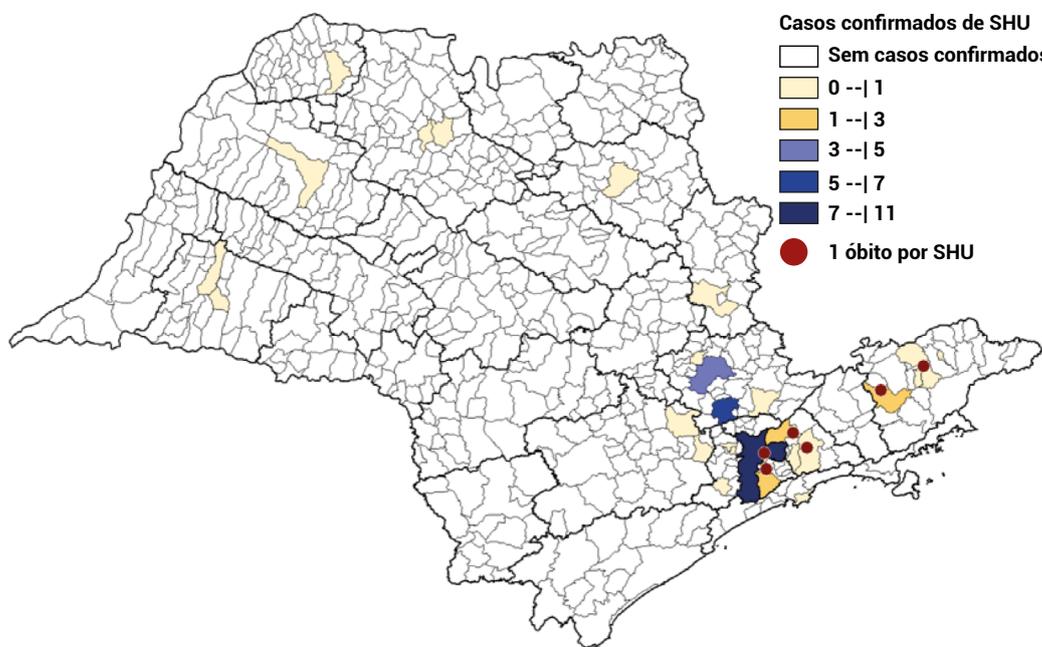
Gráfico 2. Número de casos confirmados e taxa de incidência, ESP, de 2010 a 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos do Sinan e tratados pela DDTHA em 10 de junho de 2022.

No que se refere à ocorrência de casos por município de residência, a capital paulista apresentou o maior número no período avaliado (11), seguida de Jundiaí (6), Campinas (4), Guarulhos (2), Taubaté (2) e São Bernardo do Campo (2) (Figura 1). Desse modo, dos 51 casos confirmados 6 evoluíram para óbito por SHU: em Arujá e Mogi das Cruzes, em 2012; em Guaratinguetá e São Bernardo do Campo, 2016; na cidade de São Paulo, 2017; e Taubaté, 2021.

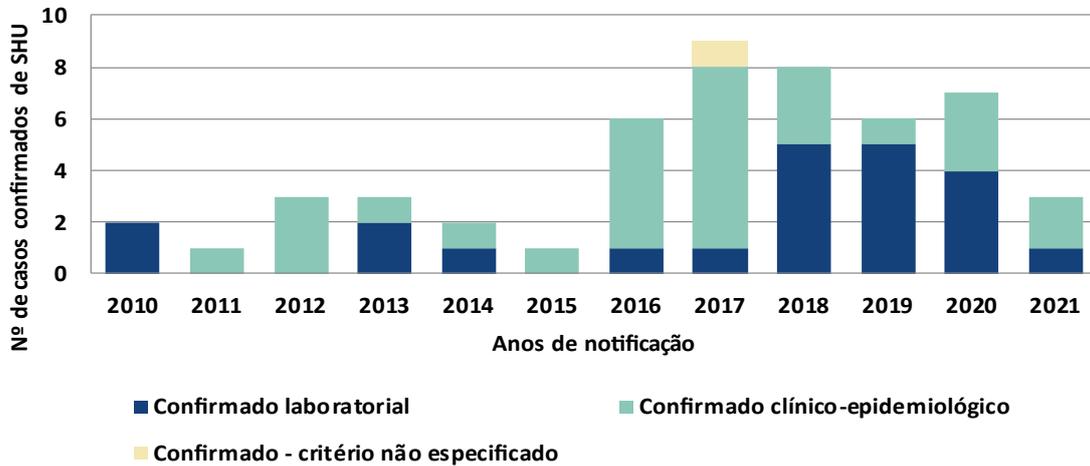
Figura 1. Distribuição espacial de casos confirmados de SHU e óbitos por SHU, ESP, 2010 a 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos do Sinan e tratados pela DDTHA em 10 de junho de 2022.

Dentre os casos confirmados, 22 foram por critério laboratorial e 28 clínico-epidemiológico; 1 não foi especificado no Sinan (Gráfico 3). Assim, é possível afirmar que o GVE Campinas foi o que apresentou o maior número de confirmações no período avaliado.

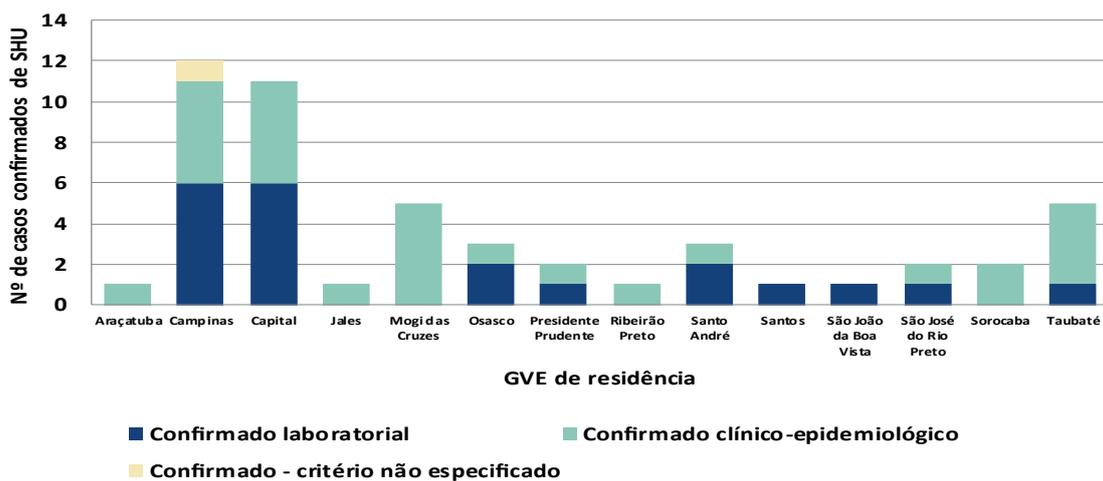
Gráfico 3. Número de casos confirmados por critério de encerramento, ESP, de 2010 a 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos do Sinan e tratados pela DDTHA em 10 de junho de 2022.

Os GVE Santos e São João da Boa Vista, entretanto, apresentaram os maiores percentuais de encerramento por critério laboratorial (100% dos casos), seguidos pelo GVE Santo André (67%) e GVE Osasco (67%) (Gráfico 4).

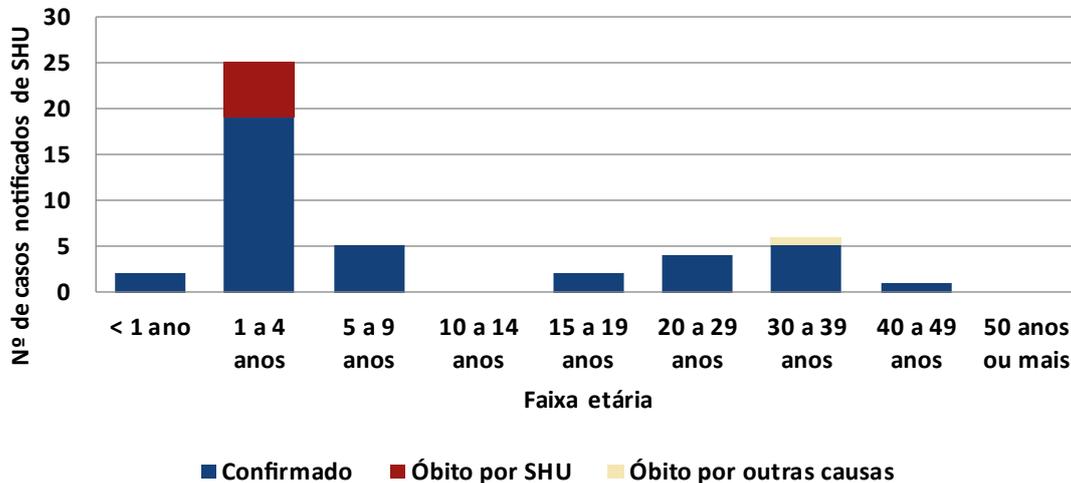
Gráfico 4. Número de casos confirmados por critério de encerramento, ESP de 2010 a 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos do Sinan e tratados pela DDTHA em 10 de junho de 2022.

Em relação à faixa etária, o maior número de casos concentrou-se entre 1 e 4 anos de idade, similar ao que é reportado globalmente, assim como os óbitos por SHU (Gráfico 5).

Gráfico 5. Número de casos confirmados e óbitos por faixa etária, ESP, 2010 a 2021.*



Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos do Sinan e tratados pela DDTHA em 10 de junho de 2022.

É fundamental a detecção de casos o mais precocemente possível para que se preste a assistência necessária, assim como coletar material para análise laboratorial é essencial para o diagnóstico. Essas ações são um direcionador nas medidas de vigilância. Por isso é de extrema importância a notificação imediata dos casos suspeitos de SHU e os surtos de diarreia. Nesse sentido, todo e qualquer evento do tipo notificado deve ser investigado a fim de se tentar determinar a fonte de infecção, bem como os possíveis contatos do paciente.

A respeito desses contatos, quando um indivíduo apresenta diarreia aguda é necessário ter precauções que impeçam a transmissão oral-fecal, pessoa a pessoa ou veiculada por alimentos. Desse modo, pessoas com diarreia não devem preparar refeições nem cuidar de crianças ou pacientes antes da cura ou de dois resultados sucessivos de fezes negativos. Elas precisam ser afastadas da manipulação alimentar e receber orientações quanto a medidas de higiene e lavagem das mãos. Por fim, devem ser coletadas culturas de contatos que se restringem a manipuladores de alimentos, atendentes e outros funcionários envolvidos no cuidado de crianças ou pacientes, pois eles podem estar contribuindo para a disseminação da infecção.

É digno de nota que em surtos a detecção do patógeno em alimentos é útil. Ademais, no período avaliado nenhum caso pertenceu a esse cenário.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Interromper a transmissão, seja por alimento, água ou pessoa a pessoa, envolve medidas educativas e de caráter sanitário que devem ser adotadas tão logo se suspeite do diagnóstico e se disponha das primeiras evidências de fatores causais. Nesse sentido, as medidas preventivas capazes de reduzir a incidência da doença são:

- vigilância das condições de abate para reduzir a contaminação da carne pelo conteúdo intestinal do animal;
- educação da população para o consumo de carnes adequadamente cozidas, principalmente a moída, que deve ser cozinhada até o desaparecimento da cor rosa;
- consumo de sucos, leite e seus derivados somente pasteurizados;
- procedimentos de HACCP no cultivo de verduras, legumes e frutas e vigilância do uso de esterco animal – o uso desse material não tratado, em especial, tem sido responsável pela contaminação de frutas, legumes e verduras;
- irradiação de carnes, principalmente a moída;
- cloração adequada de toda água de abastecimento público, para consumo humano e enchimento de piscinas;
- educação de manipuladores de alimentos, donas de casas e população em geral para cuidados básicos de higiene e lavagem frequente das mãos, antes do preparo ou do consumo de alimentos, entre outros; e
- adoção de medidas de higiene rigorosas nas creches, com lavagem das mãos após o uso de banheiro, troca de fraldas, antes das refeições e ao cuidar das crianças, além de cuidados básicos durante o preparo e oferta das refeições para crianças e funcionários, assim como com bebedouros, banheiros, bancadas etc.

Publicação Maio de 2023

Acesso aberto



Como citar

Silva MC, Franco ALMX. Informe epidemiológico da vigilância da síndrome hemolítico-urêmica. Bepa [Internet]. 1 de fevereiro de 2023 ;20(220):1-9. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37905>

