



Congresso Mundial de Infecções Cardiovasculares no Rio de Janeiro

O ano de 2014 foi um ano de grandes eventos, principalmente após o IV Infecto Rio, realizado em agosto. Para o ano de 2015, teremos eventos científicos importantes. Pela primeira vez, o Simpósio Internacional de Modernos Conceitos em Endocardite e Infecções Cardiovasculares será realizado no Brasil, no Rio de Janeiro. Na sua 13ª edição, este importante Simpósio ocorrerá no Hotel Windsor Atlântica, nos dias 04 a 06 de junho, e tem como presidente o Professor Cláudio Querido Fortes, com apoio da SIERJ na sua organização.

Esta é uma oportunidade única para compartilhar suas experiências e dúvidas sobre patogênese, epidemiologia, diagnóstico, prevenção, tratamento clínico e cirúrgico da endocardite infec-

ciosa e de outras infecções de doenças cardiovasculares, com renomados infectologistas, cardiologistas, microbiologistas, patologistas e cirurgiões cardiovasculares de todo o mundo, com enorme expertise em endocardite infecciosa e outras infecções cardiovasculares. Para mais informações, inscrições e submeter trabalho científico, acesse iscvid2015.com.

Em setembro, teremos uma palestra sobre cura do HIV e impacto no tratamento com o Professor Stefano Vella, que é responsável pelo Serviço de HIV

e Hepatites Virais do Instituto Nacional Italiano de Saúde, com sede em Roma. Em breve, confirmaremos a data e local desta palestra.

Em outubro, realizaremos o IV Fórum de Infectologia do Rio de Janeiro, que nesta edição será em Valença, no Rio de Janeiro. O Fórum é uma oportunidade de levar para o interior do Estado palestras com tema de interesse da especialidade, com discussão de alto nível, permitindo a atualização *in loco*, de médicos e alunos de toda a região.

Além destas atividades, continuaremos com nossos encontros mensais no

Clube de Infectologia, realizado nas terças-feiras dos meses de março a junho e de agosto a novembro. Sempre contaremos com a apresen-

tação de um caso clínico, apresentado por um residente de Infectologia das instituições que oferecem este curso no Rio de Janeiro, além de uma aula de tema de atualização em Infectologia. A novidade para 2015 será a disponibilização das aulas na página da SIERJ - sierj.org.br - em área exclusiva para sócios.

Para podermos manter todas estas atividades, é essencial que todos se associem à SBI e, conseqüentemente, à SIERJ, fortalecendo nossas entidades.

Um ótimo 2015 para todos.



Ano 15 – n° 49 / 2014

BOLETIM INFORMATIVO

Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro - Filial à Sociedade Brasileira de Infectologia

HIV Américas 2015

Data: 16 a 18 de abril de 2015
Local: Cidade do México, México
Informações: www.hivamericas.org

ECCMID 2015

Data: 25 a 28 de abril de 2015
Local: Copenhague, Dinamarca
Informações: www.eccmid.org

XVII Congresso Panamericano de Infectologia

Data: 15 a 19 de maio de 2015
Local: Quito, Equador
Informações: www.apiecuador2015.org

X Congresso da Sociedade Brasileira de DST

VI Congresso Brasileiro de AIDS

Data: 17 a 20 de maio de 2015
Local: Hotel Maksoud Plaza - São Paulo, SP
Informações: www.dst aids2015.com.br

8º Hepato AIDS

Data: 28 a 30 de maio de 2015
Local: Hotel Maksoud Plaza - São Paulo, SP
Informações: www.hepatoaids.com.br

Simpósio Internacional de Modernos Conceitos em Endocardite e Infecções Cardiovasculares

Data: 04 a 06 de junho de 2015
Local: Windsor Atlântica Hotel - Rio de Janeiro, RJ
Informações e Inscrições: www.iscvid2015.com

LI Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical

Data: 14 a 17 de junho de 2015
Local: Centro de Eventos - Fortaleza /CE
Informações: ivo@ufc.br; tsilva@ufc.br; pamplona.luciano@gmail.com

XI Sul Encontro de Controle de Infecção VII Encontro Gaúcho de Microbiologia Aplicada ao Controle de Infecção

Data: 17 a 20 de junho de 2015
Local: Hotel Serrano - Gramado, RS
Informações: www.sulencontro2015.com.br

EXPEDIENTE

Boletim Informativo da SIERJ

Jornalista responsável: Juliana Temporal (MTb 19.227)
Projeto gráfico: Julio Leiria e Daniel Meireles
Editoreção eletrônica: Selles & Henning Comunicação Integrada
Tiragem: 2.000 exemplares
Periodicidade: trimestral

Sociedade de Infectologia do Estado do Rio de Janeiro - SIERJ

Av. Mem de Sá, 197, Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20.230-150
Tel. (21) 2507-3353 - Fax: (21) 2509-0333
E-mail: sierj@sierj.org.br - Site: www.sierj.org.br

Os artigos publicados neste boletim são de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando, necessariamente, a opinião da SIERJ.

Presidente:

Alberto Chebabo

Vice-Presidente:

Tânia Regina Constant Vergara

Secretária-geral:

Karla Ronchini

Primeira-Secretária:

Lia Adler Cherman

Primeiro-Tesoureiro:

Mauro S. Treistman

Segundo-Tesoureiro:

Valéria R. Gomes

Coordenador Científico:

Guilherme Santoro Lopes

Coordenador de Informática Médica:

Alberto S. Lemos

Coordenador de Mídias:

Luiz Fernando Passoni

REGIONAIS DA SIERJ

Coordenador geral:

J. Samuel Kierszenbaum

Metropolitana I:

Jorge Eurico Ribeiro

Abrangência: Angra dos Reis - Belford Roxo - Duque de Caxias - Itaguaí - Japeri - Magé - Mangaratiba - Mesquita - Nilópolis - Nova Iguaçu - Queimados - Rio de Janeiro - São João de Meriti - Seropédica

Metropolitana II:

Ralph Antonio X. Ferreira

Abrangência: Itaboraí - Maricá - Niterói - Rio Bonito - São Gonçalo - Silva Jardim - Tanguá

Serrana:

Délia Celser Engel

Abrangência: Bom Jardim - Cantagalo - Carmo - Cachoeiras de Macacú - Cordeiro - Duas Barras - Guapimirim - Macuco - Nova Friburgo - Petrópolis - Teresópolis - Trajano de Moraes - São José do Vale do Rio Preto - São Sebastião do Alto - Santa Maria Madalena - Sumidouro

Centro-Sul Fluminense:

Lucio Caparelli

Abrangência: Areal - Comendador Levy Gasparian - Engenheiro Paulo de Frontin - Mendes - Miguel Pereira - Paracambi - Paraíba do Sul - Pati de Alfes - Sapucaia - Três Rios - Vassouras

Noroeste Fluminense:

Aloísio Tinoco de Siqueira Filho

Abrangência: Aperibe - Bom Jesus de Itabapoana - Cambuci - Cardoso Moreira - Italva - Itaocara - Itaperuna - Lage do Muriaé - Miracema - Natividade - Porciúncula - Santo Antonio de Pádua - São José de Ubá - Varre-Sai

Norte Fluminense:

Nélio Artiles Freitas

Abrangência: Campos dos Goytacazes - Conceição de Macabú - Macaé - Quissamã - São Fidélis - São Francisco de Itabapoana - São João da Barra

Baixada Litorânea:

Apparecida Castorina Monteiro dos Santos

Abrangência: Araruama - Armação dos Búzios - Arraial do Cabo - Cabo Frio - Casemiro de Abreu - Iguaçu Grande - Rio das Ostras - Saquarema - São Pedro da Aldeia

Médio Paraíba:

Bernardo Calvano

Abrangência: Barra Mansa - Barra do Pirai - Itatiaia - Paraty - Pinheiral - Pirai - Porto Real - Quatis - Resende - Rio Claro - Rio das Flores - Valença - Volta Redonda

Dr. Alberto dos Santos de Lemos,
médico infectologista do Instituto Nacional de Infectologia
Evandro Chagas, Fiocruz, Serviço de DIP – HUCCF, UFRJ

Profilaxia pré-exposição da raiva

A raiva é uma doença grave, descrita como uma encefalomielite aguda progressiva, causada por vírus neurotrópicos da família *Rhabdoviridae*, gênero *Lyssavirus*, que acomete mamíferos, inclusive o homem. A doença resulta em alta letalidade e não possui tratamento específico até a atualidade, havendo um pequeno número de casos sobreviventes descritos após a implementação de protocolos de suporte intensivo específicos. Frente a essas características, conhecer o papel da profilaxia da raiva na prática médica é de fundamental importância.

Além das medidas de prevenção do contato com animais potencialmente infectados, a maioria dos profissionais tem certa familiaridade com a profilaxia pós-exposição da raiva, que tem como objetivo primário impedir que o vírus atinja as terminações nervosas periféricas, por meio dos cuidados locais com os ferimentos e imunização passiva e ativa. No entanto, determinados indivíduos encontram-se sob exposição tão frequente ao vírus, que a estratégia de profilaxia pré-exposição (PrEP) deve ser considerada e implementada, objetivando a indução de anti-

corpos contra o vírus da raiva em títulos considerados protetores no momento da exposição, por meio de imunização ativa. De acordo com o estabelecido por diretrizes brasileiras, são eles:

- Veterinários;
- Profissionais de laboratório, professores e estudantes que trabalham com o vírus da raiva ou com animais potencialmente infectados;
- Tratadores e treinadores de animais domésticos de interesse econômico (equídeos, bovídeos, caprinos, ovinos e suínos) potencialmente infectados com o vírus da raiva;
- Auxiliares e demais funcionários de laboratório de virologia e anatomopatologia para raiva;
- Pessoas que atuam no campo na captura, vacinação, identificação e classificação de mamíferos passíveis de portarem o vírus;
- Funcionários de zoológicos;
- Pessoas que desenvolvem trabalho de campo (pesquisas, investigações ecoepidemiológicas) com animais silvestres;
- Espeleólogos, guias de ecoturismo e outros profissionais que trabalham em áreas de risco.



OPERAÇÃO
LEI SECA
COLABORE

5 ANOS
SALVANDO
VIDAS

ARTIGO CIENTÍFICO

Existe ainda um grupo de pessoas com reconhecido risco de exposição ocasional ao vírus, como viajantes para áreas de raiva não controlada. Nesses casos, devem ser avaliados aspectos como prevalência da doença e disponibilidade de profilaxia pós-exposição no destino, atividades programadas e possibilidade de repetição frequente do mesmo roteiro de viagem. Tal avaliação deve ser idealmente realizada por médico com experiência e conhecimento na área da Medicina de Viagem, e poderá resultar em recomendação da profilaxia pré-exposição ou não.

Independente da indicação, o indivíduo que recebe a prescrição da PrEP deve estar ciente de que a estratégia não elimina completamente a necessidade de cuidados médicos em eventuais exposições de risco futuras, inclusive da estratégia de profilaxia pós-exposição. Contudo, a PrEP tem se mostrado eficaz para a proteção nos casos de exposição inaparente, e sabidamente desencadeia resposta imune secundária mais rápida (booster), possibilitando a simplificação da profilaxia pós-exposição.

O esquema de vacinação para PrEP pode ser realizado utilizando tanto a vacina de cultivo celular como a produzida em embrião de pato. Recomenda-se três doses de 0,5 ml ou 1 ml (dependendo do fabricante), nos dias 0, 7 e 28, por via intramuscular profunda, no músculo deltoide ou vasto lateral da coxa. A vacina não deve ser aplicada na região glútea, e o volume da dose independe da idade ou do peso do paciente.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a via intradérmica pode ser utilizada, na dose 0,1 ml, aplicada inserção do músculo deltoide, utilizando-se seringas de 1 ml e agulhas hipodérmicas curtas. Esta técnica propiciaria uma redução dos custos com a profilaxia da raiva, especialmente em países pobres. No entanto, o Ministério da Saúde ressalta que essa via só deve ser utilizada quando houver pessoal capacitado e condições adequadas de armazenamento. A vacina purificada de embrião

“Independente da indicação, o indivíduo que recebe a prescrição da PrEP deve estar ciente de que a estratégia não elimina completamente a necessidade de cuidados médicos em eventuais exposições de risco futuras...”

de pato, embora tenha potência semelhante à das vacinas produzidas em cultura celular, não é indicada pela via ID devido à falta de estudos detalhados acerca de sua efetividade. É importante ressaltar que a via intradérmica está contraindicada em pacientes imunodeprimidos, pela ausência de estudos que comprovem sua eficácia na indução de anticorpos protetores. Outro aspecto a ser considerado é de que há demonstrações de que pacientes que usam cloroquina podem apresentar títulos menores de anticorpos contra a raiva após a vacinação ID, devendo esta via ser evitada em tais indivíduos.

A titulação de anticorpos antirrábicos humanos (microtécnica de soroneutralização em cultivo celular) é indispensável para a correta avaliação da pessoa submetida ao tratamento profilático pré-exposição. Deve ser realizada a partir do 14º dia da administração da última dose da vacina. Somente títulos iguais ou acima de 0,5 UI/ml de anticorpos neutralizantes são satisfatórios.

A avaliação sorológica deve ser repetida semestralmente ou anualmente, de acordo com a intensidade e/ou gravidade de risco ao qual está exposto o profissional. Pessoas com exposição continuada, como os que atuam em laboratório de virologia e anatomopatologia para raiva e os que trabalham com a captura de morcegos, devem ser avaliadas semestralmente. Profissionais com menor risco de exposição, como os que só trabalham nas campanhas anuais de vacinação contra a raiva, devem ser avaliados anualmente. Uma dose de reforço deve ser aplicada, caso o título seja inferior a 0,5 UI/ml, repetindo-se a avaliação sorológica 14 dias depois. Não está indicada a repetição da sorologia para profissionais que trabalham em situação de baixo risco, como funcionários de “pet shops” e veterinários que trabalham em área de raiva controlada. Não há indicação da monitorização sorológica em indivíduos que realizam a PrEP da raiva por mo-

tivo de viagem de turismo.

O uso da profilaxia pré-exposição possibilita a simplificação da profilaxia pós-exposição caso esta seja necessária, bastando, nos casos de exposição de risco, a administração de duas doses das vacinas produzidas em cultura celular ou em embrião de pato, nos dias 0 e 3. Não há necessidade de reiniciar nova série. Soro ou imunoglobulina humana antirrábica não devem ser indicados para pacientes que receberam esquema de pré-exposição adequado, com resultado satisfatório da avaliação sorológica. Para garantir a conduta correta, é fundamental que o paciente seja informado eficazmente sobre seu estado de proteção.

A gravidez não deve ser considerada uma contraindicação absoluta da profilaxia pré-exposição da raiva, caso o médico assistente da gestante identifique risco de exposição bastante elevado. Indivíduos imunossuprimidos, inclusive portadores da infecção pelo HIV, podem receber a PrEP, com a atenção de que o risco de não resposta à vacinação é maior.

Leitura Recomendada:

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF, 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/normas_tecnicas_profilaxia_raiva.pdf

MMWR. Human Rabies Prevention —United States, 2008. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5703.pdf>

Warrell, M.J. Current rabies vaccines and prophylaxis schedules: Preventing rabies before and after exposure. *Travel Medicine and Infectious Disease*. Volume 10, Issue 1, January 2012, Pages 1–15.

Wieten, R.W. et al. Rabies Vaccinations: Are Abbreviated Intra-dermal Schedules the Future? *Clinical Infectious Diseases*. (2013) 56 (3): 414-419.

Dengue e Chikungunya

DENGUE

Mais de 1/3 da população do mundo estão em regiões de risco para dengue, colocando-a assim como uma das principais causas de morbimortalidade nas regiões tropicais e subtropicais. Aproximadamente 400 milhões de pessoas são infectadas anualmente. A virose é transmitida por mosquitos e ainda não temos vacinas disponíveis para prevenção. Após a cópula e hematofagia, cada fêmea é capaz de depositar inúmeros ovos nas paredes dos criadouros, preferencialmente depósitos de água limpa e parada. Esses ovos permanecem presos às paredes e são muito resistentes ao ressecamento, tendo permanecido viáveis por até 450 dias em alguns estudos. Fácil de entender o que ocorre após as chuvas quando inúmeros ovos, que resistiram à estiagem, eclodem simultaneamente, dando origem a uma enorme quantidade de vetores, numa região onde já é grande a circulação do vírus da dengue.

ATUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA- BRASIL 2015

No Brasil, foram notificados 224.101 casos de dengue até a semana epidemiológica 9 (01/03/2015 a 07/03/2015), sendo a região Sudeste a responsável por 64,7% dos casos. A análise de incidência (número de casos/100 mil habitantes) mostra um aumento do número de casos em todas as regiões do país em 2015, com o Centro Oeste e o Sudeste apresentando as maiores incidências. Os municípios de Trabiju, Catanduva, Sorocaba e Campinas, todos no Estado de São Paulo, são os de maiores incidências. No Rio de Janeiro, Resende é o município de maior incidência com 2.723 casos/100mil habitantes. No ano de 2015, foram confirmados 102 casos de dengue grave e 913 de dengue com sinais de alarme.

Foram confirmados 52 óbitos, representando uma redução de 32% em relação ao mesmo período do ano passado.

Os sorotipos isolados, em 2015, foram DENV1- 87,7%; DENV4- 11%; DENV2- 1,3%. No Rio de Janeiro, 97,1% DENV1 e 2,9% DENV4.

Fonte: Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil. <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/13/Boletim-Dengue-SE09-2015.final.pdf>. Acesso em 23/03/15.

FEBRE CHIKUNGUNYA

Em 2015, até a semana 9, foram registrados 100 casos importados confirmados por laboratório, identificados nas seguintes Unidades da Federação: Amazonas, Amapá, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Roraima e São Paulo.

CLASSIFICAÇÃO DE DENGUE ADOTADA PELO BRASIL A PARTIR DE 2014/OMS

Suspeito

- Pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Aedes Aegypti*, que apresenta febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações:
 - Náusea, vômitos
 - Exantema
 - Mialgias, artralgia
 - Cefaleia, dor retroorbital
 - Petéquias ou prova do laço positiva
 - Leucopenia
- Também pode ser considerado caso suspeito toda criança proveniente ou residente em área com transmissão de dengue, com quadro febril

**“Aproximadamente
400 milhões de pessoas
são infectadas
anualmente.”**

agudo, usualmente entre 2 a 7 dias, e sem foco de infecção aparente.

CASO SUSPEITO DE DENGUE COM SINAIS DE ALARME

- É todo caso de dengue que, no período de defervescência da febre, apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme:
- Dor abdominal intensa e contínua, ou dor a palpação do abdômen
- Vômitos persistentes
- Acumulação de líquidos (ascites, derrame pleural, pericárdico)
- Sangramento de mucosas
- Letargia ou irritabilidade
- Hipotensão postural (lipotímia)
- Hepatomegalia maior do que 2 cm
- Aumento progressivo do hematócrito

CASO SUSPEITO DE DENGUE GRAVE

- É todo caso de dengue que apresenta um ou mais dos seguintes resultados:
- Choque devido ao extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou maior a três segundos, pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente ≤ 20 mm Hg; hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória.
- 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 o ALT >1000), sistema nervoso central (alteração da consciência), coração (miocardite) ou outros órgãos.

CONFIRMADO

- É todo caso suspeito de dengue confirmado laboratorialmente (sorologia IgM, NS1 teste rápido ou ELISA, isolamento viral, PCR, Imunohistoquímica).

Fonte: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Download/Nova_classificacao_de_caso_de_dengue_OMS.pdf. Acesso em 23/03/15.

Hepatite crônica C

A hepatite crônica C é uma doença infecciosa que pode permanecer assintomática e não reconhecida até que as complicações relacionadas à presença do vírus apareçam. Mais de 75% dos pacientes com hepatite crônica C apresentam manifestações extra-hepáticas no curso da doença e elas independem da gravidade da doença hepática ou da encefalopatia hepática.

“Obnubilação, depressão, ansiedade e fadiga são os sintomas psiquiátricos mais frequentes.”

Dentre as manifestações extra-hepáticas, as desordens neuropsiquiátricas têm sido reportadas em mais de 50% dos pacientes com infecção crônica pelo HCV e é grande a variedade de manifestações clínicas. As principais alterações neurológicas associadas ao HCV são eventos cerebrovasculares, mielites e encefalomiélites, alterações cognitivas. Obnubilação, depressão, ansiedade e fadiga são os sintomas psiquiátricos mais frequentes. A infecção pelo HCV é causa

tanto de neuropatia sensitiva quanto motora no contexto da crioglobulinemia mista, e tem sido também reconhecida como fator de risco independente para acidente vascular cerebral. O cérebro é um local adequado para a replicação do HCV, podendo o vírus exercer, diretamente, seu efeito neurotóxico. Outros mecanismos patogênicos, como desarranjo das vias metabólicas de células infectadas, alterações nos circuitos de neurotransmissores, doenças autoimunes e inflamação cerebral ou sistêmica, são propostos. A melhora dos sintomas neuropsiquiátricos em pacientes, que atingem resposta virológica sustentada após tratamento com esquemas baseados em interferon, corrobora para a suposição do papel do HCV na patogênese. O artigo faz uma revisão de forma bem didática do conhecimento atual sobre as condições neurológicas e psiquiátricas associadas à infecção crônica pelo HCV e os supostos mecanismos patogênicos, assim como o efeito do tratamento antiviral.

Referências bibliográficas:

1. Adinolfi L E, Nevola R, Lus G, Restivo L, Guerrero B, Romano C, Zampino R, Rinaldi L, Sellitto A, Giordano M, Marrone A. Chronic hepatitis C virus infection and neurological and psychiatric disorders: An overview. *World J Gastroenterol* 2015; 21(8): 2269-2280
2. ISSN 1007-9327 (print) ISSN 2219-2840 (online)

ESTAMOS INVESTINDO NO NOSSO MAIOR PATRIMÔNIO: NOSSOS CLIENTES.

Hospital Unimed-Rio.
Unidades de Pronto-Atendimento Copacabana e Barra da Tijuca.
Centro de Excelência Física.
Espaço para Viver Melhor.

Unimed RIO