

NOTA TÉCNICA – NT 04 /SESA/CEVA/ DVDTV / 2018
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO
ESTADO DO PARANÁ

INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por diferentes espécies de protozoários do gênero *Leishmania*. No Paraná, a doença é causada pela *L. (V) braziliensis*. A transmissão ocorre pela picada do flebotomíneo (mosquito-palha) infectado, na maioria das vezes por exposição a locais de mata silvestre, atividades de extração de madeira, ecoturismo ou turismo rural.

A doença manifesta-se por úlceras de pele com bordas bem delimitadas, que surgem de 2 semanas a 2 anos após a inoculação do parasita, podendo ocorrer também a forma mucosa, anos após.

O Paraná é endêmico para o agravo, sendo notificados casos autóctones em praticamente todo o estado, com exceção das regionais de saúde União da Vitória (6ª RS) e Paranaguá (1ª RS). As principais áreas de transmissão são Vale do Rio Ribeira, norte-noroeste do estado e região central.

VIGILÂNCIA DE CASOS HUMANOS

1. Caso suspeito

Leishmaniose cutânea: paciente residente ou exposto à área de transmissão com presença de lesões de pele ulceradas ou não com 3 semanas ou mais de evolução;

Leishmaniose mucosa: paciente residente ou exposto à área de transmissão com presença de lesão de mucosa de vias aéreas superiores, principalmente de localização nasal.

2. Caso confirmado

Critério laboratorial: Indivíduo apresentando residência e/ou procedência e/ou deslocamento em área de transmissão, com exame parasitológico direto positivo (presença do parasito), Intradermoreação de Montenegro (IDMR)* positiva associada a outros testes, Cultivo (isolamento *in vitro* do parasito), PCR ou histopatologia compatível.

Critério clínico-epidemiológico: Todo caso com suspeita clínica, apresentando residência, procedência ou deslocamento em área de confirmação de transmissão, sem acesso a métodos de diagnóstico laboratorial, com resposta à prova terapêutica. Levar em consideração a presença de cicatrizes cutâneas como critério complementar para confirmação do diagnóstico, nas formas mucosas.

* Exame não mais realizado por interrupção da produção do antígeno de Montenegro

3. Caso descartado

Caso suspeito com diagnóstico laboratorial negativo.

ENVIO DAS AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA O LACEN/PR

Enviar amostras conforme orientações do Manual de Coleta e Envio de Amostras Biológicas ao Lacen/PR disponível em <http://www.lacen.saude.pr.gov.br/>

TRATAMENTO

O tratamento é realizado com antimoniato de meglumina (Glucantime®) sistêmica 10 a 20 mg Sb+5/kg/dia IV ou IM (Anexo I). Para pacientes com contra-indicações ao uso da meglumina, está disponível anfotericina B nas formas desoxicolato ou lipossomal (Anexo II) via Seção de Insumos Estratégicos – SCINE das Regionais de Saúde (para detalhes, consultar Manual de Leishmaniose Tegumentar 2017).

CONDUTA FRENTE A UM CASO CONFIRMADO

A LTA é uma doença de notificação compulsória e todo caso confirmado deve ser investigado pelos serviços de saúde através da ficha de investigação padronizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) – CID B55.1. O instrumento de coleta de dados é a ficha epidemiológica do Sinan Net, que contém os elementos essenciais a serem coletados em uma

investigação de rotina. Todos os campos dessa ficha devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa ou ignorada.

Os objetivos da investigação epidemiológica são:

- Conhecer as características epidemiológicas do caso (forma clínica, idade e sexo) e atividade econômica relacionada à transmissão.
- Identificar se o paciente é proveniente de área endêmica ou se é um novo foco de transmissão.
- Realizar busca ativa de casos novos e caracterizá-los clínica e laboratorialmente.
- Avaliar indicação de realizar a pesquisa entomológica para a definição das espécies de flebotomíneos envolvidos na transmissão.

VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA/AMBIENTAL

Com a confirmação do primeiro caso autóctone de LTA, a Secretaria Municipal de Saúde apoiada pela Secretaria Estadual de Saúde, deverá realizar o reconhecimento e delimitação da área foco de transmissão da doença a fim de: identificar as novas espécies de flebotomíneos da região, monitorar alterações do comportamento, estabelecer curvas de sazonalidade para as espécies de flebotomíneos de importância médico sanitária e determinar o risco de transmissão da área.

VIGILÂNCIA DOS VERTEBRADOS

1. Reservatório silvestre

As ações objetivando a vigilância de animais silvestres não são recomendadas.

2. Reservatório doméstico

Nos animais domésticos (canídeos, felídeos, equídeos), apesar de serem relatados registros da infecção, não são recomendadas ações objetivando o controle desses animais. O tratamento não é uma medida recomendada pelo Ministério da Saúde, pois poderá selecionar parasitos resistentes as drogas utilizadas para o tratamento de casos humanos. Não existem evidências científicas que comprovem o papel desses animais como reservatório, sendo considerados hospedeiros acidentais da doença.

A realização da eutanásia em animais doentes é indicada somente quando ocorrer evolução agravante das lesões cutâneas, com surgimento de infecções secundárias que poderão conduzir o animal ao sofrimento.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Deve ser realizado medidas de proteção individual como uso de mosquiteiros de malha fina (tamanho 1.2mm a 1.5mm e denier 40 a 100), telas em portas e janelas das residências; uso de repelentes; evitar exposição nos horários de crepúsculo e noite; utilizar camisa de manga comprida e calça quando exposto a ambientes onde haja a presença do vetor; realizar limpeza de quintais, terrenos, abrigo de animais domésticos, evitando acúmulo de material orgânico; realizar poda de árvores com o intuito de reduzir o sombreamento excessivo e umidade do solo; embalar o lixo dando destino adequado e realizar atividade educativa. Sugere-se uma faixa de segurança de 400 a 500 metros entre as residências e a mata.

Ivana Belmonte

Chefe do Departamento de
Vigilância Ambiental

Júlia Cordellini

Superintendência de Vigilância em
Saúde

ANEXO I

USO DE GLUCANTIME NO TRATAMENTO DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA - LTA

A droga de primeira escolha é o **antimonial pentavalente (Sb+5)**, na dose de **10 a 20mg/Sb+5/kg/dia**, durante 20 dias para Formas Cutâneas (primária, úlcera de pele) e **20mg/Sb+5/kg/dia** por 30 dias para formas Mucosas (Nariz e palato), por via endovenosa, para facilitar a aplicação.

De preferência, essa dose é usada com rígido controle laboratorial das provas de função renal, hepática e pancreática e de monitoração por eletrocardiograma, controlando o espaço QTc. Não é necessária a internação, a não ser em casos que por sua complexidade necessitem atenção maior. É importante que a aplicação seja realizada sem interrupção, inclusive nos finais de semana ou feriados.

O Glucantime apresenta-se comercialmente em frascos de 5mL, que contém 1,5g do antimoniato bruto, correspondendo a 405mg de Sb+5. Portanto, numa ampola com 5mL, **cada mL contém 81mg de Sb+5.**

Apesar de estar escrito na caixa do medicamento que a dose de antimônio total é de 300mg/mL, **a parte ativa da droga é apenas o Antimônio Pentavalente (Sb+5).**

Exemplo 1

Paciente com 50Kg: $50\text{Kg} \times 15\text{mg}$ de Sb+5= 750 mg de Sb5+. Como cada ml da medicação contém 81 mg, para 750 mg da forma ativa serão necessários 9,25ml (+- 10ml) ou 2 ampolas de Glucantime.

Exemplo 2

Paciente com 60Kg: $60\text{Kg} \times 20\text{mg}$ de SB+5= 1200mg de Sb+ no total por dia
 $1200\text{mg} / 81\text{mg} = 14,8\text{ml}$ (+-15 ml) ou seja 3 ampolas de 5ml de Glucantime (dose máxima diária).

A dose máxima é três (03) ampolas/dia, e devem ser aplicadas lentamente (aprox. 15 minutos), E. V., sem a necessidade de diluição em Soro Glicosado ou Soro Fisiológico.

A aplicação pode ser feita diretamente, por via endovenosa, com Scalp (Dispositivo de infusão endovenosa, cateter agulhado tipo borboleta), para facilitar a aplicação ambulatorial.

ANEXO II
FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL PARA LEISHMANIOSE
TEGUMENTAR AMERICANA

