



## Surto de hepatite A. Repercussões e intervenção no Distrito de Évora

Catarina Diamantino<sup>1</sup>, Susana Gomes<sup>1</sup>, Graça Mira<sup>1</sup>, Ana Cristina Ferreira<sup>1</sup>, Lurdes Lorga<sup>1</sup>, Paula Maria Valente<sup>2</sup>, Helder Gonçalves<sup>1</sup>

1 - Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora

2 - Centro Regional de Saúde Pública do Alentejo

### Resumo

**Introdução:** Actualmente Portugal é considerado um país de baixa endemicidade de hepatite A. Neste padrão epidemiológico são mais frequentes os surtos, habitualmente em grupos etários mais velhos. Em 2004 e 2005 verificou-se um aumento temporário do número de casos declarados de hepatite A em Portugal.

**Objectivo:** Analisar os casos de hepatite A declarados no Distrito de Évora durante o surto de 2004-2005, descrever a investigação epidemiológica dos mesmos e referir as medidas de saúde pública implementadas na comunidade.

**Metodologia:** Análise retrospectiva dos impressos de Doenças de Declaração Obrigatória, das fichas de urgência e dos processos de internamento (Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora) dos casos declarados de hepatite A, durante o surto de 2004-2005, no Distrito de Évora. Pesquisa dos dados de investigação epidemiológica e medidas de contenção do surto.

**Resultados:** Dos 24 casos declarados de hepatite A (o primeiro em Junho e o último em Dezembro de 2004), a maioria (67%) era de etnia cigana, 20 (83%) tinham idade inferior a catorze anos e treze (54%) ficaram internados. Todos tiveram evolução clínica favorável à excepção de um (4%) que necessitou de transplante hepático por insuficiência hepática fulminante. A investigação epidemiológica revelou um tipo de transmissão pessoa a pessoa e, na maioria dos casos, foi possível identificar uma ligação epidemiológica entre os casos confirmados. Foi administrada a primeira dose da vacina contra o VHA a todos os contactos próximos dos casos.

**Conclusões:** Salienta-se a importância da declaração sistemática e rápida dos casos de hepatite A e do conhecimento dos dados epidemiológicos na implementação de medidas de prevenção e de controlo de surtos da doença.

**Palavras-chave:** hepatite A, surto, controlo, epidemiologia.

*Acta Pediatr Port 2007;38(2):61-4*

### Hepatitis A outbreak. Repercussions and intervention in Évora District

#### Abstract

**Introduction:** Presently Portugal has a low endemicity level of hepatitis A infection. This epidemiologic pattern predisposes more frequently to outbreaks, usually in older age groups. In 2004 and 2005 there was a temporary increase of notified cases of Hepatitis A in Portugal.

**Aim:** Analyse notified cases of hepatitis A in Évora District during 2004-2005 outbreak, describe their epidemiologic investigation and refer public health measures implemented in community.

**Methods:** Retrospective study of Obligatory Notification Diseases forms and clinical records of cases assisted and admitted in the Paediatric Service of Espírito Santo Hospital during the 2004-2005 outbreak, in Évora District. Analysis of epidemiologic investigation data and outbreak contention measures implemented.

**Results:** From 24 notified cases of hepatitis A (the first in June and the last in December 2004), 16 (67%) were gipsy, 20 (83%) had less than fourteen years old and thirteen (54%) were admitted. All had a good outcome except one (4%) that was submitted to liver transplant due to fulminant hepatic failure. Epidemiologic investigation showed a person to person transmission pattern and it was possible to identify a connection between the majority of confirmed cases. Hepatitis A vaccine was administered to every household member of the cases.

**Conclusions:** Rapid and systematic notification and knowledge of epidemiologic data are important in the prevention and outbreak control of hepatitis A infection.

**Key-words:** hepatitis A, outbreak, control, epidemiology

*Acta Pediatr Port 2007;38(2):61-4*

**Recebido:** 03.07.2006

**Aceite:** 10.04.2007

#### Correspondência:

Catarina Diamantino

R. António José Couvinha, lote 28, 2º Esq

7005-296 Évora

catarina.diamantino@gmail.com

## Introdução

A hepatite A é uma doença infecciosa causada por um vírus ARN pertencente à família dos Picornavírus. O Homem e alguns primatas são os únicos hospedeiros naturais. O vírus da hepatite A (VHA) replica-se nos hepatócitos, causando inflamação do fígado por activação do sistema imunitário. O vírus é abundantemente excretado nas fezes, conseguindo sobreviver em condições ambientais normais por longos períodos de tempo. A transmissão faz-se por via fecal-oral, pessoa a pessoa e por ingestão de água e alimentos contaminados.

Segundo a Circular Normativa nº3/DSIA de 30/03/1999 da Direcção-Geral da Saúde, define-se como caso confirmado de hepatite A, a doença aguda com início insidioso dos sintomas (febre, mal-estar, anorexia, náuseas, astenia, com ou sem icterícia), elevação das transaminases séricas e presença no soro de anticorpos IgM contra o VHA. A serologia poderá ser dispensada para a confirmação de caso se se verificar ligação epidemiológica com indivíduo com anticorpo IgM contra o VHA positivo nos 15-45 dias prévios ao início dos sintomas.

O VHA tem uma distribuição mundial, estando o nível de endemicidade inversamente relacionado com os padrões de higiene, saneamento básico e condições socioeconómicas das populações<sup>1,2</sup>. Nos países em desenvolvimento, o contacto com o VHA ocorre geralmente na infância (1/3 das crianças adquire a infecção antes dos 5 anos), sendo os surtos raros. Nos países desenvolvidos, os baixos níveis de endemicidade facilitam o aparecimento de surtos, em grupos etários mais velhos, habitualmente com maior taxa de mortalidade e morbidade<sup>3,4</sup>.

As crianças têm geralmente uma doença assintomática (70%) e excretam vírus nas fezes por um período mais prolongado, desempenhando um papel importante na transmissão do VHA, particularmente no seio da família. Para além disso, o longo período de incubação (em média 30 dias) dificulta a identificação da origem da infecção<sup>5</sup>.

Em Portugal registou-se uma diminuição da incidência da hepatite A nas últimas duas décadas, em consequência da melhoria das condições socioeconómicas e sanitárias da população<sup>6</sup>. Em 1981, 85% dos indivíduos apresentavam imunidade para o VHA, 93,4% dos quais abaixo dos 20 anos de idade, concordante com um padrão de alta endemicidade<sup>7</sup>. Em 2001-2002, a seroprevalência havia diminuído para 58%, sendo de 62,4% nos indivíduos abaixo dos 20 anos<sup>8</sup>. Neste mesmo período, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) considerou Portugal um país de baixa endemicidade da hepatite A<sup>9</sup>.

Em 2004 e 2005 verificou-se um aumento do número de casos declarados de hepatite A em Portugal continental<sup>10</sup> (Figura 1). Este incremento iniciou-se nas regiões do Alentejo e Algarve em 2004 e no ano seguinte nas regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo (Figura 2), sugerindo uma possível disseminação da infecção.

O controlo de surtos em comunidades pequenas é feito, entre outras medidas, com a administração precoce a todos os contactos da vacina contra o VHA, sendo a sua utilização preferível à imunoglobulina<sup>11-12</sup>.

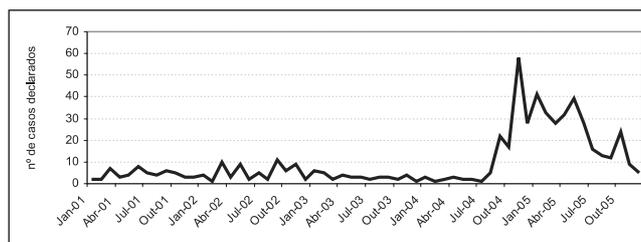


Figura 1 – Evolução temporal do número de casos declarados de Hepatite A em Portugal<sup>10</sup>.

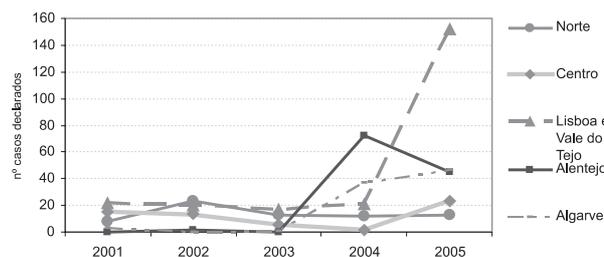


Figura 2 – Evolução temporal, por região, do número de casos declarados de Hepatite A em Portugal<sup>10</sup>.

Os objectivos deste estudo foram analisar os casos de hepatite A declarados no Distrito de Évora durante o surto de 2004-2005, descrever a investigação epidemiológica dos mesmos e referir as medidas de saúde pública implementadas na comunidade.

## Metodologia

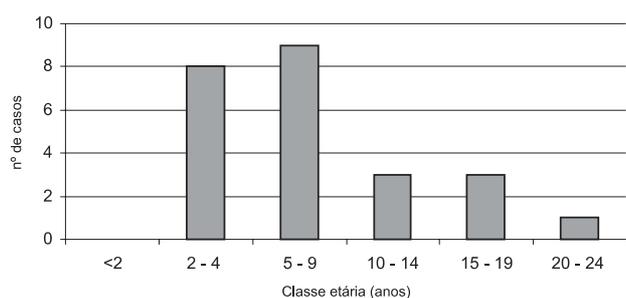
Analisaram-se retrospectivamente os impressos de Doenças de Declaração Obrigatória (DDO), as fichas de urgência e os processos de internamento (Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora - HESE) dos casos declarados de hepatite A, durante o surto de 2004-2005, no Distrito de Évora. As variáveis consideradas foram: idade, sexo, etnia, residência, sintomatologia, antecedentes pessoais, exames complementares de diagnóstico e evolução clínica.

Foi feito também o levantamento dos dados da investigação epidemiológica e das medidas de contenção do surto implementadas pela equipa de Saúde Pública.

## Resultados

Durante o surto de 2004-2005 foram declarados 24 casos de hepatite A no distrito de Évora, o primeiro em Junho e o último em Dezembro de 2004. A maioria tinha entre dois e nove anos (Figura 3), quinze eram do sexo feminino (63%) e 16 eram de etnia cigana (67%). Foi realizada serologia para o VHA em catorze (58%) casos.

Dos 24 casos declarados, treze foram internados (54%). Destes, todos tinham menos de catorze anos, eram de etnia cigana e as principais manifestações clínicas foram: hepatomegália (69%), icterícia (62,5%), colúria e fezes acólicas (50%), vómitos persistentes (50%), prostração (37,5%), dor abdominal (37,5%) e anorexia (37,5%). O valor médio das transaminases à entrada foi de 1077 UI/L e 1499 UI/L para AST e ALT respectivamente. O tempo médio de internamento foi de sete dias.



**Figura 3** – Distribuição por classe etária dos casos declarados de hepatite A no Distrito de Évora.

Todos os casos excepto um (4%) tiveram evolução clínica favorável. Tratava-se de uma menina de cinco anos, de etnia cigana, previamente saudável, com quadro clínico de astenia, anorexia e icterícia, internada ao oitavo dia de doença por dor abdominal e vómitos biliares. Laboratorialmente apresentava bilirrubina total 9,39 mg/dL, bilirrubina conjugada 8 mg/dL, ALT 1831 UI/L e AST 1717 UI/L. Nas primeiras doze horas de internamento verificou-se progressão para encefalopatia e insuficiência hepática, pelo que foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Dona Estefânia, tendo sido posteriormente submetida a transplante hepático no Hospital Pediátrico de Coimbra. Actualmente encontra-se bem, sob terapêutica imunossupressora.

Relativamente aos casos diagnosticados no Serviço de Pediatria do HESE, quando surgiu evidência da probabilidade de surto, para além do preenchimento e envio do impresso das DDO, foi feito o contacto telefónico com o Delegado de Saúde.

O primeiro caso declarado (Junho de 2004) era de uma criança de etnia cigana, residente no Concelho de Moura (Distrito de Beja), que estava temporariamente em Reguengos de Monsaraz (Distrito de Évora). Antes e durante o período de incubação, a criança tinha estado em Espanha, havendo história de ingestão de água proveniente de poços e aparentemente sem contacto com pessoas doentes. Posteriormente, verificaram-se notificações em Setembro no Concelho de Vendas Novas (dois casos) e em Outubro nos concelhos de Reguengos de Monsaraz (16 casos) e Mourão (seis casos) (Figura 4).



**Figura 4** – Número de casos declarados de hepatite A no Distrito de Évora por concelho. Data de início dos sintomas no caso inicial, por concelho. Legenda:  $\Delta$  – Caso Índice;  $\bullet$  – data de declaração do primeiro caso; n= – número de casos totais.

Após notificação, a equipa de Saúde Pública (Delegado de Saúde, enfermeiro de Saúde Pública e técnico de Saúde Ambiental) efectuou a investigação epidemiológica dos casos, que incluiu:

- Realização de inquérito epidemiológico a todos os casos declarados;
- Identificação dos contactos próximos definidos como coabitantes e conviventes;
- Avaliação das condições higio-sanitárias, nomeadamente o saneamento básico;
- Recolha de amostras da água de consumo para detecção de contaminação fecal, cujos resultados foram negativos.

Simultaneamente foram implementadas medidas de contenção da infecção na comunidade, nomeadamente:

- Vigilância passiva para detecção precoce de novos casos;
- Reforço das medidas de higiene pela população e instituições afectadas (escolas);
- Vacinação pós-exposição dos contactos próximos dos casos. A primeira dose da vacina contra o VHA foi administrada entre 26 de Outubro e 10 de Dezembro de 2004 a todas as crianças e adolescentes até aos 18 anos da comunidade cigana e aos coabitantes da comunidade não cigana até aos 30 anos, desde que não apresentassem sintomas. Decorridos seis meses, iniciou-se a administração da segunda dose da vacina.

## Discussão

O surto de hepatite A no Distrito de Évora atingiu maioritariamente a comunidade cigana, com baixas condições higio-sanitárias, como descrito na literatura <sup>1,2</sup>.

Sendo uma população com actividade laboral sazonal, com deslocações e permanência por períodos variáveis noutros concelhos (vindimas em Agosto/Setembro e apanha da azeitona em Novembro), constituíram-se condições para a disseminação do VHA. A ausência de contaminação fecal das águas de consumo e a distribuição dos casos no tempo sugerem um tipo de transmissão pessoa-a-pessoa, tendo sido possível, na maioria dos casos, identificar uma ligação epidemiológica entre os casos confirmados (Figura 4).

Todos os casos de doença em membros da comunidade de etnia cigana tinham menos de dez anos de idade. Ocorreram casos de doença em adolescentes e jovens adultos (15 a 24 anos) de etnia não cigana, que mantinham algum contacto profissional com aquela comunidade. Registou-se uma minoria de casos em grupos etários mais velhos, e nenhum com morbilidade importante, o que contraria o descrito na literatura nos surtos de países de baixa endemicidade <sup>3,4</sup>. Uma explicação possível poderá ser o facto do surto ter ocorrido numa comunidade com más condições higio-sanitárias, em que jovens e adultos estariam imunizados para a doença.

Todas as crianças internadas no Serviço de Pediatria do HESE eram ciganas. A grande mobilidade e as condições higio-sanitárias precárias (factores de risco para a transmissão da infecção)

ção pessoa a pessoa) foram consideradas no critério de internamento, justificando a taxa de hospitalização superior à descrita na literatura <sup>6,13</sup>.

Verificou-se um caso de insuficiência hepática fulminante, complicação rara mas que pode ocorrer mesmo em crianças previamente saudáveis e sem factores de risco <sup>14</sup>.

A comunicação verbal entre o HESE e os Delegados de Saúde concelhios possibilitou uma maior rapidez na implementação das medidas de intervenção, o que permitiu o controlo do surto no Distrito de Évora em cerca de seis meses.

### Conclusões

À luz da experiência vivida com este surto, salienta-se a importância da declaração sistemática e rápida dos casos de hepatite A e do conhecimento dos dados epidemiológicos na implementação de medidas de prevenção e controle de surtos da doença.

### Referências

1. Kaic B, Borcic B, Ljubicic M, Brkic I, Mihaljevic I. Hepatitis A control in a refugee camp by active immunization. *Vaccine* 2001;19:3615-9.
2. Pham B, Duval B, De Serres G, Gilca V, Tricco A, Ochnio J et al. Seroprevalence of hepatitis A infection in a low endemicity country: a systemic review. *BMC Infect Dis* 2005;5:56-66.
3. Rosenthal P. Cost-effectiveness of hepatitis A vaccination in children, adolescents, and adults. *Hepatology* 2003;37:44-51.
4. Jacobsen KH, Koopman JS. Declining hepatitis A seroprevalence: a global review and analysis. *Epidemiol Infect* 2004;6:1005-22.
5. Pickering LK. *Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003.
6. Antunes H, Macedo M, Estrada A. Prevalência do vírus da Hepatite A: primeiros resultados de baixa endemicidade em Portugal. *Acta Med Port* 2004;17:219-24.
7. Lecour H, Ribeiro AT, Amaral I, Rodrigues MA. Prevalence of viral hepatitis markers in the population of Portugal. *Bull World Health Organ* 1984;62:743-7. Acessível em: [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1984/Vol62-No5/bulletin\\_1984\\_62\(5\)\\_743-747.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1984/Vol62-No5/bulletin_1984_62(5)_743-747.pdf)
8. Rodrigues L, Barreiro P. Vírus da hepatite A. In: Direcção Geral de Saúde. *Avaliação do Programa Nacional de Vacinação e Melhoria do seu custo-efectividade. 2º Inquérito Serológico Nacional - Portugal Continental 2001-2002*. Lisboa. Direcção-Geral de Saúde; 2004. p113-22.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Viral Hepatitis A to E: An Overview. 2000. Acessível em <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/slideset/httc.htm>
10. Direcção Geral de Saúde – Divisão de Epidemiologia. *Doenças de Declaração Obrigatória: 2001-2005*. Lisboa. Direcção Geral de Saúde; 2006. p34.
11. Lopalco PL, Salleras L, Barbuti S, Germinario C, Bruguera M, Butti M et al. Hepatitis A and B in children and adolescents. What can we learn from Puglia (Italy) and Catalonia (Spain)? *Vaccine* 2000;19:470-4.
12. Gendrel D, Launay O. Post-exposure vaccination against hepatitis A. *Therapie* 2005;60:221-6.
13. Crowcroft NS, Walsh B, Davison KL. Guidelines for control of hepatitis A virus infection. *Commun Dis Public Health* 2001;4:213-27. Acessível em: [http://www.hpa.org.uk/cdph/issues/CDPHvol7/No4/drug2\\_4\\_04.pdf](http://www.hpa.org.uk/cdph/issues/CDPHvol7/No4/drug2_4_04.pdf).
14. Suchy FJ. Fulminant hepatic failure. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2004. p1341-3.