COQUELUCHE

* **Diagnóstico Clínico:**

Doença infecciosa aguda do trato respiratório, de alta contagiosidade, causada pela bactéria *Bordetella pertussis,* podendo também, em menor frequência, ser causada pelas *Bordetella parapertussis, Bordetella bronchiseptica e bordetella avium.*

* **Fatores de risco:**

Pessoas não vacinadas.

Aglomerados e frequentar creches.

RN e lactentes jovens.

* **Sinais e sintomas frequentes:**

Fase catarral:

Dura de 1 a 2 semanas e apresenta sintomas respiratórios inespecíficos (tosse seca discreta, febrícula as vezes).

Fase paroxística:

Dura de 4 a 8 semanas; classicamente vai apresentar tosse seca sem pausa inspiratória, que ocorre em crises, levando a pletora facial ou cianose com inspiração profunda ruidosa (“Guincho”) ao final da tosse, esses paroxismos podem apresentar ainda eliminação de secreção espessa e/ou vômito. Logo após o episódio da tosse o paciente vai se apresentar exausto, com taquidispneia que melhora após alguns minutos. Nos intervalos entre as crises, geralmente apresenta-se bem, sem alterações ao exame clínico.

Fase de convalescença:

Dura de 3 a 4 semanas, os paroxismos vão diminuindo em número e intensidade até o desaparecimento.

**Importante**: Nos lactentes jovens, principalmente abaixo de 3 meses, as fases podem ser de períodos diferentes e os sintomas não são clássicos, podendo não ter os “Guinchos” ou surgirem na fase de convalescença; na fase paroxística pode apresentar apneia e convulsões.

* **Diagnóstico Laboratorial:**

O diagnóstico é basicamente clínico, porém pode apresentar alterações bem sugestivas nos exames complementares.

Hemograma apresenta leucocitose (geralmente > 20.000 células/mm3) e linfocitose relativa e absoluta.

Radiografia de tórax na maioria das vezes é normal, podendo ter atelectasias variáveis, opacidades perihilares e paracardíaca (“coração felpudo”), pneumotórax e pneumomediastino.

Isolamento da *Bordetella* *pertussis* através de cultura de secreção nasofaríngea, colhida por swab. Este exame tem baixa sensibilidade e alta especificidade, e deve ser colhida preferencialmente antes do início do tratamento ou até 72 horas após o seu início.

* **Critérios de internação:**

Presença de cianose.

Vômitos.

Dificuldades alimentares.

Lactentes menores de 3 meses.

Leucocitose > 50.000 células/mm.

Presença de apneia.

Presença de convulsão.

* **Complicações frequentes:**

Desidratação.

Desnutrição.

Pneumonia bacteriana secundária.

Pneumotórax e Pneumomediastino.

Hemorragias (epistaxe, subconjuntival, petéquias em face).

Convulsão e apneia.

* **Tratamento de suporte:**

Oxigênio inalatório nos episódios de cianose.

Cuidados alimentares (fracionamento).

Hidratação venosa em situações de não aceitação de dieta e vômitos frequentes.

Internação em leito de isolamento nos primeiros 5 dias de tratamento medicamentoso.

* **Tratamento medicamentoso:**

Azitromicina 10mg/kg uma vez ao dia durante 5 dias.

Claritromicina 15mg/kg/dia dividida em 2 doses (12/12h) durante 7 a 10 dias.

Eritromicina 40 a 50mg/kg/dia dividida em 4 doses (6/6h) durante 14 dias – atualmente pouco usada devido a efeitos colaterais e dificuldades terapêuticas.

* **Tratamento de contactantes:**

Deve-se tratar os contactantes familiares, mesmo que sejam vacinados, com azitromicina ou claritromicina.

* **Critérios de alta:**

Estar pelo menos há 48 horas sem apresentar cianose.

Boa aceitação da dieta.

Crises paroxísticas diminuídas.

* **Prognóstico e orientações para seguimento:**

Geralmente bom, mas preocupante em leucocitoses intensas (> 50.000 células/mm3).

A doença imuniza o indivíduo, porém não isenta a necessidade da vacinação.

Retorno na enfermaria em 1 semana.

Encaminhamento para acompanhamento ambulatorial para seguimento e ver resultado de cultura.

* **Vacinação:**

DTP ou DTPa em menores de 7 anos.

dTpa em adultos, inclusive gestantes.

* **Referências:**

1. Farhat CK, Carvalho LHFR, Succi RCM. Infectologia Pediátrica. 3a Edição. São Paulo: Editora Atheneu; 2007. p.291-303
2. Rozov T. Doenças Pulmonares em Pediatria: Diagnóstico e Tratamento. 1a Edição. São Paulo: Editora Atheneu; 1999. p.288-93
3. Motta F, Cunha J. Coqueluche: uma revisão atual de uma antiga doença. Bol Cient de Pediatria. 2012; 1(2):42-46.
4. Liphaus BL, Gonçalves MIC, Marques TR. Coqueluche: epidemiologia e controle. BEPA. 2008; 5(53):3-8.

Responsável pela elaboração da rotina:Dr.Francisco Rufino Rosa Neto