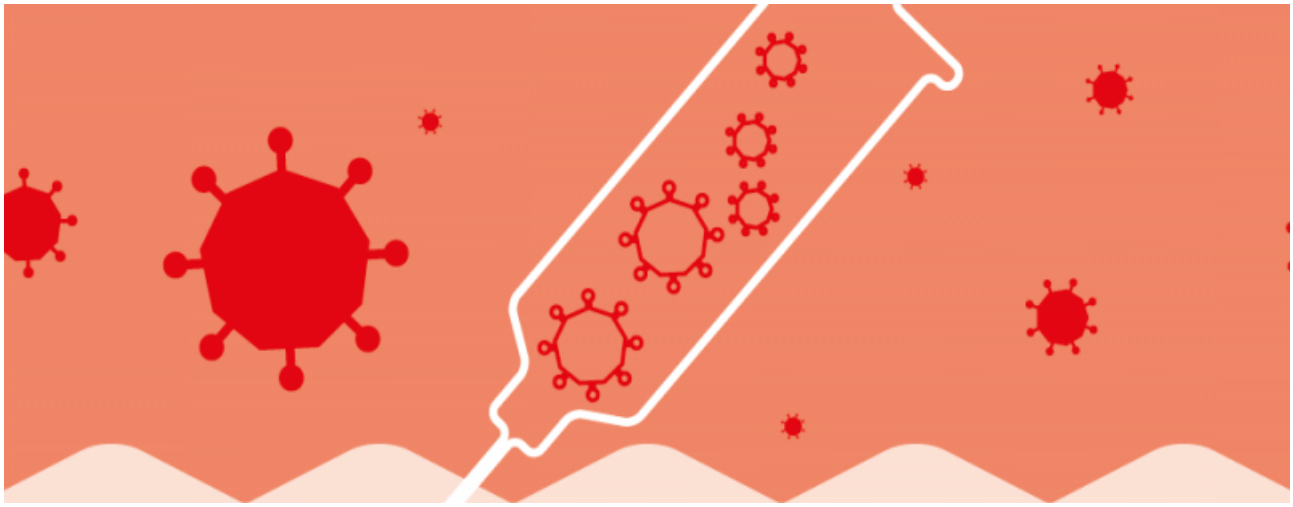
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA

CONSAÚDE

Hospital Regional Dr. Leopoldo Bevilacqua



PROTOCOLO DE SARAMPO

- 2018 -

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA

ELABORAÇÃO – 2018

Arnaldo D'Amore Zardo – Médico Infectologista do SCIH

Renan Augusto de Ramos – Enfermeiro do NHE

Ivana Franco de Souza – Enfermeira do SCIH

Junior Muniz – Auxiliar de Enfermagem do SCIH

APROVAÇÃO – 2018

Membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH – HRLB

Arnaldo D'Amore Zardo – Médico Infectologista

Carlos Augusto Silva – Diretor de Serviços Administrativos

Edna Maria Mescyszyn – Enfermeira

Flávia Rascado Matos Muniz – Farmacêutica

Ivana Franco de Souza – Enfermeira

Junior Muniz – Auxiliar de Enfermagem

Ligia Mara Artemtchonque – Bioquímica

Marcelo George Pedroso de Oliveira – Enfermeiro

Márcio José Mendes Bazzo – Médico

Neusa Balbo de Almeida – Diretora de Enfermagem

Robson Régio Pinto – Secretário

Sandra Maria Assumpção – Médica da Vigilância Epidemiológica

DIRETORIA – HRLB – 2018

Márcio José Mendes Bazzo – Diretor Técnico

Fredy Amable Paredes Buitron – Diretor Clínico

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA

SARAMPO

O Sarampo é uma doença infecciosa aguda grave, extremamente contagiosa, que pode evoluir com complicações e óbito.

A doença ainda é endêmica em regiões da Europa e Ásia, por isso a necessidade de manutenção de altas, homogêneas coberturas vacinais e constante vigilância epidemiológica, mesmo em países onde não há mais circulação do vírus.

A sustentabilidade da eliminação do sarampo, da rubéola e síndrome da rubéola congênita requer o compromisso de todos: médicos, demais profissionais da saúde, sistemas de vigilância epidemiológica, adequada rede de diagnóstico laboratorial e de programas de vacinação em níveis federal, estadual e municipal.

Desde julho de 2017, a Venezuela enfrenta surto de sarampo. Devido ao intenso fluxo migratório para o nosso país, o vírus foi reintroduzido.

Roraima, Amazonas, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro já têm casos confirmados (atualizado em 04 de julho de 2018).

Características

- Doença viral, infecciosa aguda, potencialmente grave e de alta transmissibilidade.
- Transmissão ocorre através do contato com secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, falar, espirrar ou respirar.
- Transmissão ocorre de 4 a 6 dias antes do exantema e dura até 4 dias após o seu aparecimento.

Diagnóstico diferencial

- Rubéola, Dengue, Influenza, Roséola infantum, Enteroviroses, Parvovírus B19, Chikungunya, Zika, Riquetsiose, Sepse Bacteriana, Meningococcemia, Kawasaki.

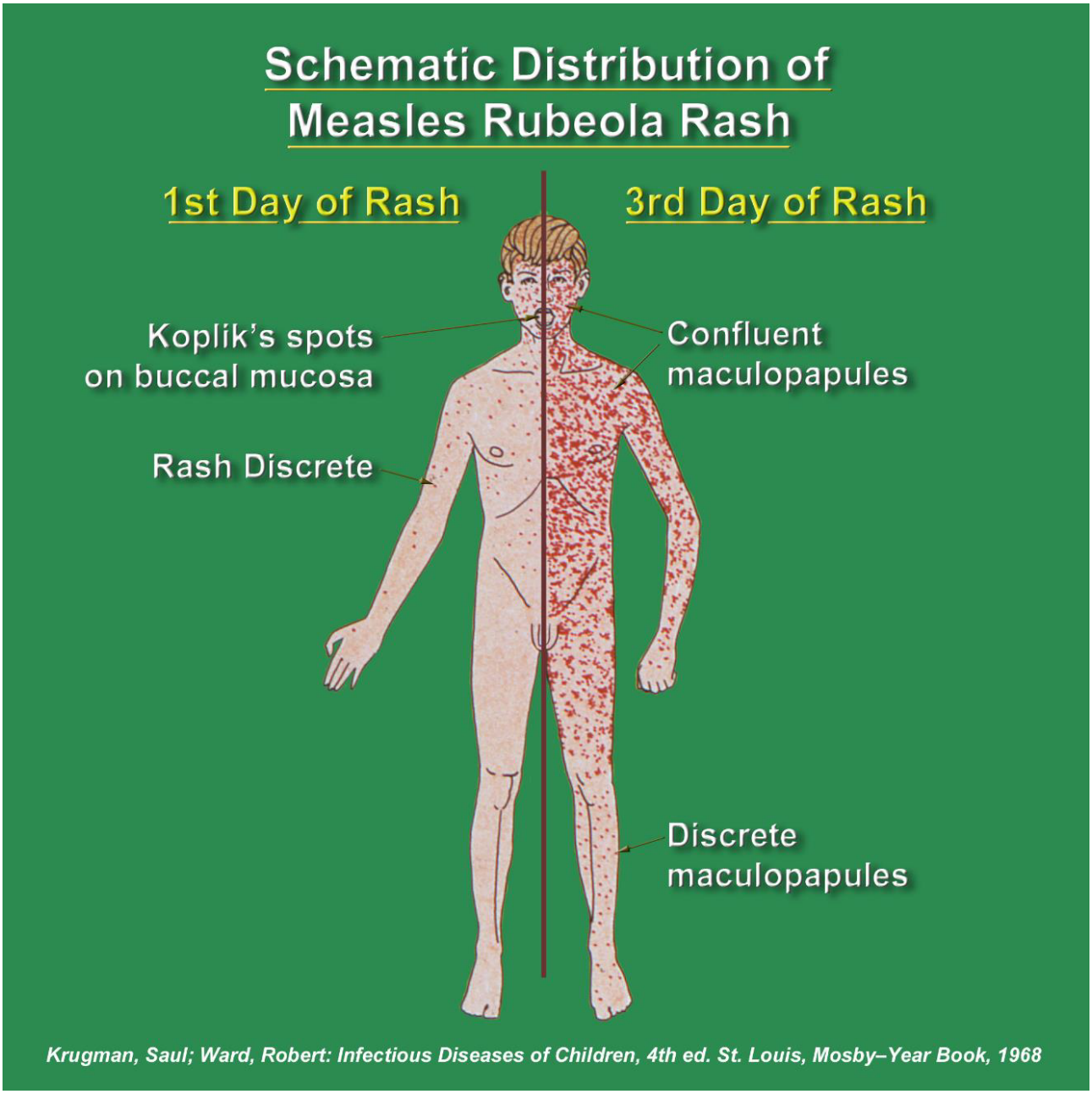
Manifestações clínicas comuns

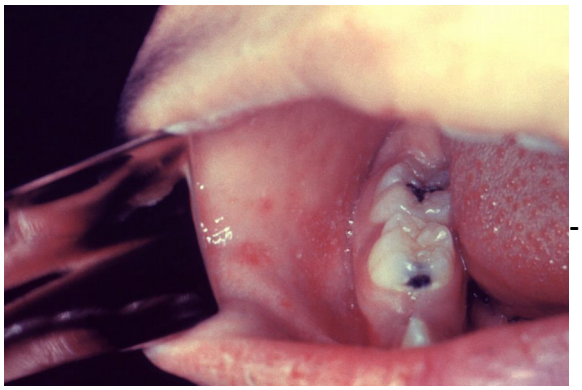
- **Período de incubação:** 6 a 21 dias (média de 13 dias). Sintomas respiratórios transitórios, febre e rash podem aparecer, contudo, a forma assintomática é a mais comum nesse período.
- **Fase prodrômica:** duração de 2 a 4 dias podendo persistir por 8 dias. Sintomas como: febre alta, prostração, anorexia, conjuntivite, coriza e tosse são encontrados nessa fase.
- **Fase exantemática:** Surge 2 a 4 dias após o início da febre. As lesões são eritematosas, maculopapulares de surgimento crânio caudal e centrífugas. Escurecem e descamam após 3 a 4 dias. Em condições mais severas, as lesões podem tornar-se hemorrágicas. Região palmo plantar raramente é acometida.

  Lesões na cavidade oral poderão ser encontrados 48 horas após o surgimento do exantema. São elevadas, esbranquiçadas ou acinzentadas que medem 1 a 3 mm com uma base eritematosa (manchas de Koplik). Esplenomegalia e linfadenopatia podem ser encontrados.

A febre eleva-se gradualmente, com pico máximo no início do período exantemático; a curva térmica pode ainda ser bifásica, com elevação inicial, declínio após 24 horas e posterior exacerbação, sendo também máxima no início de exantema (38,5 a 40,5°C). Sua queda ocorre, em crise ou lise, a partir do terceiro dia do exantema. Febre persistente, após o quarto dia de exantema, impõe minucioso exame clínico à procura de complicações bacterianas.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA





-

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA

SARAMPO

6-21 dias

Média de 11 dias

Período de incubação

Até 8 dias

Média de 2-4 dias

Período pródromos

Febre alta

Mal estar

Coriza

Tosse seca

Conjuntivite

Linha de Stimson

Manchas de Koplic

1º e 2º dias – clímax*

Média de 7 dias

Pico máximo febre

Exantema maculopapular avermelhada com início em rosto retroauricular e cervical, caráter descendente chegando aos MMII no 3º dia. 6º-7º dia tom castaho acinzentado e descamação.

Fase exantemática

Em imunossuprimidos o exantema pode ser menos intenso.

* Clímax – 1º e 2º dias do exantema (febre mais alta, Koplik, exantema, congestão conjuntival)

Complicações: Ocorrem em 30% dos casos.

✔ Diarreia é a complicação mais comum (8% dos casos).

✔ Pneumonia bacteriana (6%) ou coinfecção viral por parainfluenza, adenovírus(25%), influenza, RSV, enterovírus.

✔ Encefalite e encefalomielite aguda disseminada (1 para 1000 casos de sarampo).

✔ Panencefalite subaguda esclerosante – ocorre 7 a 10 anos após a infecção.

✔ Miocardite e pericardite.

O sarampo hemorrágico, embora raro, é a forma clínica mais grave com que o sarampo se manifesta. Caracteriza-se por intensa toxemia, de início súbito com febre alta, convulsão, delírio, podendo chegar ao coma e resultar em graves distúrbios respiratórios. Além do exantema hemorrágico surge sangramento na boca, nariz e tubo digestivo. A coagulação intravascular disseminada parece estar envolvida nesse processo, que se caracteriza por ser frequentemente fatal.

Alterações Laboratoriais: Inespecíficas.

✔ Trombocitopenia.

✔ Leucopenia.

✔ RX/TC: infiltrado intersticial.

Investigação laboratorial via LACEN

Sorologia (ELISA) para Sarampo

Material e volume: **5 a 10 ml** de soro em tubo gel.

Fase de coleta: 1° atendimento ou no máximo até 28 dias após o surgimento do exantema.
Conservar o tubo sob refrigeração (4-8° C) por no máximo 48 horas ou no freezer a -20° C por no máximo 4 dias.
Transporte em caixa térmica com gelo reciclável.

Isolamento e/ou RT- PCR para o vírus do sarampo

- Secreção naso e orofaríngea

Material: três swabs (1 de cada cavidade nasal e 1 da orofaringe), armazenar os três no mesmo tubo contendo solução salina.

Fase de coleta: 1° atendimento ou no máximo até 7 dias após o surgimento do exantema.

Conservar o tubo sob refrigeração (em -20ºC) por no máximo 48 horas.

Transporte em caixa térmica com gelo reciclável.

- Urina

Material e volume: 15ml de urina em frasco estéril.

Fase de coleta: 1° atendimento ou no máximo até 7 dias após o surgimento do exantema.

Conservar o tubo sob refrigeração (em -20ºC) por no máximo 48 horas.

Transporte em caixa térmica com gelo reciclável.

TRATAMENTO

Não há terapêutica específica contra o vírus do sarampo e tampouco drogas capazes de prevenir ou interromper os sintomas da doença uma vez instalados. Entretanto, vários estudos têm observado que o uso de vitamina A em crianças com sarampo tem se associado à redução de mortalidade e da morbidade.

A Academia Americana de Pediatria recomenda que a administração de vitamina A seja feita com cautela, monitorizando-se seus efeitos colaterais (abaulamento de fontanela, vômitos e cefaleia) e selecionando-se para a suplementação os seguintes pacientes:

- **Pacientes de seis meses a dois anos de idade hospitalizados com sarampo e suas complicações como laringite, pneumonia e diarreia.** Existem poucos estudos de avaliação de segurança e necessidade de suplementação em lactentes menores de seis meses.
- **pacientes maiores de seis meses com sarampo** que tenham qualquer dos seguintes fatores de risco e ainda não tenham recebido vitamina A: **imunodeficiência** (síndrome de imunodeficiência adquirida, **imunodeficiência** congênita e terapia imunodepressora); **evidência oftalmológica de deficiência de vitamina A; dificuldade de absorção intestinal** (exemplo: obstrução biliar, fibrose cística, etc.); **desnutrição moderada e grave,** incluindo aquela associada com distúrbios alimentares; imigração recente de áreas com altas taxas de mortalidade por sarampo.

A dose de Vitamina A recomendada é de 100.000 UI, por via oral, para crianças menores de doze meses de idade e de 200.000 UI para crianças maiores de um ano.

É preferível evitar a hospitalização dos casos não complicados, a menos que não possam ser corretamente tratados em casa. O repouso no leito se impõe, enquanto houver febre e erupção, devendo ser mantido **o isolamento por cinco dias após o início do exantema.**

Os cuidados com os olhos limitam-se, na maioria das vezes, à limpeza diária com soro fisiológico; quando há intensa hiperemia com abundante secreção mucosa, pode ser feita limpeza com água boricada. Na presença de conjuntivite purulenta estão indicados os colírios de antibióticos por cinco a sete dias. Ambiente escuro é recomendado para o paciente quando a fotofobia é intensa.

Os antimicrobianos não possuem nenhum efeito no curso do sarampo, nem qualquer capacidade de alterar o quadro inflamatório causado pelo vírus. Não devem, pois, ser utilizados, a não ser nos casos com complicação bacteriana.

Nas encefalites, a **corticoterapia** tem valor questionável, **estando indicada nas síndromes de hipertensão intracraniana que frequentemente acompanham esta complicação.**

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA

Controle hospitalar

- Na emergência, colocar uma máscara cirúrgica no paciente e direcioná-lo para o leito de isolamento.
- Instalar precaução para **aerossol** até 4 dias após o surgimento do *rash* em pacientes imunocompetentes e durante todo o período da doença em pacientes imunodeficientes.
- Máscara cirúrgica no paciente durante transporte.
- Máscara N95 ou PFF2 para os profissionais de saúde.
- Pessoas suscetíveis **DEVEM EVITAR** entrar no quarto do paciente com suspeita ou confirmação de sarampo.
- Em caso de alta, óbito ou transferência, o quarto deverá ser usado apenas 2 horas após limpeza terminal.
- Comunicar o SCIH e a Vigilância Epidemiológica imediatamente.

BIBLIOGRAFIA

American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Vitamin A treatment of measles. Pediatrics 1993; 91: 5.

Freire LMS, Menezes FR. Sarampo. In: Tonelli E, Freire LMS, ed. Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência. 2a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000. P. 851-83.

http://portalms.saude.gov.br/sarampo

São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória.Protocolo de coleta de amostras biológicas. Out.2017 Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/sindrome-da-rubeola-congenita-src/doc/sararubeola17_protocolo_laboratorial.pdf