PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de Vigilância em Saúde
Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica
Unidade de Resposta Rápida

NOTA TÉCNICA N° 01/2017/URR/CIEVS

Assunto: Circulação do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) / Metapneumovírus (MPV) no município de Campo Grande

INTRODUÇÃO

A presente Nota Técnica visa informar a circulação do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) no município de Campo Grande, assim como o Metapneumovírus (MPV) até a presente data.

O MPV é um membro da família Paramyxoviridae junto com o sarampo e o vírus sincicial respiratório (VSR), foi isolado pela primeira vez em 2001 na Holanda a partir de um caso de pneumonia. O vírus apresenta como característica o acometimento pulmonar, com padrão semelhante àquele causado pelo VSR, estando associado principalmente aos casos de bronquiolite e pneumonia. O início da circulação do vírus na população humana, data de aproximadamente 50 anos. Desde a sua descoberta o MPV já foi registrado em muitos países incluindo o Brasil, ocorrendo principalmente em crianças, idosos e indivíduos imunodeficientes .

A infecção por estes vírus caracteriza-se fundamentalmente, por seu caráter sazonal, dependendo das características de cada país ou região. No Hemisfério Sul, o período de sazonalidade normalmente tem início em maio, e se estende até o mês de setembro, porém a atividade do vírus pode começar antes ou persistir mais tempo em uma região. No Brasil estas características são mais acentuadas devido às diferenças geográficas e climáticas do país.

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR), é responsável pela infecção aguda do trato respiratório em indivíduos de todas as idades. A maioria das crianças é infectada no ***primeiro ano de vida*** e, virtualmente, todas as crianças serão expostas a ele até o segundo ano de idade. Re-infecções ocorrem durante toda a vida, entretanto o acometimento de vias aéreas inferiores predomina na primoinfecção.

As infecções causadas pelo VSR tem distribuição universal e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é responsável por cerca de 60 milhões de infecções com 160.000 mortes anuais em todo o mundo.

No Brasil, embora não haja vigilância epidemiológica oficial para VSR, estudos em diversas regiões do país e os dados de hospitalização por bronquiolite, a principal manifestação clínica da doença, nos indica que a carga da doença entre nós assemelha-se aos relatos mundiais. A este quadro soma-se dois outros importantes fatores: a relação estreita, cada vez mais demonstrada, entre infecção precoce grave por VSR e sibilância recorrente, e o crescente aumento em todo o mundo do número de hospitalizações por bronquiolite.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INFECÇÃO PELO VSR

O vírus replica-se nas células do trato respiratório, causando um processo inflamatório que inclui destruição do epitélio, edema e aumento de produção de muco. Após um período de incubação médio de 5 dias, o quadro clínico inicia-se com sintomas das vias aéreas superiores, e progride com o acometimento das vias aéreas inferiores, sendo a bronquiolite a doença mais freqüente.

Quadros clínicos mais graves são caracterizados por apnéia ou insuficiência respiratória grave, predominantemente obstrutiva, e ocorrem principalmente em crianças menores de 6 meses, prematuras e nas portadoras de doenças prévias, como cardiopatias congênitas, pneumopatias e imunodeficiências .

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INFECÇÃO PELO MPV

Os sintomas clínicos observados em crianças infectadas com MPV são similares aos observados na infecção pelo VSR. Alguns estudos têm relatado a associação do

MPV com a potencialização de crises de asma em crianças e adultos requerendo a hospitalização .

GRUPOS DE RISCO VSR

Prematuridade (PT): A prematuridade é o principal fator de risco para hospitalização pelo VSR. Sistema imune imaturo, reduzida transferência de anticorpos maternos e reduzido calibre das vias aéreas são as condições associadas ao elevado risco.

Cardiopatia Congênita (CC): A presença de malformações cardíacas está relacionada a uma maior gravidade e taxas de hospitalização maiores em infecções causadas pelo VSR. A hiperreatividade vascular pulmonar e a hipertensão pulmonar são responsáveis pela gravidade do quadro. A taxa de admissão hospitalar nesses quadros é três vezes maior que a da população sem doença de base, com internação em terapia intensiva duas a cinco vezes mais freqüente.

Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade (DPC): A DPC da prematuridade é uma condição onde uma injúria pulmonar se estabelece num pulmão imaturo e que leva à necessidade de suplementação de oxigênio e outras terapias medicamentosas. Muitos estudos demonstram uma maior susceptibilidade desses bebês em desenvolver infecções graves pelo VSR.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico específico do Vírus Sincicial Respiratório (RSV) e outros vírus respiratórios (entre eles o MPV) são realizados por meio da coleta de secreção respiratória. O melhor material para coleta é o lavado nasal. Entretanto podem ser utilizados swab nasal ou de orofaringe. Em crianças em unidade de Terapia Intensiva entubadas podem ser realizadas coletas de aspirado traqueal ou de lavado broncoalveolar.

No município de Campo Grande/MS a coleta é realizada em pacientes hospitalizados e que apresentarem critérios para coleta da amostra. Neste caso a coleta deverá ser solicitada à vigilância epidemiológica hospitalar/ distrital e/ou URR/SESAU por meio do telefone 99182-3031.

MEDIDAS DE CONTROLE DA TRANSMISSÃO

O VSR é transmitido pela exposição à partículas grandes (gotículas) a uma distância pequena (< 1 metro) ou por fômites. O período de incubação é de 2 a 8 dias, (média em torno de 5 dias). A excreção viral ocorre de 3 a 8 dias, mas é detectada até 2 semanas em até 10% dos pacientes. Em pacientes com imunossupressão, neonatos e em lactentes a excreção pode durar até 3-4 semanas.

O VSR costuma sobreviver na pele por 30 minutos, por 1 hora em superfícies porosas, por 7 horas em superfícies não porosas, em luvas de látex o vírus sobrevive por 2h, e em aventais de pano por 15-60 min.

O VSR é limitado ao trato respiratório, e apenas as secreções respiratórias contem vírus infectante.

O MPV possui a mesma forma de transmissão do VSR.

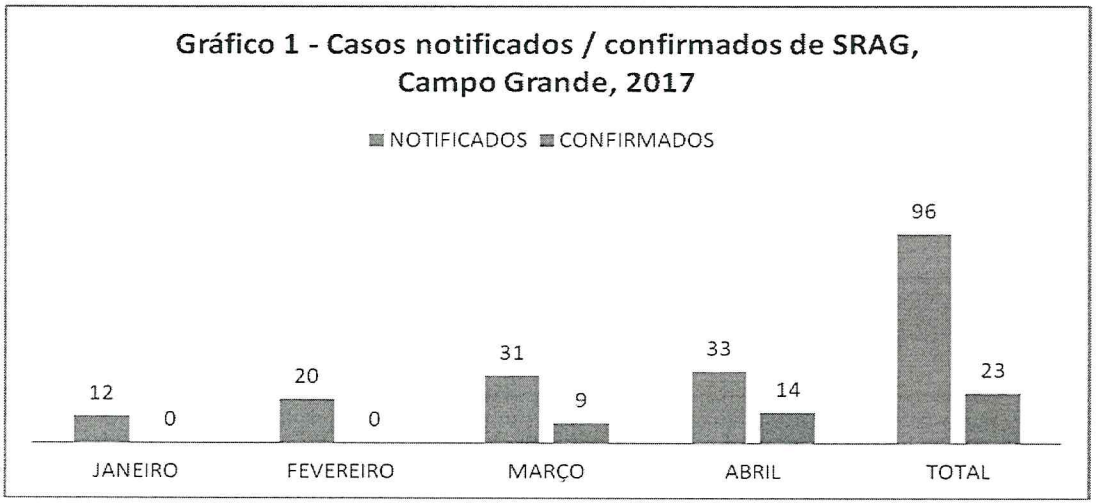
Tabela 1: Medidas para evitar a transmissão intra-hospitalar do VSR [4, 7]

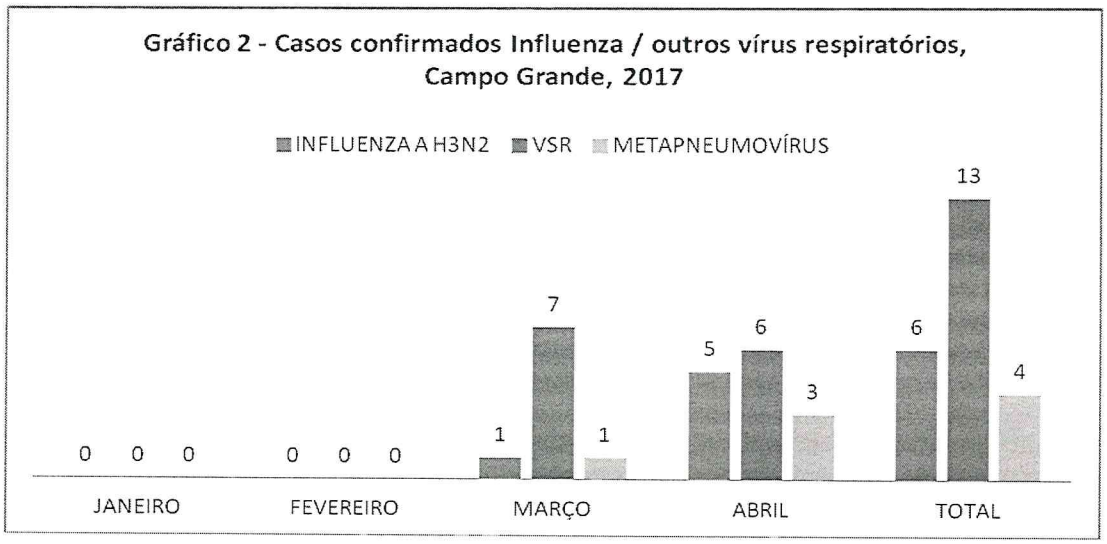
Medida	Observação
Higienização das mãos	Com água e sabão ou preparação alcoólica, sempre imediatamente antes e depois de assistir ao paciente
Luvas	Durante o cuidado do paciente
Avental	Sempre que contato direto com pacientes ou secreções
Máscara e proteção ocular	Sempre que contato direto com pacientes ou secreções
Quarto privativo ou coorte	Privativo sempre que possível, caso contrário, alocar os pacientes com VSR no mesmo quarto com ≥1metro de distância entre os leitos
Profissionais da saúde	Sempre que possível, profissionais que assistam pacientes com VSR não assistem outros pacientes, ou pelo menos, não assistam pacientes com risco de doença grave pelo VSR[&]
Restrição de visitas	Restringir as visitas no hospital durante estação do VSR, e proibir a visita de crianças
Avaliação da saúde dos visitantes	Avaliação por pessoal treinado ou utilizar cartilha de orientação para evitar entrada de visitantes doentes no hospital

[&] Imunodeprimidos, prematuros, pacientes com doença de base (cardiovascular, pneumopatia)

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Até o dia 02 de Maio de 2017 foram notificados no município de Campo Grande/MS 96 casos de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave). Dos casos notificados, 23 (23,9%) foram confirmados laboratorialmente, sendo 06 (26%) casos positivos para Influenza A H3N2, 04 (17%) positivos para metapneumovírus (MPV) e 13 (57%) positivos para vírus sincicial respiratório (VSR). A faixa etária dos casos confirmados variou de 13 dias a 81 anos de idade, sendo a faixa etária menor de 5 anos a mais acometida (73%). Até o momento 01 óbito por Influenza A H3N2 foi constatado.





* Dados atualizados até 02 de Maio de 2017

ESCLARECIMENTOS REFERENTES AO PROTOCOLO DE USO DE PALIVIZUMABE

O palivizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado, que apresenta atividade neutralizante e inibitória contra o VSR. Trata-se de um medicamento que provoca imunização passiva, o que o diferencia das vacinas.

De acordo com a Portaria SAS/MS N°522 a profilaxia com palivizumabe está indicada durante a sazonalidade do VSR, para a prevenção de infecção do trato respiratório inferior causado por estes vírus, em crianças com maior risco de complicações da doença:

- Crianças prematuras nascidas com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias).

- Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano 11 meses e 29 dias) com doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar) ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.

O diagnóstico de doença pulmonar crônica da prematuridade (displasia broncopulmonar) é definido pela dependência de oxigênio em prematuros a partir de 28 dias de vida acompanhada de alterações típicas na radiografia pulmonar ou dependência de oxigênio com 36 semanas de idade gestacional corrigida, em prematuro extremo.

O palivizumabe deve ser usado sob a orientação, prescrição e supervisão de um médico, devendo ser administrado por via intramuscular somente por pessoa capacitada para executar a aplicação de medicamentos injetáveis.

Eliana Dalla Nora Franco
Diretoria de Vigilância em Saúde

Maria da Conceição de Barros Vieira Ramos
Coordenadora de Vigilância Epidemiológica

Dra Márcia Dal Fabbro
Unidade de Resposta Rápida
URR/SESAU

Luciana Miziara
Unidade de Resposta Rápida
URR/SESAU

Campo Grande, 02 de Maio de 2017.