



**INFORME TÉCNICO nº 14
Atualizado - Maio 2011**



Atualizado por: Dra Maria Gomes Valente

MEDIDAS DE CONTROLE – INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO EM ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES (UTI NEONATAIS E PEDIÁTRICAS)

O vírus sincicial respiratório (VSR) é um RNA vírus da família *Paramyxoviridae*, gênero *pneumovirus*; é um dos principais agentes causadores de infecção do trato respiratório em crianças, sendo a causa mais conhecida de bronquiolite em menores de um ano; crianças prematuras e portadores de fatores de risco podem apresentar formas graves da doença e evoluir para insuficiência respiratória aguda, com necessidade de tratamento intensivo para suporte ventilatório. Em crianças maiores e adultos, a doença comumente é mais leve e autolimitada, podendo-se manifestar como um resfriado.

O VSR apresenta caráter sazonal, com predominância no outono e inverno, época em que podem ocorrer surtos da infecção em hospitais, creches e pré-escolas. A suscetibilidade à infecção é universal no início da vida e os fatores predisponentes às formas graves de doença pelo VSR incluem prematuridade, doenças cardiopulmonares, imunodeficiências congênitas ou adquiridas; fatores que também podem contribuir para quadros clínicos mais graves são exposição à fumaça de cigarro, frequência à creche, superpopulação em ambientes fechados, desmame precoce e admissão em hospitais durante a sazonalidade.

O período de incubação varia de 2 a 8 dias, comumente 4 a 6 dias. O período de transmissibilidade tem início 2 dias antes do estabelecimento dos sintomas e se estende até a resolução dos mesmos; em lactentes e crianças menores a disseminação do vírus pode persistir por 4 semanas. A transmissão se faz pelo contato direto com secreções respiratórias de pessoas infectadas, ou de forma indireta, por meio de objetos e superfícies contaminadas, onde o vírus pode sobreviver por até 24 horas. O vírus penetra no organismo do novo hospedeiro pela membrana mucosa dos olhos, boca ou nariz e também pela inalação de gotículas eliminadas pela tosse ou espirro da pessoa infectada.

Por volta de dois anos de idade, quase todas as crianças tiveram pelo menos uma infecção pelo VSR; a imunidade conferida pela doença é parcial, o que torna possível outras infecções subseqüentes ao longo da vida, que se manifestam de forma mais leve.

Na maioria dos pacientes a doença é autolimitada e os sintomas se resolvem em 5 a 7 dias; nos pacientes com predisposição às formas graves da doença, pode-se instalar um quadro de insuficiência respiratória com necessidade de suporte ventilatório, e até evolução para óbito. A infecção bacteriana concomitante agrava o quadro clínico.

Os sintomas da doença incluem coriza, congestão nasal, tosse, recusa da mamada ou alimentação, febre, respiração “curta”, prostração, sinais de obstrução de vias aéreas (batimentos de asa de nariz; retrações intercostais, subcostais e esternais; sibilos; apnéia); cianose labial e de extremidades (hipoxemia). Ao exame físico o tórax pode se apresentar hiperexpandido e com hiperressonância à percussão; baço e fígado podem estar rebaixados. Sinais de gravidade: aumento do esforço respiratório, taquipnéia, sibilos, cianose labial e de extremidades, desidratação e dificuldade para mamar ou se alimentar.

Os achados radiológicos não são patognômicos; o RX pode se apresentar normal ou com hiperexpansibilidade dos campos pulmonares, retificação de arcos costais e herniação de parênquima pulmonar.



PREFEITURA DE SÃO PAULO

SAÚDE

Prefeitura do Município de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenação de Vigilância em Saúde

A recuperação é completa sem seqüelas, no entanto lactentes que tiveram bronquiolite precocemente, podem apresentar risco aumentado de desenvolver asma ou crises recorrentes de sibilância.

O diagnóstico de infecção pelo vírus sincicial respiratório é feito por dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. No período de sazonalidade, o aumento do número de casos de bronquiolite e de pneumonias virais em crianças menores de 2 anos, em comunidades fechadas, e o conseqüente aumento das admissões hospitalares, é um dado epidemiológico importante que orienta o diagnóstico e a implementação de medidas de prevenção e controle da disseminação do VSR em ambientes fechados. Exames laboratoriais realizados em secreções nasofaríngeas, onde antígenos virais são pesquisados pelas técnicas de ELISA ou imunofluorescência direta, propiciam resultados rápidos e estão sendo incorporados na prática clínica para decisões quanto à terapêutica do paciente, investigação de surtos em UTI e ratificação das medidas de prevenção e controle implementadas. Estão disponíveis no mercado vários “kits” para diagnóstico (Abbott, Becton Dickinson, Kallestad e Biodesign Internacional).

Os testes sorológicos (imunofluorescência indireta), que precisam ser processados em amostras pareadas de sangue (fase aguda e convalescença), estão sendo abandonados na prática clínica e têm importância em estudos epidemiológicos. O padrão ouro para o diagnóstico é o isolamento viral, e em nosso meio é realizado apenas em laboratórios de referência, onde técnicas de biologia molecular como o PCR também estão disponíveis e são úteis na investigação epidemiológica de surtos. Em São Paulo, os espécimes clínicos enviados ao Instituto Adolfo Lutz para pesquisa de VSR, em face de resultados negativos, são testados para outros vírus respiratórios prevalentes em nosso meio: adenovírus, influenza A e B e parainfluenza.

Não existe tratamento específico para a doença causada pelo VSR. Medidas de alívio dos sintomas e de suporte ventilatório e de manutenção do estado geral, quando necessárias, são indicadas. A ribavirina tem sido usada, em aerossol (em oxitenda – 2 horas, 3 vezes ao dia), em pacientes com formas graves da doença, em especial em imunocomprometidos. Infecções bacterianas concomitantes precisam ser tratadas com antibioticoterapia adequada.

Medidas para prevenção da disseminação intra-hospitalar do VSR

As comissões de controle de infecção hospitalar, nos períodos de maior prevalência, devem alertar os profissionais da área de assistência, principalmente da UTI Neonatal e Pediátrica para a suspeição diagnóstica e adoção imediata de medidas de controle. As seguintes medidas devem ser adotadas:

Intensificação da lavagem e higienização das mãos: antes e após prestação de cuidados ao paciente; após contato com secreções respiratórias, ou com artigos e superfícies contaminadas pelo paciente; após a retirada das luvas

Instituição de precauções de contato a serem mantidas durante todo o período de internação e que compreendem: isolamento do caso suspeito em quarto privativo (no caso de recém-nascido, a incubadora pode ser considerada no isolamento de contato); uso de luvas e avental para administração de cuidados ao paciente e manipulação de artigos contaminados; máscara cirúrgica e óculos se houver possibilidade de respingos; limpeza e desinfecção de superfícies; destinação de artigos exclusivos para o paciente (termômetro, estetoscópio, oxímetro, esfigmomanômetro); processamento dos artigos reutilizados (limpeza, desinfecção, esterilização). Especial atenção para artigos de assistência respiratória (máscaras de inalação, nebulizadores, oxitendas, ventiladores, circuitos de ventiladores e outros – devem sofrer processo de limpeza, desinfecção ou esterilização, conforme as recomendações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Brinquedos não devem ser compartilhados.

Orientação de acompanhantes sobre a importância de adesão às precauções de isolamento instituídas, à higienização das mãos e à prestação de cuidados exclusivos à criança que acompanham, para evitar infecção cruzada.

Orientação da mãe que amamenta para adesão às precauções de isolamento. Mães acompanhantes com sintomas respiratórios devem ser afastadas das dependências da UTI ou enfermarias e orientadas para ordenha e



PREFEITURA DE SÃO PAULO

SAÚDE

Prefeitura do Município de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenação de Vigilância em Saúde

armazenamento do leite. Casos individuais podem ser analisados pela CCIH de cada serviço de saúde, ponderando a ausência da mãe sintomática respiratória como mais prejudicial ao atendimento do paciente e a manutenção das práticas de biossegurança na unidade.

Controle de visitantes e acompanhantes, com afastamento daqueles com sinais de infecção do trato respiratório. Limitar a visita de crianças de pouca idade aos pacientes internados.

Afastamento de funcionários com infecção do trato respiratório do cuidado de pacientes suscetíveis.

Descarte dos resíduos, em conformidade com as normas vigentes (RDC ANVISA – 306/2004)

Medidas de prevenção específica

Não existe vacina eficaz disponível para a prevenção de infecção pelo VSR.

A utilização da imunoglobulina hiperimune para tratamento e prevenção da doença causada pelo VSR está em desuso.

O palivizumabe (anticorpo monoclonal específico para o VSR) é a medida de profilaxia individual utilizada em vários países. É recomendada para pacientes com fatores de risco para as formas graves da doença, deve ser iniciada antes da exposição ao vírus e mantida durante o período de sazonalidade. No Estado de São Paulo o uso está normatizado por resolução técnica, e a aplicação do medicamento é feita mensalmente nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) e hospitais de referência.

Não há recomendação do “Centers for Disease Control and Prevention” – CDC de Atlanta, para o uso do palivizumabe como medida de controle de surtos de infecção pelo vírus sincicial respiratório em serviços de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Infection Central Committee – Guideline for the Management of Respiratory Syncytial Virus, UK, 4th August 2010. In: www.hpa.org.uk

American Academy of Pediatrics – Respiratory Syncytial Virus. In: Red Book, 29th Ed, USA, 2009

University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority – Ribavirin Treatment of Respiratory Syncytial Virus (RSV) – Last updated: 07/30/2008

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Resolução SS-249, de 13.07.2007 - Aprova Norma Técnica elaborada pela Coordenadoria de Controle de Doenças – Centro de Vigilância Epidemiológica e Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde, que estabelece as diretrizes para a prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. In: www.cve.saude.sp.gov.br

Siegel, J.D., Rhinehart, & HICPAC: Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infections Agents in Healthcare Settings, USA, 2007. In: www.cdc.gov/ncidod

Sociedade Brasileira de Pediatria – Recomendações para a Prevenção da Doença Respiratória Grave pelo Vírus Sincicial Respiratório, 2005.

Instituto Adolfo Lutz: Laboratório de vírus respiratórios - Instruções para colheita, acondicionamento e envio das amostras, São Paulo, 2005. In: www.cve.saude.sp.gov.br



PREFEITURA DE SÃO PAULO

SAÚDE

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

Resolução Diretoria Colegiada ANVISA 306, de 07.12.2004 – dispõe sobre Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, publicada no DOU de 10.12.2004.

Centers for Disease Control and Prevention & Healthcare Infection Controle Practices Advisory Committee – Guidelines for Preventing Healthcare Associated Pneumonia, 2003. In: MMWR – Recommendations and Reports – March 26, 2004 / 53 (RR03): 1-36

Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar – Diagnóstico e Prevenção de Infecção Hospitalar em Neonatologia, São Paulo, 2.002.