



Sarampo

O sarampo e sua prevenção

Vacinação contra o sarampo

Raquel Pitchon dos Reis

Introdução

Embora tenha havido muitos avanços, os desafios ainda existem para alcançar a meta de eliminação do sarampo, como evidenciado pelos surtos da doença em várias regiões, com morbidade e ocorrência de mortes evitáveis. O grande desafio mundial para alcançar a eliminação dessa doença é a incapacidade de se vacinar toda a população no tempo certo. Como consequência, os bolsões de indivíduos suscetíveis ao vírus podem resultar na transmissão da doença.

A maioria dos surtos ocorre em populações não imunizadas como, por exemplo, aquelas de difícil alcance geográfico, populações vulneráveis e grupos com preocupações em relação a possíveis riscos resultantes da aplicação da vacina. Outros grupos, por crenças religiosas, filosóficas ou culturais contra imunização, não farão adesão ao calendário. Esses fatos são observados em muitas populações e são independentes da renda familiar per capita.

Devido aos surtos contínuos e ao aumento da incidência do sarampo, em alguns países, não é aconselhável retardar a administração da primeira dose da vacina para depois dos 12 meses de idade ou o reforço para após os 6 anos de idade. Além disso, devem ser realizados todos os esforços para garantir que pais e profissionais da saúde cumpram os esquemas de imunização existentes e que as crianças recebam as vacinas em dia.

A vacina antissarampo é composta por cepa de vírus vivo atenuado, preparada em cultura celular de embrião de pinto. Está disponível em formulações combinadas, como a vacina contra sarampo-caxumba-rubéola (triviral ou SRC ou MMR) e a vacina contra sarampo-caxumba-rubéola-varicela (tetra viral ou SRCV ou MMRV).

Os anticorpos vacinais se desenvolvem em 95% dos imunizados após os 12 meses de idade e em 98% daqueles vacinados acima dos 15 meses. A primeira dose na imunização de rotina é realizada entre 12 e 15 meses de idade. A segunda dose pode ser realizada, decorridos no mínimo 28 dias da primeira dose, mas, em geral, indicada entre 2 e 6 anos de idade. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a vacina é recomendada rotineiramente, aos 12 e 15 meses de idade.

Imunização durante surtos da doença

Em situações epidêmicas ou viagens para regiões endêmicas para o sarampo, antecipa-se a vacinação das crianças para a idade dos 6-11 meses. Esse grupo deverá ser revacinado aos 12-15 meses e também receber uma terceira dose de reforço, que, no Brasil, é recomendada até os 2 anos de idade. A taxa de soroconversão, em imunizados antes dos 12 meses de idade, é muito menor, o que justifica a repetição da dose após 12-15 meses de idade e a manutenção do reforço. O intervalo mínimo entre a segunda e a terceira dose é de 28 dias.

Todos os adolescentes e adultos jovens devem ser vacinados, exceto aqueles que apresentarem registro da aplicação das duas doses da vacina antissarampo. Na ausência da documentação da imunização prévia, eles deverão receber duas doses da vacina triviral com intervalo mínimo de 28 dias entre as mesmas. Nos casos em que uma dose foi realizada após 12 meses de idade aplica-se apenas mais uma dose.

Os dados disponíveis sugerem que a vacina antissarampo, administrada dentro de 72 horas após exposição ao vírus, confere proteção em alguns casos e é a intervenção de escolha para o controle de surtos em creches e escolas.

Vacinas combinadas

A vacina tetra viral ou MMRV, associação entre as vacinas do sarampo, rubéola, caxumba e varicela, é indicada para crianças entre 2 e 12 anos. Devido à preocupação

quanto ao risco aumentado de convulsões febris em crianças de 12 a 23 meses, a ACIP do CDC recomenda, nessa faixa etária, o uso de injeções separadas para administração da triviral e da varicela, mas que podem ser realizadas simultaneamente. A combinação tetra viral é preconizada para o reforço aos 2-6 anos. Nos casos em que os pais ou responsáveis solicitem a administração da tetra viral na primeira dose, ela poderá ser aplicada, desde que sejam expostos previamente os seus riscos e benefícios.

No calendário de vacinação da criança, publicado pela Sociedade Brasileira de Imunizações para o ano de 2013/2014, indica-se a vacina triviral em situações usuais, para o período de 12-24 meses de idade, ou antes, em caso de epidemia. Quanto à tetra viral, orientam que deve ser considerado o risco aumentado da febre alta e a ocorrência mais frequente de exantema após a primeira aplicação dessa vacina.

Contraindicações e reações adversas

A alergia a ovos não contraindica a vacina, assim como a alergia a neomicina, não anafilática, que, na maioria das vezes, se manifesta como dermatite de contato. Já os casos de anafilaxia grave à neomicina e à gelatina contraindicam a imunização e devem ser avaliados pelo pediatra especialista em alergia e imunologia.

Em caso de história pessoal e/ou familiar de convulsões, a imunização deve ser realizada e os pais advertidos sobre o risco discretamente aumentado do desencadeamento de crises convulsivas.

Embora não seja contraindicada, deve-se evitar a aplicação simultânea das vacinas tríplice viral e febre amarela, por possibilidade de interferência na resposta das mesmas.

As crianças em corticoterapia sistêmica, com doses diárias iguais ou maiores a 2mg/kg ou 20mg de prednisona, e/ou portadoras de imunodeficiência primária ou secundária não

devem receber a vacina. A corticoterapia preventiva para asma, em doses usuais, não contraindica a vacina.

Os efeitos adversos relatados após a vacinação incluem: dor no local da injeção, eritema, endurecimento local, linfadenopatia, trombocitopenia e cefaleia. Entre o quinto e décimo quinto dia após a vacinação pode ocorrer febre, exantema, irritabilidade, conjuntivite e/ou manifestações catarrais.

Referências:

- Martin R, Wassilak S, Emiroglu N, Uzicanin A, Deshesvoi S, Jankovic D, Goel A, Khetsuriani N. What will it take to achieve measles elimination in the World Health Organization European Region: progress from 2003-2009 and essential accelerated actions. *J Infect Dis.* 2011 Jul;204 Suppl 1:S325-34. doi: 10.1093/infdis/jir137.
- De Quadros CA, Izurieta H, Carrasco P, Brana M, Tambini G. Progress toward measles eradication in the region of the Americas. *J Infect Dis.* 2003;187 Suppl. 1:S102-10.
- Ribeiro JGL. Vacinações. In: Leão E, Correa JC, Mota JAC, Vianna BM, Vasconcellos. *Pediatria ambulatorial*. 5ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p.175-176.
- Red Book. American Academy of Pediatrics 2009. p.545-555.
- MMWR, May 7, 2010, Vol 59, #RR03 MMRV—Use of Combination Measles, Mumps, Rubella, and Varicella Vaccine Recommendations of the ACIP.
- Calendário de Vacinação da Criança: Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 013/2014. Disponível em <http://www.sbm.org.br/>

Autora: Raquel Pitchon dos Reis - Especialista em Pediatria, Alergia e Imunologia e Alergia e Imunologia Pediátrica - Presidente da Sociedade Mineira de Pediatria

Alerta contra SARAMPO

Março / 2014

Alexandre Braga – Presidente do Comitê de Infectologia Pediátrica da SMP

Introdução

- No Brasil, há evidências da interrupção da transmissão autóctone do vírus do sarampo desde o ano 2000. Porém, o Ministério da Saúde confirmou vários casos importados de sarampo entre os anos de 2001 e 2013. **No Ceará, entre 25/12/2013 e 21/02/2014**, foram notificados 462 casos suspeitos de sarampo. Dentre os casos notificados 17,5% (81/462) foram confirmados, 17% (79/462) foram descartados e 65% (302/462) estão em investigação epidemiológica.⁽¹⁾
- Com a proximidade da Copa do Mundo e o grande contingente de turistas devemos redobrar nossa atenção.

Caso suspeito²

- Todo paciente que, independente da idade e da situação vacinal, apresentar:
 - Febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: Tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite; ou
- Todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior.

Transmissão³

- Vírus RNA da família Paramyxoviridae / Gênero Morbillivirus / Altamente contagioso / Hospedeiro homem
- Período de transmissibilidade: 4 dias antes até 4 dias após início do exantema.
- Transmitido por aerossóis / Gotículas / Contato de secreções com vias aéreas e/ou mucosa ocular

Evolução doença³

- Período de incubação – 10 a 12 dias. Viremias após exposição: Primária 2 a 3 dias (Epitélio respiratório e linfáticos regionais). Secundária 5 a 7 dias (propagação para os tecidos).
- Pródromo (fase catarral) – média 2 a 4 dias (1 a 7 dias) antes do exantema. Febre, tosse, coriza, conjuntivite, manchas de Koplik (Manchas azuis-brancacentas na mucosa oral – Patognômico).
- Exantema – Duração 5 a 6 dias. Máculo-papular confluyente. Progressão céfalo-caudal. Atinge palmas e plantas no final. Desaparece na mesma ordem que surgiu. Acastanhamento e descamação furfurácea.
- Sarampo modificado – Doença mais leve em pacientes que receberam vacina de vírus atenuado ou profilaxia com imunoglobulina pós-exposição ou lactentes com anticorpos maternos residuais.

Diagnóstico diferencial²

- Diagnóstico diferencial: Doenças exantemáticas febris: Rubéola / Exantema súbito / Escarlatina / Eritema infeccioso / Dengue / Sífilis secundária / Enterovirose / Eventos adversos da vacina

Prevenção⁴

- Vacinação – Pode ser eficaz quando aplicada até 72h após contato em indivíduos susceptíveis.
- Precauções
 - Todo profissional de saúde deve ter evidência sorológica de proteção contra o sarampo.
 - Isolar pacientes através de precauções aéreas por 4 dias após início do exantema.
 - Profissionais - Utilizar Máscara N95 ou PFF2, além das outras precauções padrão.
- Imunoglobulina contra sarampo – Aborta ou ameniza a doença. Aplicar até 6 dias após exposição.
 - Dose 0,25 a 0,50mL/Kg* IM (Máximo 15mL). *Reservar dose mais alta para imunocomprometidos.

Diagnóstico³

- Nos casos suspeitos solicitar sorologia (ELISA) para sarampo e rubéola (principal diagnóstico diferencial)
- IgM (Maior chance de positividade após 3 dias do exantema)
- IgG (1ª amostra 3 dias após início do exantema e 2ª amostra 10 a 30 dias após)
- Não existe tratamento específico contra o sarampo, apenas suportivo.
- Vitamina A⁴ – Uma vez ao dia por 2 dias - Pacientes desnutridos / Imunodeficientes / Xerofthalmia
 - > 1 ano: 200.000 UI/dia. 6 a 11 meses: 100.000UI/dia. < 6 meses: 50.000UI/dia
- Tratar infecções secundárias (Otitite média aguda, pneumonia) utilizando-se antibióticos contra os agentes bacterianos habituais.

Notificação

- Doença de notificação compulsória IMEDIATA – Notificação por telefone para vigilância.

Atenção !⁵



Exantema morbiliforme



Facies sarampenta



Manchas de Koplik

Referências Bibliográficas

- Boletim epidemiológico Ceará (21/02/2014).
- Brasil. Ministério da Saúde, Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de bolso, 2010.
- Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book: Course Textbook. 12th Edition Second Printing (May 2012)
- Red Book, 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases, 29th ed. Elk Grove, IL: AAP
- Fotos CDC - <http://www.cdc.gov/measles/about/photos.html>