

Para: **Hospitais, EPER do SRS, Unidades de Saúde de Ilha, COA, Delegados de Saúde Concelhios**
C/C à Coordenadora Regional de Saúde Pública e Linha de Saúde Açores

Assunto: **SARAMPO: Procedimentos em unidades de saúde (atualização da Circular Normativa nº 12, de 26/4/2017)**

Fonte: **Direção Regional da Saúde**

Contacto na DRS: **Direção de Serviços de Cuidados de Saúde**

Class.:C/S.2018/22

Considerando o aumento do número de casos de sarampo notificados na Europa desde 2016 bem como, a ocorrência de surtos em Portugal em 2017 e 2018, torna-se importante reforçar a prevenção, a deteção precoce e a resposta rápida perante um caso suspeito de sarampo.

Assim, na sequência da Norma n.º 004/2017, de 12.04.2017, atualizada a 16.03.2018, da Direção-Geral da Saúde e por despacho de Sua Excelência o Secretário Regional da Saúde, datado de 19.03.2018, emite-se a seguinte:

NORMA

1. A presente Norma relembra e operacionaliza as medidas preconizadas na Norma nº 06/2013 - Programa Nacional de Eliminação do Sarampo¹ (PNES), divulgada em devido tempo pelos serviços de saúde do Serviço Regional de Saúde (SRS), no que respeita às estratégias a adotar perante um caso possível de sarampo.
2. A vacinação de acordo com o Programa Regional de Vacinação (PRV 2017)² é a melhor medida de prevenção contra o sarampo.

População-alvo/Idade		Número de dose de VASPR recomendado
<18 anos		2 doses Esquema recomendado: 12 meses e 5 anos de idade
Adultos (≥18 anos)	nascidos ≥1970	1 dose
	nascidos <1970	0 doses*
Profissionais de saúde		2 doses (independentemente do ano de nascimento)

* De acordo com o Inquérito Serológico Nacional 2015/2016 cerca de 99% da população nascida antes de 1970 tem proteção contra o sarampo.

¹ Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=24097>.

² Portaria n.º 5/2017, de 16 de janeiro de 2017



Considera-se que as pessoas que tiveram sarampo estão protegidas para toda a vida, não necessitando de vacinação.

3. Na atual situação epidemiológica não há indicação para alteração do esquema vacinal recomendado para a vacina VASPR (sarampo, parotidite epidémica e rubéola) aos 12 meses e aos 5 anos de idade.
4. Apenas está recomendada a administração da 1ª dose de VASPR contra o sarampo entre os 6 e os 12 meses de idade ou a 2ª dose antes dos 5 anos de idade, em situação de pós-exposição. A VASPR deve ser administrada entre os 6 e os 12 meses ou antes dos 5 anos se, após avaliação clínica e epidemiológica, houver uma prescrição do médico assistente, especialmente em situações de pós-exposição.
5. A dose de VASPR administrada antes dos 12 meses de idade não é considerada válida em termos de calendário vacinal pelo que a criança deve ser revacinada quando atingir aquela idade (VASPR1). O intervalo mínimo entre 2 doses de VASPR é de 4 semanas.



6. Procedimentos, nas unidades de saúde, perante um caso possível de sarampo³

Responsável*	Medidas a implementar
Médico de saúde (profissional de saúde)	<p>Após diagnóstico clínico de um caso possível de sarampo deve-se, de imediato⁴:</p> <ol style="list-style-type: none"> Promover o isolamento do doente: <ol style="list-style-type: none"> Dar uma máscara ao doente (se aplicável) e encaminhá-lo para uma sala separada. Os profissionais de saúde devem cumprir com as precauções baseadas na transmissão por via aérea. Em ilhas com hospital, referenciar para o mesmo (em transporte próprio ou em ambulância) os casos que surjam em cuidados de saúde primários, com informação prévia ao hospital; Em ilhas sem unidade hospitalar, deve a Unidade de Saúde de Ilha, providenciar o isolamento do doente até à confirmação ou não de "caso confirmado" (ver "classificação de caso" em "Conceito, definições e orientações" – B. "Critérios e classificação de caso de sarampo", devendo apenas haver lugar à referenciação hospitalar no caso de agravamento dos critérios clínicos. Informar o Diretor Clínico. Informar o Delegado de Saúde Concelhio (DSC). Providenciar, a colheita de amostras e o envio imediato ao laboratório no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA)⁵ com a indicação de "Sarampo – Diagnóstico Laboratorial"⁶ e com o respetivo formulário do PNES ou cópia da notificação SINAVE. Preencher o formulário de notificação de caso de sarampo no SINAVE⁶. Promover a identificação (e registo) dos contactos próximos (profissionais, utentes e acompanhantes) que contactaram com o caso no serviço de saúde, se possível recorrendo à equipa local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da RAA (PPCIRA - RAA) e Serviço de Saúde Ocupacional, caso aplicável, em articulação com a autoridade de saúde concelhia (não esperar pelos resultados laboratoriais, pela Autoridade de Saúde ou PPCIRA).
Delegado de Saúde Concelhio	<ol style="list-style-type: none"> Informar a Coordenação Regional de Saúde Pública (telemóvel: 91 47 46 724) Iniciar de imediato a investigação e as medidas de prevenção e gestão do risco. Promover a realização urgente do Inquérito Epidemiológico e seu registo no SINAVE⁶. Articular, o mais precocemente possível, com o médico/serviço de origem do alerta, para a identificação dos contactos no serviço de saúde e definição das medidas de prevenção e gestão do risco. Identificar os contactos próximos na comunidade e aplicar as medidas de controlo: <ol style="list-style-type: none"> Vacinação contra o sarampo, de preferência nas primeiras 72 horas pós-exposição, se aplicável; Administração de Imunoglobulina se contra-indicação para VASPR; Investigação da origem de infeção.

* Recomenda-se que os profissionais de saúde que asseguram a prestação de cuidados ao doente tenham 2 doses de VAS/VASPR ou história credível de doença.

³ Ver algoritmo no ponto 8.

⁴ Qualquer profissional de saúde, não médico, que tome conhecimento de uma situação suspeita de sarampo, deve, de imediato, alertar um médico para avaliação clínica.

⁵ Os exames laboratoriais são gratuitos para a entidade requerente.

⁶ Endereço eletrónico: <https://sinave.min-saude.pt/SIVDoT/Login.aspx>.

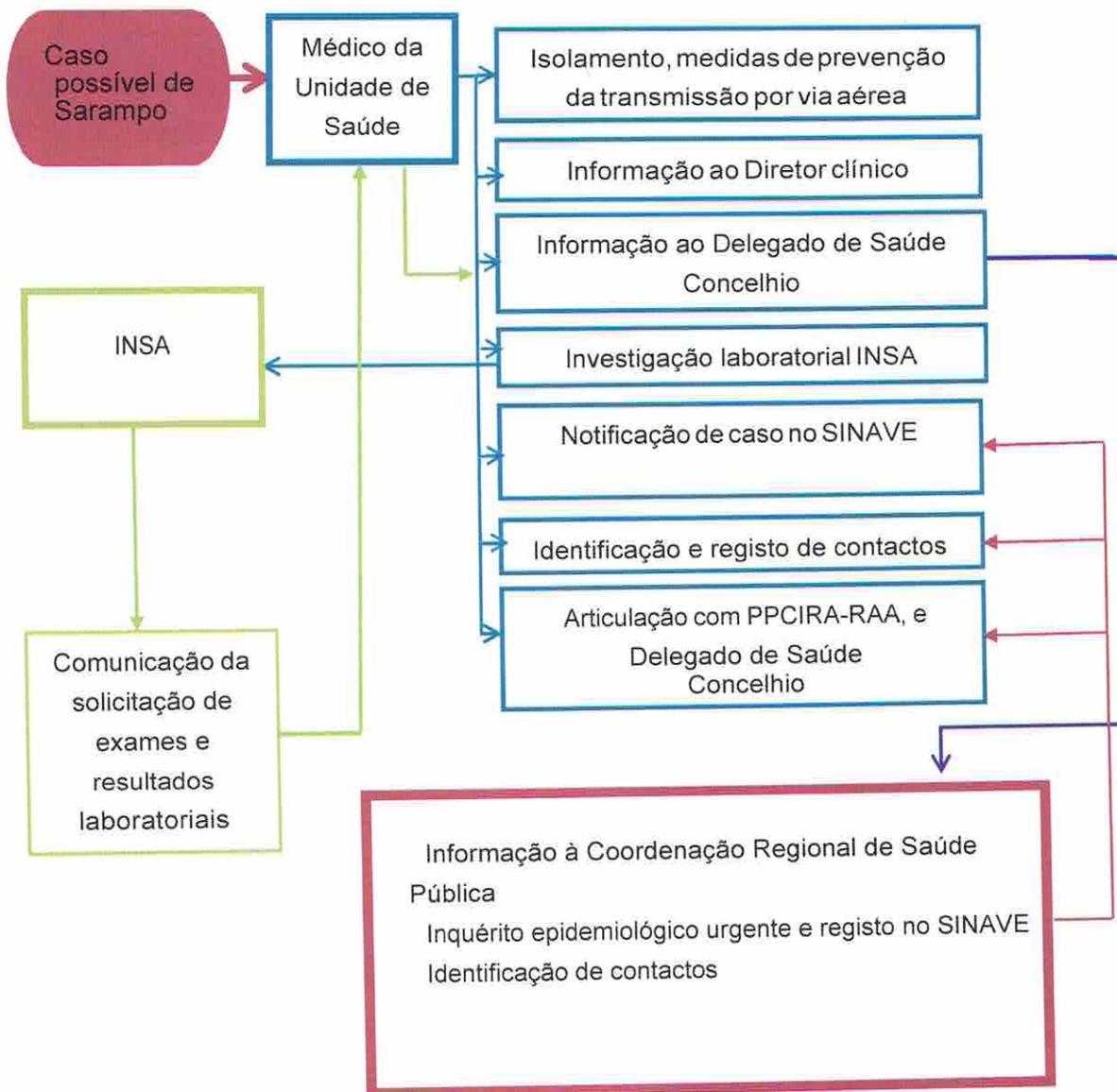


**Mesmo fora do horário normal de serviço, fins-de-semana e feriados, são efetuados os exames laboratoriais.

7. O critério para internamento é clínico. Após a colheita dos produtos biológicos:
 - i. Se o doente está clinicamente estável, pode ter alta hospitalar, devendo restringir os contactos sociais em casa, até obtenção do resultado laboratorial. Se o caso for confirmado para sarampo deve manter a restrição de contactos sociais até 4 dias (inclusive) após o aparecimento do exantema;
 - ii. Se o doente tem indicação para internamento hospitalar, deve ficar em isolamento (de preferência com pressão negativa) e ser tratado por profissionais que estejam adequadamente vacinados (2 doses de VAS ou VASPR) ou que tenham história credível de doença.



8. Algoritmo perante um caso possível de sarampo



Os conteúdos de Circulares Informativas, Circulares Normativas, Orientações, Normas e Ofícios que contrariam o disposto nesta Norma ficam sem efeito.

A Diretora Regional da Saúde

Tânia Cortez

Tânia Cortez



CONCEITOS, DEFINIÇÕES E ORIENTAÇÕES

A. SARAMPO

O sarampo é uma das infeções virais mais contagiosas, sendo habitualmente benigna mas, em alguns casos, pode ser grave ou mesmo fatal.

Manifestações clínicas e complicações	<ol style="list-style-type: none"> 1. Período prodromico ou catarral: febre, conjuntivite, coriza, tosse. 2. Aparecimento de pequenos pontos brancos na mucosa oral (manchas de Koplik), cerca de 1-2 dias antes do aparecimento do exantema maculopapular. 3. Entre o 3º e 7º dia, surge o exantema maculopapular, inicialmente no rosto, seguindo-se, no tronco e por último nos membros inferiores, com duração de cerca de 4 a 7 dias, terminando, por vezes, em descamação. 4. As complicações podem resultar de replicação viral ou de superinfeção bacteriana, podendo ocorrer durante ou após o exantema maculopapular, e incluem, por exemplo otite média, pneumonia, laringotraqueobronquite (crupe), convulsões febris e encefalite. 5. Uma complicação muito rara, que pode ocorrer anos depois da doença aguda, é a panencefalite esclerosante subaguda (1 por 100 000 casos)⁷. 6. Adultos: normalmente têm doença mais grave do que as crianças. 7. Doentes imunocomprometidos: por vezes não apresentam exantema maculopapular. 8. Em pessoas vacinadas a doença é, habitualmente, mais benigna podendo não apresentar o quadro clínico completo.
Transmissão	<p>Via aérea (aerossóis). Contacto direto com secreções nasais ou faríngeas de pessoas infetadas. Menos comum: produtos utilizados/infetados com secreções nasais ou faríngeas.</p>
Período de incubação	<p>10 a 12 dias, podendo variar entre 7 e 21 dias. Adultos: normalmente têm um período de incubação mais longo do que as crianças.</p>
Período de contágio	<p>De 4 dias antes até 4 dias depois do aparecimento do exantema. A transmissão é mínima após o 2º dia do exantema. Doentes imunocomprometidos: período de contágio pode ser mais prolongado. Pessoas vacinadas: período de contágio menor e menor risco de transmissão.</p>

⁷ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/79020/e93035-2013.pdf



B. CRITÉRIOS E CLASSIFICAÇÃO DE CASO DE SARAMPO⁸

Critérios Clínicos	Critérios Laboratoriais ⁹	Critérios Epidemiológicos
<p>Febre E</p> <p>Exantema maculopapular E</p> <p>Pelo menos, um dos três critérios seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tosse - Rinite - Conjuntivite 	<p>Pelo menos um dos critérios seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolamento do vírus do sarampo a partir de uma amostra biológica - Detecção do ácido nucleico do vírus do sarampo num produto biológico - Detecção, no soro ou na saliva, de anticorpos IgM específicos da resposta a infeção aguda pelo vírus do sarampo - Detecção de seroconversão num par de soros (fase aguda e fase de convalescença) 	<p>Ligação epidemiológica com um caso confirmado</p>
Classificação de Caso		
<p>Caso possível Pessoa que preenche os critérios clínicos</p> <p>Caso provável Pessoa que preenche os critérios clínicos e epidemiológicos</p> <p>Caso confirmado Pessoa que preenche os critérios clínicos e laboratoriais, desde que os testes tenham sido efetuados no Laboratório de Referência para o Sarampo e Rubéola: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.</p>		

⁸ <https://dre.pt/application/file/a/105580101>.

⁹ Os testes laboratoriais devem ser realizados no Laboratório de Referência para o Sarampo e Rubéola: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.



C. INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DE CASOS DE SARAMPO

- i. A confirmação laboratorial é essencial para o diagnóstico definitivo de sarampo e para suporte às medidas de contenção e controlo de surtos ou casos esporádicos.
- ii. Nos casos possíveis/prováveis, a colheita para deteção do RNA viral por PCR e isolamento do vírus deve ser feita ao mesmo tempo que a colheita para serologia. O isolamento do vírus e a deteção do RNA viral por PCR têm maior probabilidade de ser positivos quando a colheita é efetuada precocemente, ou seja, após o aparecimento do exantema e até 10 dias depois.
- iii. O isolamento do vírus ou a deteção de RNA viral por PCR confirmam o diagnóstico, mas resultados negativos não infirmam o diagnóstico.
- iv. O isolamento do vírus ou a deteção de RNA viral por PCR são extremamente importantes para o esclarecimento de casos com serologia inconclusiva.
- v. O pedido de investigação laboratorial para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) deve ser feito apenas quando existem sintomas e sinais (caso possível/provável) e a sua realização é gratuita para a entidade requerente.
- vi. Não devem ser efetuados pedidos de exames laboratoriais para pessoas assintomáticas, mesmo sendo contactos de casos, pois nesta situação, os resultados não têm significado diagnóstico.
- vii. A colheita de amostras e o envio imediato ao laboratório do INSA deve ser acompanhado com o respetivo formulário do PNES ou cópia da notificação SINAVE, com a indicação de "Sarampo – Diagnóstico Laboratorial". Os produtos biológicos podem ser entregues 24h/24h nos 7 dias da semana.

Para apoio na colheita e envio dos produtos, utilizar os contactos do INSA de Lisboa:

Laboratório Nacional de Referência de Doenças Evitáveis pela Vacinação	Tel. 217 508 173
Departamento de Doenças Infecciosas	Fax. 217 526 400
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge	Email: paula.palminha@insa.min-saude.pt
Av. Padre Cruz, CP 1649-016 Lisboa	elsa.vinagre@insa.min-saude.pt
	carlos.ribeiro@insa.min-saude.pt

Os produtos podem também ser enviados ao INSA do Porto (que os envia para o INSA de Lisboa):

Central de Análises	Tel: 223 401 108
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge	
Rua Alexandre Herculano, 321	
4000-055 Porto	



O diagnóstico laboratorial inclui serologia, PCR e isolamento viral, sendo necessária a colheita conjunta, sempre que possível, dos produtos biológicos, de acordo com o tempo após o início do exantema:

≤ 3 Semanas após o início do exantema	> 3 Semanas após o início do exantema
Fluídos orais ou exsudado da orofaringe e Urina e Sangue	Sangue

viii. Métodos de colheita

Fluídos orais (para deteção de ácido nucleico e isolamento viral)

Colheita em zaragatoa, com meio de transporte viral, de acordo com o seguinte procedimento:
Desviar a língua com o auxílio de uma espátula; com o algodão da extremidade da zaragatoa esfregar no epitélio da bochecha e nas gengivas, de forma a recolher também células epiteliais

Exsudado da orofaringe (para deteção de ácido nucleico e isolamento viral)

Colheita em zaragatoa, com meio de transporte viral, de acordo com o seguinte procedimento:
Desviar a língua com o auxílio de uma espátula; com o algodão da extremidade da zaragatoa esfregar a parede faríngea e os pilares da orofaringe, de forma a recolher também células epiteliais

Se não houver disponibilidade de zaragatoa com meio de transporte viral, que pode ser solicitada ao INSA, pode ser utilizada zaragatoa seca estéril (com cabo de madeira, plástico ou metal), colocada em tubo estéril e coberta com soro fisiológico esterilizado (até tapar o algodão).

Urina (para deteção de ácido nucleico e/ou isolamento viral)

3 a 5 ml de urina de acordo com os procedimentos para a colheita de urina em condições de assépsia

Sangue (para deteção de anticorpos IgG e IgM)

Adulto: 5ml de sangue em tubo sem anticoagulante

Criança: 1ml de sangue em tubo sem anticoagulante

Aquando da primeira colheita de sangue, deve ser planeada a possibilidade de uma segunda colheita, pelo menos 10 dias depois da primeira, para comprovar a seroconversão, se considerado necessário (decisão do Laboratório de Referência - INSA).

ix. Conservação

- Os produtos (exceto o sangue) devem ser conservados à temperatura de 4 a 8°C inclusive durante o transporte que deverá ser assegurado o mais brevemente possível (máximo de 24 horas)
- O sangue deve ser mantido à temperatura ambiente até ser centrifugado para separação do soro. O soro deve ser conservado à temperatura de 4 a 8°C tal como os restantes



produtos biológicos.

x. Acondicionamento e envio

- Após a colheita, os tubos devem ser bem vedados e, após envolver a rolha com *parafilm*, devem ser desinfetados exteriormente com solução de hipoclorito a 0,5%;
- O Formulário a enviar ao INSA com os produtos biológicos para o diagnóstico laboratorial de casos de sarampo deve ser sempre preenchido;
- Não é necessário termo de responsabilidade.

D. PERFIL SEROLÓGICO DA INFEÇÃO POR SARAMPO

i. Perfil serológico da infeção pelo vírus selvagem do sarampo em não vacinados

- Os anticorpos IgM para o vírus do sarampo surgem, habitualmente, nos primeiros dias de exantema (1-4 dias), com um pico ao fim da 1ª semana após o aparecimento do exantema e diminuem, progressivamente, durante 6 a 8 semanas.
- Um resultado de anticorpos IgM- em colheita efetuada nas primeiras 72 horas após o aparecimento do exantema deve ser confirmado 72 horas depois, para excluir um resultado falso negativo.
- Os anticorpos IgG são detetáveis alguns dias após o aparecimento dos anticorpos IgM, geralmente 7 a 10 dias depois do aparecimento do exantema. Os anticorpos IgG sobem progressivamente durante as duas semanas após o aparecimento do exantema e persistem durante toda a vida.
- Nos casos de anticorpos IgM+ e IgG+ na fase aguda, uma segunda amostra, colhida 10 ou mais dias após a primeira, deverá revelar, nos casos de sarampo, uma subida significativa dos anticorpos IgG.
- Nos casos de anticorpos IgM+ e IgG- na fase aguda da doença, uma segunda amostra, colhida 10 ou mais dias após a primeira, deverá revelar subida dos anticorpos IgG. Se não se verificar esta subida, o resultado de anticorpos IgM+ terá sido um falso positivo e o diagnóstico pode ser descartado.

ii. Perfil serológico após vacinação

- resposta serológica após vacinação (vírus atenuado) é mais lenta. Os anticorpos IgM podem não ser detetáveis até 8 a 14 dias após a vacinação e os anticorpos IgG podem não ser detetáveis até às 3 semanas após a vacinação.
- Em caso de suspeita de sarampo em pessoa que tenha sido vacinada nos 6-45 dias antes da colheita para serologia, nem os anticorpos IgM nem os IgG permitem distinguir uma infeção pelo vírus selvagem de uma resposta à vacinação. Estes casos podem ocorrer nas situações de vacinação pós-exposição e só a genotipagem do vírus permitirá o diagnóstico definitivo.

iii. Perfil serológico da infeção pelo vírus selvagem em vacinados



- Frequentemente há uma resposta de anticorpos IgM muito atenuada e transitória, pelo que uma resposta com IgM- não exclui o diagnóstico de sarampo. A PCR é o melhor método para a confirmação destes casos.

E. RECOMENDAÇÕES EM SITUAÇÃO DE PÓS-EXPOSIÇÃO

O sarampo foi considerado eliminado em Portugal, pelo que um caso de sarampo é uma emergência de saúde pública de âmbito nacional que requiere uma avaliação e resposta rápidas. Devem ser feitos todos os esforços na prevenção de casos secundários, de modo a evitar o restabelecimento da transmissão endémica da doença. Definição de Contacto – qualquer pessoa que tenha partilhado o mesmo espaço por qualquer período de tempo ou que tenha estado na mesma sala de espera ou no mesmo consultório nos 30 minutos após a saída de um doente em fase de contágio.

A identificação dos contactos deve começar aquando do diagnóstico clínico e ser realizada pelos profissionais presentes, em colaboração com o PPCIRA e o Serviço de Saúde Ocupacional, de modo a que as medidas de controlo sejam implementadas rápida e atempadamente.

A investigação tem por objetivo identificar a fonte provável da infeção e avaliar o potencial para a transmissão da doença, com identificação dos contactos desde os 4 dias antes até aos 4 dias após o aparecimento do exantema bem como selecionar os suscetíveis, principalmente os que estão em maior risco de complicações: lactentes não vacinados, imunocomprometidos e grávidas.

Neste sentido, é fundamental a investigação no contexto domiciliário e dos contactos próximos, nos serviços de saúde, nas escolas, nos infantários e noutras instituições de educação e de reabilitação.

No contexto de pós-exposição considera-se protegida (presunção de imunidade) qualquer pessoa não imunocomprometida com:

- i. História credível de sarampo;
- ii. Registo de duas doses de vacina após os 12 meses de idade, administradas com um intervalo mínimo de 4 semanas;
- iii. Evidência laboratorial de imunidade (anticorpos IgG para o sarampo).

Vacinação pós-exposição

Tem por objetivo garantir a proteção individual dos contactos suscetíveis e interromper cadeias de transmissão.

A vacinação pós-exposição é sempre urgente, sendo mais eficaz na prevenção de casos secundários se administrada até às 72 horas após a exposição. Mesmo que não previna a doença, esta tem habitualmente um curso mais benigno.

A administração da vacina para além das 72 horas após a exposição:

- i. Não evita o sarampo conseqüente à atual exposição, se já tiver havido contágio;
- ii. Confere imunidade para uma futura exposição, aos contactos que não foram contagiados;
- iii. Tem efeito benéfico em termos de saúde pública na prevenção de casos terciários.



Em situação de pós-exposição avalia-se o estado vacinal do contacto. No quadro seguinte apresenta-se o número de doses considerado adequado para conferir proteção, independentemente da idade de administração (com exceção das doses administradas antes dos 12 meses de idade).

Vacinar apenas pessoas sem história credível de sarampo e que não tenham o número de doses recomendadas no quadro seguinte.

Idade/condição	Doses requeridas de VASPR ¹
≥6 Meses e <12 meses	1 dose ² Considerada dose "zero", devendo ser administrada a VASPR 1 aos 12 meses de idade
≥12 Meses e <18 anos de idade	2 doses Antecipar a VASPR 2, se necessário
≥18 Anos e nascidos ≥1970 ³	2 doses (ou 1 dose, se apenas em pós-exposição)
≥18 Anos e nascidos <1970 ³	1 dose
Profissionais de saúde	2 doses
Infeção VIH sem imunodepressão grave ^{4,5}	Vacinação de acordo com a idade, dose/doses anteriormente administradas e ano de nascimento
Outras: asplenia ⁴ , défice de fatores de complemento ⁴ , doença renal/hepática crónica, diabetes <i>mellitus</i> .	Vacinação de acordo com a idade, dose/doses anteriormente administradas e ano de nascimento

¹ Intervalo ≥4 semanas entre doses

² Por indicação expressa da Direção Regional da Saúde, da Autoridade de Saúde Concelhia ou prescrição do médico assistente

³ De acordo com os dados do Inquérito Serológico Nacional 2015/2016

⁴ Nestas condições a vacina apenas é administrada por prescrição médica

⁵ Considera-se sem imunodepressão grave quando: ≥6 anos de idade - CD4 ≥200/μl, durante >6 meses; 1-5 anos de idade - CD4 ≥500/μl e ≥15% dos linfócitos T, durante >6 meses



Imunização passiva com imunoglobulina humana em situação de pós-exposição

A imunoglobulina humana:

- i. Pode ser utilizada, por prescrição médica para prevenir ou mitigar o sarampo numa pessoa suscetível, quando administrada nos 6 dias após exposição.
- ii. Não deve ser utilizada com o objetivo de controlar surtos mas sim de reduzir o risco de infeção nas pessoas com maior risco de complicações.
- iii. Nem sempre previne o sarampo mas parece diminuir a gravidade da doença.
- iv. Aumenta o período de incubação para 21 dias. Os contactos intra-hospitalares, que receberam imunoglobulina e se mantêm internados, devem ser isolados do dia 10 ao dia 21 após a administração da imunoglobulina.
- v. A administração de imunoglobulina pode diminuir a eficácia das vacinas de vírus vivos atenuados tais como a vacina contra o sarampo, pelo que se deve respeitar um intervalo de 6 meses entre a administração da imunoglobulina e uma futura administração da VASPR.
- vi. No caso da vacina VASPR ser administrada antes deste intervalo recomenda-se a realização de serologia pós-vacinal para aferir a imunidade contra o sarampo.

Recomendam-se os seguintes produtos e respetivas doses:

Tipo de imunoglobulina e respetivas doses:

Imunoglobulina humana endovenosa	150mg/Kg por via EV
Formulação de Imunoglobulina subcutânea Gammanorm®	0.6mL/Kg por via IM (na dose máxima de 15mL ou 5 mL em <12 meses)

São consideradas elegíveis para a administração de imunoglobulina, até 6 dias após exposição, as situações consideradas no quadro seguinte.

Indicações para a administração de imunoglobulina em pós-exposição

Nos 6 dias após a exposição, nas situações em que a VASPR está contraindicada e existe risco de complicações	- Crianças de idade <6 meses, incluindo recém-nascidos - Grávidas - Infeção VIH com imunodepressão grave ¹⁰ - Imunossupressão grave ¹¹
Nos 6 dias após a exposição, em situações de maior risco de complicações quando já foi ultrapassado o tempo recomendado (72 horas) para a administração de vacina (quando aplicável)	- Crianças de idade entre os 6 meses e os 12 meses sem vacina - Infeção VIH sem imunodepressão grave* - Outras: asplenia, défice de fatores de complemento, doença renal/hepática crónica, diabetes <i>mellitus</i> .

*Considera-se sem imunodepressão grave quando: ≥6 anos de idade - CD4 ≥200/μl, durante >6 meses; 1-5 anos de idade - CD4 ≥500/μl e ≥15% dos linfócitos T, durante >6 meses

¹⁰ Considera-se imunodepressão grave quando: ≥6 anos de idade - CD4 <200/μl; 1-5 anos de idade - CD4 <500/μl e <15% dos linfócitos T.

¹¹ É considerada imunossupressão grave não farmacológica: leucemia/linfoma ativo; neoplasia metastizada; anemia aplásica; doença do enxerto-vs-hospedeiro; certas imunodeficiências congénitas; cancro sob quimioterapia/radioterapia ou cujo último ciclo de quimioterapia terminou <3 meses; doentes com história de transplante de medula óssea há < 2 anos.
É considerada imunossupressão grave farmacológica: corticoterapia equivalente a >2mg/kg/dia (se <10Kg) ou >20mg/dia de prednisolona por mais de 2 semanas; doentes sob efeito de agentes alquilantes (ciclosporina), antimetabolitos (azatioprina, 6-mercaptopurina), imunossuppressores relacionados com a transplantação, quimioterápicos (exceto tamoxifeno), agentes anti-TNF ou outros agentes biológicos. A administração de VASPR pode ser ponderada se a suspensão de corticoterapia tiver ocorrido há >1 mês, quimioterápicos há >3 meses, ou se a última toma de agente biológico ocorreu há >6 meses.



Profilaxia pós exposição – grávidas e recém-nascidos

- i. O sarampo durante a gravidez está associado a aborto espontâneo, prematuridade e complicações maternas.
- ii. Se contraído no final da gravidez pode levar a infeção perinatal que tem uma elevada letalidade e parece estar associada a um maior risco de panencefalite esclerosante subaguda.
- iii. Não parece haver associação entre a infeção e malformações congénitas.

As medidas para identificar as mulheres suscetíveis incluem a avaliação da história vacinal em função da idade e/ou a serologia.

- Grávidas imunocompetentes

Se possível, exequível e rápido, determinar no hospital a que a grávida recorre, a serologia para o sarampo antes da administração de imunoglobulina. Farão imunoglobulina as grávidas que não apresentem anticorpos IgG para o sarampo.

Se não for possível efetuar serologia ou os resultados não estiverem disponíveis em menos de 72 horas, administrar a imunoglobulina às grávidas que não tenham duas doses de vacina, com intervalo mínimo de quatro semanas entre as doses.

- Grávidas imunocomprometidas

O resultado da serologia em mulheres imunocomprometidas não deve guiar as decisões, uma vez que nem a vacinação prévia, nem provavelmente a infeção prévia garantem imunidade para o sarampo.

Deve ser sempre administrada a imunoglobulina.

- Recém-nascidos

Os recém-nascidos de mães que desenvolvem sarampo no pós-parto imediato devem ser isolados e receber imunoglobulina.

Recusa da vacinação em situação de pós-exposição

Em infantários, escolas e outras instituições educacionais, perante a recusa da vacinação em pós-exposição, quando esta é recomendada, deve aconselhar-se o afastamento temporário da instituição durante 21 dias após o contacto.

Autovigilância dos contactos

Os contactos devem ser informados sobre a doença e aconselhados a avaliação médica se iniciarem sinais ou sintomas sugestivos de sarampo (contacto com a Linha Saúde Açores (808 24 60 24) ou com o médico assistente). Esta medida aplica-se a todos os contactos, incluindo os previamente vacinados, com história de doença e/ou que tenham feito profilaxia pós-exposição.



Aquisição de vacinas e imunoglobulina

1. A utilização de Imunoglobulina humana prescrita para profilaxia pós-exposição para contactos previstos na nesta Norma está condicionada à sua disponibilidade;
2. A imunoglobulina está disponível em farmácias hospitalares do SRS;
3. O acesso àquele medicamento, que não deve ser adiado, terá de ser acordado diretamente entre os diretores das farmácias do estabelecimento que não dispõe da Imunoglobulina e a farmácia de um dos outros hospitais da RAA, preferencialmente o mais próximo, a fim de se encontrar uma resposta de forma mais expedita;
4. No final de cada semana, as farmácias e os respetivos conselhos de administração acertam contas, sem bloqueios de carácter administrativo;
5. Já em relação à disponibilidade de vacinas, a administrar de acordo com esta Norma, a obtenção da VASPR terá de ser acordada entre o estabelecimento hospitalar requerente e a farmácia da USI da área geográfica. Poderão ocorrer situações em que seja necessário recorrer a uma USI de outra ilha. Em caso de dúvida contactar sres-drs@azores.gov.pt.

F. PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O PPCIRA e o Serviço de Saúde Ocupacional de cada unidade de saúde são responsáveis pela verificação do estado vacinal dos profissionais de saúde.

A vacinação dos profissionais de saúde, pelo risco potencial de contacto com casos importados, está incluída nas principais estratégias para consolidar a eliminação do sarampo em Portugal, tornando-se ainda mais premente quando ocorrem casos esporádicos ou surtos de sarampo.

É fundamental garantir a proteção adequada dos profissionais de saúde contra esta doença altamente contagiosa e evitar a existência de cadeias de transmissão em serviços de saúde e o contágio subsequente em pessoas com maior risco de complicações.

Por esse motivo, para os profissionais de saúde, e ao contrário da população em geral, não existem critérios de vacinação baseados na idade (adultos, nascidos antes ou depois de 1970).

Todos os profissionais de saúde sem história credível de sarampo, independentemente da idade, devem estar vacinados com duas doses (VAS/VASPR), com intervalo mínimo de quatro semanas entre as doses.

A vacinação é contraindicada na gravidez. As profissionais em idade fértil devem evitar a gravidez até um mês depois da administração da VASPR.



O Quadro seguinte apresenta os procedimentos a adotar na vacinação VASPR em profissionais de saúde sem registo de vacinação, não vacinados corretamente (VAS/VASPR) e sem história credível de sarampo.

Vacinação dos profissionais de saúde - vacina VASPR

Estado vacinal	Procedimento
Sem registo de vacina (VAS ou VASPR) e sem história credível de sarampo	Esquema de 2 doses (0, 4 semanas)
Registo de apenas uma dose de vacina (VAS ou VASPR)	Segunda dose de VASPR o mais rapidamente possível (intervalo mínimo de 4 semanas entre a 1ª e 2ª dose)
Registo de duas doses (VAS ou VASPR)	Não necessita de nenhum reforço

Vacinação em pré-exposição

Os profissionais vacinados no âmbito das atividades da atualização do estado vacinal não necessitam de restrições à sua atividade após a vacinação.

A determinação de anticorpos para o sarampo (serologia pré-vacinal) não é necessária para tomar a decisão de vacinar. No entanto, a determinação dos anticorpos contra o sarampo (IgG) pode comprovar a existência de imunidade contra a doença, não sendo necessária a administração de mais doses de vacina, o que deve ficar registado.

Vacinação em pós-exposição

Todos os esforços devem ser feitos para completar a vacinação nas 72 horas após a exposição.

Aos profissionais com contra-indicação para a vacinação deve ser administrada a imunoglobulina de acordo com o descrito anteriormente.

Devem comunicar ao Serviço de Saúde Ocupacional o eventual aparecimento de sinais e sintomas da doença.



FUNDAMENTAÇÃO

Epidemiologia

- A. A ocorrência de surtos de sarampo, desde 2016, em vários países europeus coloca Portugal em elevado risco de importação de casos da doença, existindo um maior risco de pessoas não protegidas adquirirem sarampo através do contacto com doentes ou com pessoas em período de contágio.
- B. O sarampo é uma das doenças infecciosas mais contagiosas, podendo evoluir gravemente. A vacinação é a principal medida de prevenção contra esta doença e é gratuita.
- C. Os profissionais de saúde devem estar alerta para o diagnóstico precoce de sarampo, para o início imediato da investigação epidemiológica perante um caso e implementação das medidas de prevenção e controlo.
- D. Todas as situações de diagnóstico possível e provável de sarampo devem ser:
 - i. Investigadas de imediato através do envio de amostras biológicas ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge;
 - ii. Notificadas no SINAVE;
 - iii. Submetidas a investigação epidemiológica imediata.

