



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

Coordenação de Imunização e Vigilância de Doenças Imunopreveníveis

PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VARICELA

2015

PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA VARICELA

Introdução

A varicela é uma doença habitualmente benigna na infância, embora esteja associada a complicações. Em recém-nascidos prematuros ou não e em determinadas circunstâncias, gestantes, adolescentes e adultos, podem ter evolução grave. A infecção materna no primeiro ou no segundo trimestre de gestação pode resultar em embriopatia. Entretanto, o maior risco da varicela é quando ela acomete pacientes imunocomprometidos, podendo atingir inclusive o sistema nervoso central. A infecção primária produz a doença. Depois, o agente infeccioso pode permanecer latente nos gânglios nervosos próximos a medula espinhal e a sua reativação causa o herpes-zoster que ocorre por debilidade do sistema imunológico.

O vírus varicella zoster é responsável por duas doenças distintas: herpes zoster (cobreiro ou zona) e catapora. Quem já teve catapora uma vez não a tem novamente, mesmo que entre em contato com outras pessoas contaminadas. A pessoa mantém o vírus latente, não apresentando nenhum sintoma, nem sendo capaz de transmitir o vírus para outros.

Até 20% dos pacientes com história de catapora na infância vão apresentar pelo menos um episódio de herpes-zóster, geralmente após os 50 anos. Entre os pacientes com mais de 85 anos essa taxa sobe para mais de 50%.

Descrição

Varicela

Infecção viral, aguda, altamente contagiosa, caracterizada por surgimento de exantema de aspecto máculo-papular de distribuição centrípeta que após algumas horas adquire o aspecto vesicular evoluindo rapidamente para pústulas e depois para crosta em 3 a 4 dias. Pode ocorrer febre moderada e sintomas sistêmicos.

A principal característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas que se apresentam nas diversas formas evolutivas, acompanhadas de prurido.

Herpes-zóster

Decorre da reativação do vírus da varicela, que permanece latente, ocorrendo na idade adulta em pessoas com comprometimento imunológico, portadores de doenças crônicas, neoplasias, Aids e outras.

Sinonímia

Varicela: catapora

Agente Etiológico:

Vírus varicela – zoster (VVZ), vírus RNA, família Herpetoviridae.

Reservatório

O homem

Modo de Transmissão:

Pessoa a pessoa, através do contato direto ou através das secreções respiratórias e, raramente contato com lesões; indiretamente através de objetos contaminados com secreções de vesículas e membranas mucosas de pacientes infectados.

O ser humano é o único hospedeiro natural do vírus varicela-zoster. A infecção em geral, ocorre através da mucosa do trato respiratório superior (porta de entrada). A transmissão do vírus ocorre, principalmente, pela secreção respiratória (gotículas de saliva, espirro, tosse) de um indivíduo infectado ou pelo contato direto com o líquido das vesículas. Mais raramente, a transmissão se dá forma indireta, pelo contato com objetos recém-contaminados com secreção das vesículas.

Período de Incubação:

Entre 14 a 16 dias, podendo variar de 10 a 21 dias após o contato. Pode ser mais curto em pessoas imunodeprimidas e mais longo após imunização passiva.

Período de Transmissibilidade:

Varia de 1 a 2 dias antes do exantema e termina quando todas as lesões estiverem em fase de crosta. Enquanto houver vesícula a infecção é possível por via respiratória. O período de maior risco de transmissão começa 48 horas antes do aparecimento das vesículas e vai até a formação de crostas em todas as lesões. Em crianças previamente saudáveis este período é de geralmente 6 a 8 dias (4 a 6 dias após o surgimento das lesões na pele), porém pode ser mais prolongado (até meses) em indivíduos com imunodeficiência, perdurando por todo o período de surgimento de novas lesões (vesículas).

Suscetibilidade e imunidade

A suscetibilidade é universal.

A infecção confere imunidade permanente, raramente ocorre um segundo episódio de varicela.

A imunidade passiva transferida para o feto pela mãe que já teve varicela, ocorre em até 4 a 6 meses de vida.

O Ministério da Saúde estima que existem cerca de 3.000.000 casos de varicela ao ano. Entre os anos de 2008 a 2012, a taxa de internação variou de 2,3 a 5,2/100.000hab. As regiões onde ocorreram maiores incidências no período foram a Centro-Oeste e a Norte

Manifestações Clínicas

Varicela

- ✓ **Período prodrômico** – caracteriza-se com febre baixa, cefaleia, anorexia e vômito, podendo durar de horas até 3 dias. Na infância o primeiro sinal é o exantema. Em crianças imunocompetentes, a doença é geralmente benigna, com início repentino, apresentando febre moderada, sintomas inespecíficos e erupção cutânea pápulo-vesicular na face, couro cabeludo ou tronco (distribuição centrípeta).
- ✓ **Período exantemático** – as lesões apresentam máculas que evoluem para pápulas, vesículas, pústulas e crostas. Tendem a surgir em partes cobertas do corpo (couro cabeludo, axilas, mucosas da boca e das vias aéreas superiores).

Nos adultos, a doença cursa de modo mais grave, apesar de menos frequente (3% dos casos); a febre é mais alta e prolongada e as complicações mais comuns podem levar a óbito, principalmente devido à pneumonia primária.

A doença está associada à síndrome de Reye (vômitos, irritabilidade, nível de consciência reduzido, edema cerebral, comprometimento hepático), que ocorre em crianças e adolescentes que fazem uso de AAS durante a fase aguda.

Complicações:

- ✓ Infecção secundária da pele.
- ✓ Encefalite ou meningite e glomerulonefrite.
- ✓ Síndrome de Reye (caracterizado por quadro neurológico de rápida progressão e disfunção hepática, associado ao uso de AAS principalmente em crianças).

- ✓ Síndrome da varicela congênita (taxa de ataque no primeiro trimestre da gravidez é de 1,2%; quando a infecção ocorrer entre 13^a e 20^a semanas de gestação é de 2%).

A maioria da população de adultos em áreas urbanas é imune (geralmente mais de 90% nos grandes centros), uma vez que teve a doença na infância. A ocorrência de varicela, no entanto, tende a ser menor em áreas rurais, resultando numa maior proporção de adultos que não tiveram a doença na infância (susceptíveis), sendo particularmente preocupante a possibilidade de que estes indivíduos adquiram a doença (com maior risco de formas graves nesta faixa etária) ao migrarem ou viajarem para áreas urbanas.

Varicela e gravidez

A varicela em gestantes no 1º e 2º trimestre pode resultar em embriopatia. Gestantes não imunes, que tiveram contato com casos de varicela e herpes-zóster, devem receber a imunoglobulina humana contra o vírus.

Vigilância Epidemiológica da Varicela

Objetivos

- ✓ Avaliar o impacto da vacinação antivariçela-zóster no país sobre a morbimortalidade por varicela;
- ✓ Conhecer a incidência de casos graves de varicela no país;
- ✓ Conhecer a mortalidade por varicela no país;
- ✓ Conhecer os padrões de ocorrência da doença (sazonalidade e distribuição por faixa etária);
- ✓ Estabelecer medidas de controle frente a situações de surtos e grupos populacionais de alto risco para complicações e morte.

Definição de casos de varicela

Suspeito

Varicela

Paciente com quadro de febre moderada, de início súbito, que dura de dois a três dias e sintomas generalizados inespecíficos (mal estar, adinamia, anorexia, cefaléia e

outros) e erupção cutânea papular – vesicular que se inicia na face, couro cabeludo ou tronco.

Varicela grave

Paciente com febre alta (maior que 38°C) e lesões cutâneas polimorfas (pápulas, vesículas, pústulas, crostas) que tenha sido hospitalizado ou evoluiu com complicações ou óbito e pertença a um dos seguintes grupos: recém-nascidos, adolescentes, adultos, pacientes imunodeprimidos e gestantes.

Contatos significativos com varicela

- ✓ Contato domiciliar contínuo;
- ✓ Permanência junto com o doente durante pelo menos uma hora em ambiente fechado;
- ✓ Contato hospitalar: pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenham mantido com ele contato direto prolongado: auxiliares ou técnicos de enfermagem.

Contato significativo com caso de herpes zoster

Quando houver contato físico (por exemplo, abraços) entre o doente e o suscetível. O paciente com herpes-zóster ativo é contagioso apenas para as pessoas que nunca tiveram varicela. Quem nunca teve catapora, se entrar em contato com pacientes com herpes-zóster, irá desenvolver a doença.

O herpes-zóster surge quando há uma queda nas defesas imunológicas. Entre os fatores de risco podemos citar: idade acima de 50 anos, estresse físico ou psicológico, privação do sono, diabetes mellitus, câncer, quimioterapia, doenças crônicas, uso de drogas imunossupressoras, HIV / Aids

A vacina contra o vírus varicela-zoster previne não só a catapora como também o herpes-zóster.

Caso Confirmado:

Varicela

Paciente com quadro infeccioso agudo, de início súbito, que apresenta exantema maculopapular vesicular difuso, cujas vesículas evoluem para crostas, em 2 a 3 dias, sem outra causa aparente, com ou sem confirmação laboratorial.

Varicela grave

Caso que atenda a definição de caso suspeito de varicela grave e que necessite ser hospitalizado ou tenha evoluído para óbito.

Descartado

Caso suspeito de varicela não grave, cuja avaliação clínico-epidemiológica conclua como sendo outra doença;.

Caso suspeito de varicela grave, com diagnóstico laboratorial negativo para varicela ou confirmado como outra doença.

Definição de surto

Surtos de varicela

Considera-se como surto de varicela a ocorrência de um número de casos acima do limite esperado, com base nos anos anteriores, ou casos agregados em instituições, creches, escolas e hospitais pediátricos.

Surtos de varicela em ambiente hospitalar

A ocorrência de um único caso confirmado de varicela. E o contato para varicela em ambiente hospitalar é caracterizado pela associação do indivíduo com uma pessoa infectada de forma íntima e prolongada, por período igual ou superior à uma hora, tendo criando assim a possibilidade de contrair a infecção.

Surtos de varicela em ambiente de creche

A ocorrência de um único caso confirmado de varicela em crianças ou profissionais que mantém contato direto com a comunidade escolar.

Notificação de surtos

Somente os casos graves, surto ou óbito devem ser notificados e registrados através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da Ficha de Notificação Individual ou Ficha de Investigação de Surto.

Medidas de controle

- ✓ Assistência médica ao paciente.

- ✓ Tratamento sintomático em nível ambulatorial;
- ✓ Hospitalização imediata dos pacientes com varicela grave ou zoster disseminado, em regime de isolamento.
- ✓ Objetivo: fazer isolamento do caso visando impedir a disseminação da doença.
- ✓ Contato hospitalar, pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenham mantido com ele contato direto prolongado.

Proteção da população

- ✓ Afastar os acometidos das atividades desenvolvidas na escola, creche, trabalho, etc., por um período de 10 dias, contados a partir da data de aparecimento do exantema, até que todas as lesões tenham evoluído para crosta.
- ✓ Vacinar os indivíduos sob risco de desenvolver formas graves, de acordo com as orientações pertinentes a imunização;
- ✓ Monitorar o aparecimento de novos casos.

Investigação

Somente os casos graves devem ser investigados

Recomendações para a investigação

- ✓ Coletar dados clínicos e epidemiológicos;
- ✓ Consultar o prontuário e entrevistar o médico assistente para completar as informações clínicas sobre o paciente. Estas informações servirão para definir se o quadro apresentado é compatível com a varicela grave. Fazer cópia da anamnese, exame físico e da evolução do doente;
- ✓ Verificar se o paciente foi vacinado previamente contra a varicela, se entrou em contato com casos de varicela ou herpes-zóster ou se já teve varicela em algum momento de sua vida;
- ✓ Registrar a data vacinação;
- ✓ Acompanhar a evolução dos pacientes e os resultados dos exames laboratoriais específicos;

- ✓ Verificar na residência, a ocorrência de outros casos. Investigar minuciosamente, deslocamento do caso, de familiares e/ou de amigos que antecederam 10 dias do início do exantema, inclusive os de curta duração, para identificar a ocorrência de outros casos.

Medidas de prevenção

Vacinação

As vacinas varicela são de vírus vivos atenuados, provenientes da cepa Oka. Cada dose da vacina deve conter, no mínimo, 1.350 unidades formadoras de placas (UFP) do vírus varicela zoster (VVZ) atenuado. As vacinas varicela podem conter gelatinas e traços de antibióticos, como neomicina, kanamicina e eritromicina.

A vacina varicela esta licenciada no Brasil na apresentação monovalente ou a vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola, varicela).

A imunoglobulina humana antivariçela-zoster (IGHAVZ) e obtida de plasma humano contendo títulos altos de IgG contra o vírus da varicela; contem de 10% a 18% de globulina e timerosal como conservante. Geralmente as apresentações contem 125 unidades por frasco, com o volume variando de 1,25 mL a 2,5 mL; observar as orientações do fabricante a cada nova partida do produto.

Dose, via de administração e conservação

A vacina varicela e recomendada a partir dos 12 meses de idade. Na profilaxia pós-exposição, ela pode ser utilizada a partir de 9 meses de idade. A dose da vacina (VZ) e, geralmente, de 0,5 mL, devendo ser aplicada por via subcutânea.

A dose de IGHAVZ e de 125 U para cada 10 kg de peso corporal, dose mínima de 125 U e máxima de 625 U, devendo ser aplicada por via intramuscular.

Ambas, VZ e IGHAVZ devem ser conservadas entre +2°C e +8°C.

Os prazos de validade são indicados pelos fabricantes e devem ser rigorosamente respeitados.

Esquemas

Vacina

- ✓ Crianças imunocompetentes suscetíveis com idade entre 1-12 anos em convívio domiciliar com indivíduos imunodeprimidos: duas doses de 0,5 mL por via subcutânea, com intervalo mínimo de três meses entre as doses.
- ✓ Crianças imunocompetentes, que tem indicação de vacina durante a profilaxia de surto hospitalar de varicela, devem receber apenas uma dose da vacina.
- ✓ Pessoas imunocompetentes suscetíveis com 13 anos de idade ou mais: duas doses de 0,5 mL por via subcutânea, com intervalo de 4 a 8 semanas entre as doses.
- ✓ Pessoas imunodeprimidas em qualquer idade: duas doses de 0,5 mL por via subcutânea com intervalo de três meses entre as doses, desde que as condições para a indicação da vacinação sejam atendidas.

A vacina varicela pode ser aplicada simultaneamente com outras vacinas do PNI ou com qualquer intervalo, com as exceções da tríplice viral (SCR) e da vacina febre amarela (FA), por serem vacinas de vírus vivos atenuados. Nesses casos, recomenda-se vacinação simultânea ou com intervalo de 30 dias.

A vacina tetraviral esta licenciada para crianças na faixa etária de 1 a 12 anos de idade.

IGHAVZ

Dose única de 125 UI para cada 10 kg de peso (a dose mínima e de 125 UI e a dose máxima de 625 UI), administrada nas primeiras 96 horas depois de ter ocorrido o contato.

Vacinação simultânea

Pode ser administrada simultaneamente com qualquer vacina do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde. No entanto, em relação às vacinas, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) e febre amarela, caso não seja administrada no mesmo dia, recomenda-se aguardar um intervalo de um mês.

Eventos adversos

Locais: sintomas locais como dor, hiperestesia ou rubor podem ocorrer em torno de 20% dos vacinados nas primeiras horas após a aplicação. Erupção leve semelhante a varicela pode surgir no local da aplicação de 8 a 19 dias após a vacinação em torno de 3,5% dos vacinados.

Sistêmicos: febre pode ocorrer em torno de 15% dos vacinados, até 40 dias depois da vacinação. Erupção variceliforme, com cinco lesões, em média, pode ocorrer de 5 a 26 dias após a vacinação. Encefalite, ataxia, eritema polimorfo e anafilaxia foram relatados raramente, assim como plaquetopenia.

Alérgicos: anafilaxia e rara.

IGHAVZ

Locais: eritema, endurecimento e dor de intensidade leve são comuns.

Sistêmicos: febre, sintomas gastrointestinais, mal-estar, cefaleia, exantema, ocasionalmente.

Alérgicos: anafilaxia e rara.

Indicações

Vacina

Vacinação pré-exposição em suscetíveis

1. Pessoas imunocompetentes de grupos especiais de risco (profissionais de saúde, cuidadores e familiares) suscetíveis à doença que estejam em convívio domiciliar ou hospitalar com pacientes imunodeprimidos.
2. Maiores de 1 ano de idade imunocompetentes e suscetíveis à doença, no momento da internação onde haja caso de varicela.
3. Candidatos a transplante de órgãos, suscetíveis à doença, até pelo menos três semanas antes do procedimento, desde que não estejam imunodeprimidos.
4. Nefropatias crônicas.
5. Síndrome nefrótica.
6. Doadores de órgãos sólidos e de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea).
7. Receptores de transplante de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea): para pacientes transplantados há 24 meses ou mais, sendo contraindicadas quando houver doença enxerto *versus* hospedeiro.
8. Crianças e adolescentes infectados pelo HIV suscetíveis à varicela nas categorias clínicas (CDC) N, A e B com CD4 >15%. Recomenda-se a vacinação de crianças expostas, mesmo já excluída a infecção pelo HIV, para prevenir a transmissão da varicela em contato domiciliar com imunodeprimidos.
9. Pacientes com deficiência isolada de imunidade humoral (com imunidade celular preservada).
10. Doenças dermatológicas graves, tais como: ictiose, epidermólise bolhosa, psoríase, dermatite atópica grave e outras semelhantes.

11. Uso crônico de ácido acetil salicílico (suspender uso por seis semanas após a vacinação).
12. Asplenia anatômica e funcional e doenças relacionadas.
13. Trissomias.

Pessoas em uso de corticoides podem ser imunizadas:

1. Se estiverem recebendo baixas doses (menor que 2 mg/kg de peso/dia até um máximo de 20 mg/dia de prednisona ou equivalente). O uso de corticosteroides por via inalatória, tópica ou intra-articular não contraindica a administração da vacina.
2. Se o corticoide tiver sido suspenso há pelo menos um mês, quando usado em doses superiores às referidas acima.

Vacinação pós-exposição:

1. A vacina é indicada para controle de surto em ambiente hospitalar, nos comunicantes suscetíveis imunocompetentes maiores de 9 meses de idade, até 120 horas (cinco dias) após o contato.

IGHAVZ

A sua utilização depende do atendimento de três condições, a saber: suscetibilidade, contato significativo e condição especial de risco, como definidas a seguir:

1. Que o comunicante seja suscetível, isto é:
 - a) Pessoas imunocompetentes e imunodeprimidos sem história bem definida da doença e/ou de vacinação anterior.
 - b) Pessoas com imunodepressão celular grave, independentemente de história anterior de varicela.
2. Que tenha havido contato significativo com o vírus varicela zoster, isto é:
 - a) Contato domiciliar contínuo: permanência com o doente durante pelo menos 1 hora em ambiente fechado.
 - b) Contato hospitalar: pessoas internadas no mesmo quarto do doente ou que tenham mantido com ele contato direto prolongado, de pelo menos 1 hora.
3. Que o suscetível seja pessoa com risco especial de varicela grave, isto é:
 - a) Crianças ou adultos imunodeprimidos.
 - b) Menores de 1 ano em contato hospitalar com VVZ.
 - c) Gestantes.
 - d) Recém-nascidos de mães nas quais o início da varicela ocorreu nos cinco últimos dias de gestação ou até 48 horas depois do parto.
 - e) Recém-nascidos prematuros, com 28 ou mais semanas de gestação, cuja mãe nunca teve varicela.

f) Recém-nascidos prematuros, com menos de 28 semanas de gestação (ou com menos de 1.000 g ao nascimento), independentemente de história materna de varicela.

Imunoprofilaxia em surtos

A vacina varicela para utilização em surtos está disponível apenas para bloqueio em ambiente hospitalar (segundo normas do PNI).

Solicitação de imunobiológicos

O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar ou o setor responsável deverá solicitar a vacina ou imunoglobulina à vigilância epidemiológica do município através de relatório contendo dados do caso índice: data de internação, início dos sinais e sintomas, idade e peso do paciente. Quanto aos comunicantes: nome, história anterior da doença, idade, peso, patologias como motivo da internação e outras diagnosticadas sobre o uso de corticóide (tempo e dosagem) e data do contato com o caso índice. Preencher formulário padronizado, com informações necessárias para liberação do imunobiológico.

Ambiente Hospitalar

- Vacina varicela para as pessoas imunocompetentes suscetíveis (pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde), até 120 horas após o contato com o caso índice (vacinação de bloqueio).
- Imunoglobulina humana varicela zoster para as crianças menores de 12 meses de idade, gestantes suscetíveis e imunocomprometidos, até 96 horas após o contato com o caso índice.

Obs.: Nas situações de controle de surto em hospitais, mesmo utilizando a vacina, é importante lembrar que existe a possibilidade de que um pequeno percentual de pessoas desenvolva a doença.

Medidas gerais

- ✓ Lavar as mãos antes e após o cuidado com o paciente infectante.
- ✓ Medidas específicas:
- ✓ Isolamento de contato e aerossóis: 2 dias antes do aparecimento de vesículas até 5 a 6 dias após. O recém-nascido não deve ser amamentado neste período sendo necessário à ordenha manual do leite para manter a produção do

mesmo. Amamentar após usar a Imunoglobulina no RN. A puérpera pode fazer uso da vacina varicela.

- ✓ Uso de máscaras com filtro (filtro respiratório- NIOSH/EUA - N95 - "*health care particulate respirator*") ou a PFF2; e uso de avental pelos profissionais de saúde que estejam cuidando do paciente portador de varicela.
- ✓ Após a alta do paciente, para proceder à limpeza e para a liberação do quarto do isolamento respiratório, aguardar pelo menos 2 horas mantendo portas e janelas abertas. Se houvesse filtro HEPA (sistema que faz a troca do ar em intervalos constantes, permitindo captar o contaminante no local onde é gerado e lançá-lo no meio externo após filtração com alta eficiência. Filtra 99,9% das impurezas do ar) seria 1 hora com janelas e portas fechadas.
- ✓ Desinfecção dos objetos contaminados.

As recomendações devem ser de acordo com a Portaria nº711 de 07 de março de 1996 e da Portaria nº 2743 de 19 de agosto de 1996 que normatiza Medidas de Biossegurança e Precauções de Isolamento e padroniza Produtos destinados à Limpeza, Descontaminação, Desinfecção Localizada de Superfícies, Desinfecção Localizada de Superfícies, Desinfecção e Esterilização Química de Artigos para uso na Rede Hospitalar Estadual.

Referências Bibliográficas:

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde - 1.ed. Brasília, 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – Brasília, 2014. Versão eletrônica.
3. Portaria Estadual nº 711 de 07 de Março de 2006 e Portaria nº 2743 de 19 de agosto de 1996(Normatiza Medidas de Biossegurança e Precauções de Isolamento e Padroniza Produtos Destinados à Limpeza, Descontaminação, Desinfecção Localizada de Superfícies, Desinfecção e Esterilização Química de Artigos para uso na Rede Hospitalar Estadual).

4. Protocolo elaborado por Teresa Maria de Souza, Suelena Costa Magalhães Gomes e Euma Fraga Marques (Grupo Técnico Vigilância Epidemiológica); Nilda Ivo Nunes (Grupo Técnico CRIE) e Maria de Fátima Sá Guirra (Coordenação de Imunização e Vigilância de Doenças Imunopreveníveis).

5. Protocolo revisado por Aldacy Matos de Andrade (Grupo Técnico de Doenças Exantemáticas/Civedi/Divep/Suvisa/Sesab).