

Vacina Contra - Sarampo

Sociedade Brasileira de Pediatria

Elaboração Final: 22 de Maio de 2008

Autoria: Bricks LF

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Levantamento bibliográfico MEDLINE, no período de janeiro/1990 a junho/2002, utilizando-se as palavras chaves measles e measles vaccine. Consulta às Normas dos Programas Nacionais de Imunizações Brasil de 2001 e EUA de 2002; Red Book – Academia Americana de Pediatria de 2000.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos ou séries de casos.
- D:** Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Orientar o médico generalista a prescrever vacina contra o sarampo.

COMPOSIÇÃO

As vacinas contra o sarampo contêm vírus vivos atenuados e, geralmente, contêm neomicina, sorbitol e gelatina hidrolisada¹(D).

As cepas mais utilizadas são as derivadas da cepa Edmonston e contêm vírus cultivados em células de embrião de galinha: cepa Schwarz (produzida na Europa), Moraten (única utilizada nos EUA), Connaught, AIK-C e Edmonston-Zagreb (Europa)²(D).

As cepas Leningrado (Rússia), CAM-70 e TD 97 (Japão) e Shangai (China) são derivadas de outras cepas do vírus selvagem do sarampo²(D).

As vacinas contra o sarampo estão disponíveis em apresentação monovalente ou combinada com as vacinas contra rubéola (dupla viral) ou caxumba e rubéola (tríplice viral)¹⁻⁴(D).

DOSE E VIA DE ADMINISTRAÇÃO

Cada dose corresponde a 0,5 ml e deve ser administrada por via subcutânea^{1,2}(D).

INDICAÇÃO E ESQUEMA DE APLICAÇÃO

No Programa Nacional de Imunizações, a vacina monovalente contra o sarampo é recomendada aos 9 meses e aos 15 meses, sendo que as crianças devem receber uma dose da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)⁴(D).

Desde novembro do ano 2000, há evidências de que a circulação do vírus selvagem do sarampo foi interrompida em nosso país. Devido à eliminação da circulação do vírus selvagem, até o final do ano 2002, todos os municípios deverão retirar a dose da vacina monovalente do sarampo do calendário vacinal, devendo aplicar a vacina tríplice viral aos 12 meses⁴(D).

Em janeiro de 2001 e em março de 2002, foram detectados apenas dois casos de sarampo importados do Japão, ambos no Estado de São Paulo⁴(D). Para impedir a reintrodução do sarampo no país, recomenda-se vacinar contra o sarampo todos os indivíduos da faixa etária de 1 a 39 anos, que se dirijam a países onde ainda há circulação do vírus selvagem (Alemanha, Inglaterra, Irlanda, Itália, Venezuela, Colômbia, Japão, Coreia do Sul, Filipinas, Paquistão, Haiti, República Dominicana, Quênia, Papua-Nova Guiné e Índia)⁴(D).

Pessoas que mantêm contato com indivíduos procedentes dessas regiões, como profissionais de turismo, motoristas de táxi, agentes da polícia federal e aeroviários também devem ser vacinados contra o sarampo⁴(D).

A vacina contra o sarampo (monovalente ou combinada) é recomendada para todos os indivíduos suscetíveis maiores de um ano, a menos que haja alguma contra-indicação¹(D).

Profissionais da área de saúde são considerados de alto risco para adquirir sarampo, devendo ser vacinados, a menos que tenham tido a doença, apresentem sorologia positiva ou tenham documento comprovando a vacinação contra sarampo¹⁻⁵(D).

Em situações de surto ou epidemia, a vacina contra o sarampo pode ser administrada a partir dos 6 meses de idade. Crianças que irão viajar para áreas onde está ocorrendo surto de sarampo devem receber a vacina a partir de 6 meses e devem ser revacinadas aos 12 meses¹⁻⁴(D).

Em diversos países recomenda-se uma segunda dose da vacina contra o sarampo para diminuir o número de indivíduos que não apresentam imunidade devido à falha primária (ausência de resposta à primeira dose); a segunda dose não é considerada dose de reforço^{1-3,5,6}(D)^{7,8,9}(B).

EFICÁCIA

A eficácia é superior a 95%. Os anticorpos surgem entre 12 e 15 dias após a vacinação e a proteção é de longa duração^{1-5,10}(D)^{7,11,12}(B).

CONTRA-INDICAÇÕES¹⁻⁴(D)

As vacinas contra o sarampo (monovalentes ou combinadas) não devem ser aplicadas para as pessoas:

- Com imunodeficiência congênita ou adquirida;
- História de reação de caráter anafilático à dose anterior;
- Gestantes;
- Pessoas que tiveram reação de caráter anafilático após uso de neomicina, ou ingestão de gelatina;
- Pessoas que receberam sangue ou derivados entre 3 meses e 11 meses antes da data da vacinação, dependendo do produto recebido¹⁻⁴(D).

PRECAUÇÕES¹⁻⁴(D)

- Após tratamento com imunossuppressores ou com corticóide em dose alta, adiar a vacinação por pelo menos um mês¹(D);
- Após uso prévio de imunoglobulina, sangue ou derivados: a possibilidade de neutralização do vírus vacinal pelos anticorpos presentes nesses produtos está diretamente

relacionada à dose de imunoglobulina do tipo IgG que eles contêm. Geralmente, adia-se a vacinação por 3 meses, porém se a dose de imunoglobulina for superior a 80mg/kg, a vacinação deverá ser adiada por 6 a 11 meses¹(D);

- Durante a evolução de doenças agudas graves, com ou sem febre, adiar a vacinação¹(D);
- Antecedente de púrpura, associada ou não à vacina contra o sarampo: indivíduos que tiveram plaquetopenia podem apresentar recorrência do quadro após vacinação contra sarampo (monovalente ou combinada), entretanto, não houve nenhum óbito associado à ocorrência de plaquetopenia após vacinação contra o sarampo, devendo-se avaliar os riscos de sangramento em comparação com os riscos da doença¹(D);
- Crianças vacinadas antes de um ano de idade devem receber duas doses adicionais da vacina: aos 12 meses e na idade pré-escolar¹(D);
- Crianças com antecedente pessoal ou familiar de convulsão apresentam maior risco para convulsão após vacina contra o sarampo, entretanto, o risco de convulsão associado à doença é muito mais elevado do que o associado à vacina¹(D);
- Indivíduos portadores do HIV assintomáticos ou com pequeno comprometimento da imunidade devem ser vacinados, sendo recomendadas duas doses da vacina contra o sarampo, com intervalo mínimo de um mês. Se já apresentarem sintomas da Aids com contagem baixa de linfócitos CD4, a vacina está contraindicada¹(D).

EVENTOS ADVERSOS

Após a primeira dose, de 5% a 15% dos vacinados apresentam febre alta ($T \geq 39,4^{\circ}\text{C}$) entre 7 e 12 dias após a vacinação, com duração de um a dois dias. Algumas crianças suscetíveis podem apresentar convulsão febril. Aproximadamente 5% dos vacinados apresentam exantema leve, 7 a 10 dias após a vacinação, que desaparece em dois dias. Estima-se que a ocorrência de púrpura seja de um em cada 30.000 vacinados com a vacina tríplice viral e as reações de caráter anafilático são raras (< 1 por milhão)¹⁻⁴(D) ⁸(B).

Apesar de alguns eventos adversos raros (encefalite, doença intestinal inflamatória crônica, síndrome de Guillain Barré e autismo) terem sido atribuídos à vacinação contra o sarampo, a ocorrência desses eventos após a vacinação não tem relação comprovada, sendo considerada casual e não causal¹⁻⁴(D) ¹³(B).

PROFILAXIA APÓS CONTATO

Geralmente, a profilaxia após contato é feita através da imunização passiva, com imunoglobulina humana normal. A imunoglobulina pode ser utilizada para prevenir ou atenuar a doença até seis dias após exposição ao sarampo, sendo recomendada para os contatos suscetíveis, particularmente, para crianças menores de um ano, gestantes e indivíduos que apresentam comprometimento da resposta imunológica¹⁻⁴(D).

A dose de imunoglobulina usualmente recomendada é de 0,25 mg/kg, por via intramuscular. Indivíduos imunocomprometidos devem receber o dobro da dose (0,5 ml/kg, por via

intramuscular). A imunoglobulina não é necessária se o indivíduo recebeu imunoglobulina intravenosa há menos de três semanas^{1-4,10}(D).

A vacina pode ser administrada até 72 horas após o contato com caso agudo de sarampo, sendo bastante efetiva para

prevenir a doença. Se a exposição não resultar em infecção, a vacina irá conferir proteção contra exposições subsequentes. Contatos domiciliares suscetíveis devem receber imunoglobulina, simultaneamente com a vacina, pois o contato geralmente ocorreu há mais de 72 horas¹(D).

REFERÊNCIAS

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. 2000 Red Book. 25ed, Elk Grove Village; 2000.
2. Reed SC, Markowitz LE, Katz SL. Measles vaccine. In: Plotkin AS, Orenstein WA, eds. Vaccines. 3rded, Philadelphia: WB Saunders Company; 1999. p. 222-266.
3. Watson JC, Hadler SC, Dykewicz CA, Reef S, Phillips L. Measles, mumps, and rubella – vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 1998; 47(RR-8):1-57.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Funasa. Vigilância Epidemiológica. Disponível no site <http://www.funasa.gov.br/epi/sarampo.htm>
5. De Quadros CA, Olive JM, Hersh BS, Strassburg MA, Henderson DA, Brandling-Bennett D, et al. Measles elimination in the Americas. Evolving strategies. JAMA 1996; 275:224-9.
6. Heinonen OP, Paunio M, Peltola H. Total elimination of measles in Finland. Ann Med 1998; 30:131-3.
7. Peltola H, Heinonen OP, Valle M, Paunio M, Virtanen M, Karanko V, et al. The elimination of indigenous measles, mumps, and rubella from Finland by a 12-year, two-dose vaccination program. N Engl J Med 1994; 331:1397-1402.
8. Peltola H, Heinonen OP. Frequency of true adverse reactions to measles-mumps-rubella vaccine. A double blind, placebo-controlled trial in twins. Lancet 1986; 1:939-42.
9. Thomas A, Xu D, Wooten K, Morrow B, Reed S. Timing and effectiveness of requirements for a second dose of measles vaccine. Pediatr Infect Dis J 1999; 18:266-70.
10. Atkinson WL, Pickering LK, Schwartz B, Weniger BG, Iskander JK, Watson JC, et al. General Recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP). MMWR CDC Surveill Summ 2002; 51(RR-2):1-35.
11. King GE, Markowitz LE, Patriarca PA, Dales LG. Clinical efficacy of measles vaccine during the 1990 measles epidemic. Pediatr Infect Dis J 1991; 10:883-8.
12. Guris D, McCreedy J, Watson JC, Atkinson WL, Heath JL, Bellini WJ, et al. Measles vaccine effectiveness and duration of vaccine-induced immunity in the absence of boosting from exposure to measles virus. Pediatr Infect Dis J 1996; 15:1082-6.
13. Taylor B, Miller E, Farrington CP, Petropoulos MC, Favot-Mayaud I, Li J, et al. Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. Lancet 1999; 353:2026-9.