

Linha Guia para o Manejo Clínico do Paciente com Influenza por Cepa Emergente Potencialmente Pandêmica

020

ESTABELECIDO EM
30/11/2006

ÚLTIMA REVISÃO EM
18/12/2009

**NOME DO TEMA **

Linha Guia para o Manejo Clínico do Paciente com Influenza por Cepa Emergente Potencialmente Pandêmica

**RESPONSÁVEIS* – UNIDADE **

Adriana C. M. Magalhães
Andréa Lucchesi
Júlia Maluf Lopes
Lucinéia Carvalhais

**COLABORADORES **

Ana Cláudia Morandi
Antônio Guimarães Filho
Regina Coeli Magalhães Rodrigues
Tânia Azevedo Anacleto

**AVALIADORES* **

Francisco Souza
Guilherme F. Garcia
Valda Franqueira Mendonça

*Profissionais da Secretaria Estadual da Saúde – SES e

*Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG.

VALIDAÇÃO INTERNA:

Profissionais de saúde da Vigilância Epidemiológica e atenção básica da SES, dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência dos municípios e dos hospitais-referência para atendimento aos pacientes infectados por cepa emergente de influenza em Minas Gerais.

VALIDAÇÃO EXTERNA:

Associação Mineira de Epidemiologia e Controle de Infecções, Sociedade Mineira de Infectologia, Sociedade Mineira de Pneumologia, Sociedade Mineira de Terapia Intensiva (proposta).

CONSIDERAÇÃO ESPECIAL

Esta diretriz difere conceitualmente dos demais Protocolos Clínicos da FHEMIG. A coordenação direta é da SES, que atua nos diversos níveis hierarquizados do Sistema Único de Saúde, constituindo assim uma Linha Guia, por não atuar em um único ponto da atenção.

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A influenza, emergente na Ásia, Europa e África, é uma doença com alta letalidade nos casos oficialmente confirmados. Por isso, é necessário o manejo clínico adequado, com uso precoce de antiviral;

O agente etiológico é potencialmente pandêmico, com grande capacidade de mutação, podendo a cepa de vírus aviário A/ H5N1 ser potencialmente pandêmica, caso adquira capacidade de transmissão sustentada entre humanos;

É necessário enfatizar utilização adequada de **equipamentos de proteção individual** (EPI) e isolamento respiratório para contenção da nova cepa, evitando contato do vírus emergente com cepas humanas circulantes;

A fase atual, fase de alerta pandêmico da **Organização Mundial de Saúde** (OMS), fase 3, é aquela na qual novo subtipo viral atinge a população humana, mas a transmissão pessoa a pessoa ainda é considerada rara;

É necessário conter novos casos para minimizar e retardar uma possível pandemia de influenza.

OBJETIVOS GERAIS

1. Definir uma “Diretriz Clínica” como “Linha Guia” de atendimento, desde a atenção básica à terciária, de forma segura e eficiente de pacientes suspeitos ou confirmados de infecção por novo subtipo viral de influenza altamente patogênico.
2. Otimizar o manejo clínico de forma a minimizar a letalidade e riscos de transmissão inter-humana, na fase de alerta pandêmico atual.

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO

(Fluxograma em APÊNDICE I)

Competência dos setores, responsabilidade e atribuições das equipes e profissionais nos diversos níveis do serviço de saúde.

A. ATENÇÃO BÁSICA

1. Divulgar amplamente aos profissionais das definições de caso suspeito e atualizações. (Proposta de cartilha baseada no APÊNDICE II);
2. Promover ações educativas para prevenção de transmissão de doenças respiratórias (medidas de contenção de gotículas, higienização de mãos);
3. Organizar fluxo de atendimento para pacientes adultos e pediátricos, minimizando risco de transmissão de doenças respiratórias;
4. Informar o encaminhamento de pacientes para hospitais-referência, de acordo com a infraestrutura disponível no Estado;
5. Promover o uso adequado de equipamentos de proteção individual durante atendimento;
6. Manter capacitação de todos profissionais.

B. TRANSPORTE SANITÁRIO

1. Elaborar e implementar rotina de transporte sanitário do caso suspeito de in-

2. Manter rotina de limpeza e desinfecção do veículo e equipamentos (APÊNDICE III);
3. Realizar transporte sanitário do local de detecção do caso ao hospital-referência indicado;
4. Garantir contato prévio com a unidade hospitalar para correta recepção do paciente;
5. Manter capacitação de todos profissionais.

C. ATENÇÃO HOSPITALAR

1. Garantir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar presente e atuante, conforme exigências da Portaria 2.616, de 12 de maio de 1998;
2. Dimensionar e capacitar equipe multi-profissional para atendimento ao caso suspeito de influenza de alta patogenicidade;
3. Divulgar, implementar e avaliar o protocolo de manejo clínico hospitalar do paciente com influenza por cepa emergente;
4. Adequar o funcionamento dos setores de acordo com as orientações da vigilância sanitária, para o atendimento dos casos suspeitos de influenza de alta patogenicidade;
5. Estabelecer rotinas, orientações e procedimentos específicos para área de isolamento acessível a todos os profissionais, de acordo com as diretrizes do plano brasileiro e estadual de preparação para uma pandemia de influenza.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO //////////////////////////////////////

1. Equipe capacitada, imunizada para influenza sazonal, responsável por atendimento exclusivo dos pacientes em isolamento respiratório e composta, no mínimo, por: médicos intensivistas de adultos e pacientes pediátricos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, assistente social, profissionais de higiene e limpeza; suporte de infectologista e/ou pneumologista de referência;
2. Outras especialidades de suporte: cirurgia geral, vascular, nefrologia, suporte diagnóstico com métodos de imagem e laboratório capacitado para exames hematológicos, microbiológicos e bioquímicos;
3. Laboratório referenciado para diagnóstico virológico, de acordo com diretrizes estaduais e federais;
4. CCIH presente e atuante conforme exigências da Portaria 2.616 de 12 de Maio de 1998;
5. Unidade de isolamento respiratório com quartos com pressão negativa e filtração de alta eficiência (HEPA) atendendo as normas sobre infraestrutura física (RDC ANVISA 50/02), e demais regulamentações vigentes, com infraestrutura para atendimento de pacientes críticos;
6. EPI's: capotes, máscaras N95, gorros, protetores oculares e luvas de látex;
7. Equipamentos: ventiladores microprocessados, monitores ECG e módulos de pressão invasiva e não invasiva (PNI), bombas de infusão contínua, glicosímetro e fitas para glicemia capilar, cardioversor, aspirador de secreções, tubos oro-traqueais;
8. Cateteres: Cateteres de acesso venoso central (CAVC) com mono e duplo lúmen, jelcos para monitorização de pressão intra-arterial (PIA), cateteres de artéria pulmonar, cateteres para hemodiálise;
9. Drogas e antibióticos preconizados no protocolo clínico FHEMIG 003 sepse grave e choque séptico como, aminas para suporte hemodinâmico, cristaloides, coloides, proteína C ativada recombinante humana nas disfunções orgânicas múltiplas, sedativos, curares, etc.;

10. Tratamento antiviral: Oseltamivir (Tamiflu®);
11. Infraestrutura física de Unidade de Isolamento Respiratório dotada de sistema de circulação de ar que impeça disseminação do ar contaminado em outros ambientes do hospital e meio externo através de: antecâmara, quarto com gradiente de pressão negativa com, no mínimo 12 trocas de ar por hora e sistema de exaustão com filtro tipo High Efficiency Particulate Air – (HEPA) .

1. Admissão do paciente com suspeita de influenza altamente patogênico (APÊNDICE II) com imediato isolamento respiratório, por equipe especificada ou pelos plantonistas treinados até que a equipe especificada seja acionada;
2. Imediata notificação ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia e onde este não existir, à CCIH, que seguirão o fluxo de **notificação imediata** para a vigilância epidemiológica municipal;
3. Uso adequado dos EPI's pela equipe ao acessar e sair da área de isolamento: ao entrar na antecâmara higienizar as mãos, vestir capote, colocar e testar a máscara N95, colocar gorro, protetores oculares e luvas. Retirar os EPI's ao sair do quarto, ainda na antecâmara, seguindo ordem estabelecida: Protetor ocular, gorro, capote, luvas, **higienizar as mãos, remover máscara N95** através das fitas elásticas **sem tocar na parte anterior da mesma por risco de contaminação** (APÊNDICE IV E V), **higienizar novamente as mãos**. Dispor EPI's conforme orientação da CCIH;
4. Estabelecer diagnóstico na presença do critério epidemiológico (APÊNDICE II);
5. Estabelecer diagnóstico na presença do critério epidemiológico (APÊNDICE II), quadro clínico e condutas para pacientes ADULTOS com pelo menos itens a e b:
 - Temperatura axilar > 38°C E;
 - Tosse OU dor de garganta OU dispneia;
 - Outros sintomas: cefaleia, fadiga, mialgia, odinofagia, coriza, vômitos, diarreia, dor abdominal.
6. Avaliação clínica em pacientes ADULTOS: detecção de gravidade inicial ou de agravamento do Quadro. Avaliar periodicamente a presença dos seguintes sinais e sintomas:

QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL:

Solicitar amostras clínicas para diagnóstico etiológico (APÊNDICE VI), RX tórax, hemograma, VHS, ureia, creatinina, aminotransferases, dosagem de proteína C reativa, outros necessários segundo julgamento clínico;

Tratamento antiviral empírico com oseltamivir nos pacientes com menos de 48 h de sintomas (APÊNDICE VII) e tratamento sintomático evitando uso de ácido acetil-salicílico;

Manter internado em isolamento respiratório e de contato até o resultado dos exames;

Solicitar exames laboratoriais para monitoramento evolutivo, conforme necessário

QUADRO CLÍNICO INSTÁVEL:

Adotar protocolo de avaliação de sepse/choque séptico 003 FHEMIG;

Solicitar amostras clínicas (hemoculturas, cultura de secreções respiratórias e outras necessários) para diagnóstico etiológico;

Tratamento antiviral empírico com oseltamivir nos pacientes com menos de 48 horas de sintomas;

Tratamento antibiótico empírico de complicações/infecções secundárias (ANEXO IA protocolo sepse/choque séptico).

7. Em caso do diagnóstico de pneumonia: avaliação de gravidade pelo julgamento clínico e índice CURB-65:

CURB – 65 Critérios	Pontos
Confusão mental (considerar desorientação em relação ao tempo e espaço)	1
Ureia $\geq$ 40 mg/dl	1
FR $\geq$ 30 irpm	1
Pressão arterial sistólica $<$ 90 OU diastólica $\leq$ 60 mmHg	1
Idade $\geq$ 65 anos	1

- CURB-65 = 0, 1 ou 2 pontos: Provável internação de curta duração, acompanhamento clínico e tratamento supervisionado;
 - CURB-65 = 3, 4 ou 5 pontos: Pneumonia grave, monitorização e acompanhamento para paciente crítico.
8. Observar o tempo de duração das medidas de precaução e isolamento respiratório conforme a idade e confirmação do caso suspeito:
- Pacientes $>$ 12 anos de idade: as medidas de precaução e isolamento devem ser adotadas desde a admissão, incluindo o transporte para o serviço de referência, e continuadas até 7 dias após a resolução da febre;
 - Pacientes $<$ 12 anos de idade: as medidas de precaução e isolamento devem ser adotadas desde a admissão, incluindo o transporte para o serviço de referência, e continuadas até 21 dias após a resolução da doença.
9. Acompanhamento clínico com ênfase nos critérios de risco para doença grave pela cepa influenza de alta patogenicidade. Observar:
- Elevação das aminotransferases precedem a insuficiência respiratória (Irp) na maioria dos pacientes que apresentaram quadro grave;
 - Linfopenia.

ITENS DE CONTROLE

1. Número de casos suspeitos;
2. Número de casos confirmados;
3. Número de casos suspeitos ou confirmados com aplicação do protocolo (isolamento respiratório, utilização EPI, notificação, propedêutica e tratamento);
4. Número óbitos de casos confirmados com aplicação do protocolo/ número total de casos confirmados nos quais se utilizou o protocolo;
5. Número óbitos de casos confirmados não tratados com aplicação do protocolo/número total de casos confirmados não tratados com aplicação do protocolo;
6. Número exposições de profissionais de saúde sem EPI/número exposições em casos suspeitos ou confirmados;
7. Tempo de internação hospitalar dos casos confirmados;
8. Tempo de internação em cuidados intensivos dos casos confirmados.

SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAVC – Catéter de Acesso Venoso Central
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
ECG – Eletrocardiograma
EPI: Equipamento(s) de Proteção Individual
HEPA – High Efficiency Particulate Air
Irp – Insuficiência Respiratória
NHE – Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCR – Proteína C Reativa
RT – PCR – Reação de Polimerização em Cadeia precedida de Retrotranscrição
PIA – Pressão Intra-Arterial
PNI – Pressão Não-Invasiva
SES/MG – Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais
EPI – Equipamentos de Proteção Individual

REFERÊNCIAS GRAU DE RECOMENDAÇÃO / NÍVEL DE EVIDÊNCIA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza 3ª versão. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p_influenza_consulta_final.pdf .	D
2. British Thoracic Society Guidelines Committee. BTS guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults – 2004 update. Disponível em http://www.brit-thoracic.org.uk/c2/uploads/MACAPRevisedApr04.pdf . Acessado em 18 de Agosto de 2006.	D
3. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Antiviral Agents for Influenza: Background Information for Clinicians, CDC Fact Sheet, www.cdc.gov/flu/han011406.htm , 31 de Março de 2006	D
4. DONALISIO, Maria Rita. Avian influenza: main issues. Rev. bras. epidemiol., Mar. 2006, Vol.9, no.1, p.7-19. ISSN 1415-790X.	D

5. IBIAPINA, Cássio da Cunha, COSTA, Gabriela Araújo and FARIA, Alessandra Coutinho. Avian influenza A (H5N1): the bird flu. J. bras. pneumol., Sept./Oct. 2005, Vol.31, no.5, p.436-444. ISSN 1806-3713.	D
6. Portaria federal MS/SVS 51 de 21 de Fevereiro de 2006.	-
7. Resolução RDC nº.50 de 21 de Fevereiro de 2002	-
8. World Health Organization Avian Influenza, including Influenza A (H5N1), in humans: WHO Interim Infection Control Guideline for Healthcare Facilities. Revised: 10 May 2007. Disponível em http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/infectioncontrol1/en/index.html , acessado em 3 de Março de 2008.	C
9. World Health Organization. Clinical management of human infection with avian influenza A (H5N1) virus. 15 august 2007. Disponível em http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/clinicalmanagement07/en/index.html , acessado em 03 de Março de 2008.	C
10. World Health Organization Rapid Advice Guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (h5N1) virus. Disponível em http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/pharmamanagement/en/index.html , Maio 2006.	C
11. World Health Organization Weekly epidemiological record, nº 26, 2006, 81, 249-260. Disponível em http://www.who.int/wer .	D
12. The Writing Committee of the World Health Organization (WHO) Consultation on Human Influenza A/H5 Avian influenza A (H5N1) infection in humans: Review The New England Journal of Medicine 353:1374-1385, September 29, 2005 Number 13.	D

APÊNDICES/LINKS

APÊNDICES

- I. Fluxograma de coordenação da atenção;
- II. Definição de caso suspeito;
- III. Transporte sanitário;
- IV. Orientações para uso de EPI; V. Higienização de mãos;
- VI. Fluxograma para diagnóstico etiológico específico; VII. Orientações de uso do oseltamivir;
- VIII. Fluxograma para conduta clínica após pesquisa etiológica; IX. Quimioprofilaxia pós-exposição biológica.

LINK

- I. Protocolo de sepse/choque séptico – www.FHEMIG.mg.gov/protocolos_clinicos.
- II. Notificação Vigilância Epidemiológica – gviiep@saude.mg.gov.br ou notifica.se@saude.mg.gov.br.

TEXTO SUBSIDIÁRIO

INFLUENZA AVIÁRIA DE ALTA PATOGENICIDADE

INTRODUÇÃO

O vírus da influenza aviária é hoje endêmico entre aves silvestres e domésticas na Ásia, onde causa adoecimento e epidemias em aves de granjas. Entre

patos e gansos de vida livre o vírus influenza circula de forma quase sempre inaparente. Nesses animais, o influenza multiplica, principalmente, no trato digestivo, sendo eliminado em alta quantidade nas fezes. Muitas dessas aves de vida livre são migratórias e podem albergar vários subtipos do vírus influenza, contaminando outros animais. Diferente das aves silvestres, nos outros animais o quadro clínico é fundamentalmente respiratório, com destruição do epitélio ciliar e pneumonia intersticial. É monitorado mundialmente pela Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) e pelo Serviço Veterinário Oficial do Brasil, onde é de notificação obrigatória.

Os vírus influenza constituem um grupo complexo, circula entre diferentes espécies e é capaz de causar grandes epizootias e epidemias. O grupo se divide em A, B e C. O grupo C causa infecção leve em humanos, o grupo B causa adoecimento de importância intermediária. O grupo A é o de maior preocupação pela saúde pública devido à capacidade de infectar múltiplas espécies, por seu perfil mais virulento e pela sua capacidade de recombinação genética e surgimento de cepas para as quais a humanidade não tem imunidade. É um vírus RNA, com material genético fragmentado em oito segmentos, o que facilita a recombinação genética com cepas de influenza já adaptadas à infecção em humanos e outros animais, quando ocorre a infecção simultânea por cepa humana e cepa aviária. A superfície do envelope viral apresenta glicoproteínas, que são responsáveis pela antigenicidade e pela capacidade de penetração na célula animal. São elas: a hemaglutinina (HA ou H) e neuraminidase (NA ou N). Contra a HA são produzidos a maioria dos anticorpos pelo hospedeiro e vacinas. Da composição química das proteínas das células animais – que variam entre as espécies – resulta a capacidade do vírus de se ligar a elas e penetrar ou não nas células do animal. São conhecidos, hoje, 16 tipos de H e 9 tipos de N, sendo que as aves podem albergar todos os 15 tipos de HA, enquanto no homem circulam os H1, H2 e H3.

Neste último século, ocorreram três grandes epidemias de gripe: a gripe de 1918 causada pelo H1 (H1N1), a epidemia de 1957 pelo H2 (H2N2) e a de 1968 pelo H3 (H3N2). Acredita-se que as epidemias surjam de amostras novas ao longo das infecções naturais e o leste asiático tem se mostrado como o epicentro dessas epidemias.

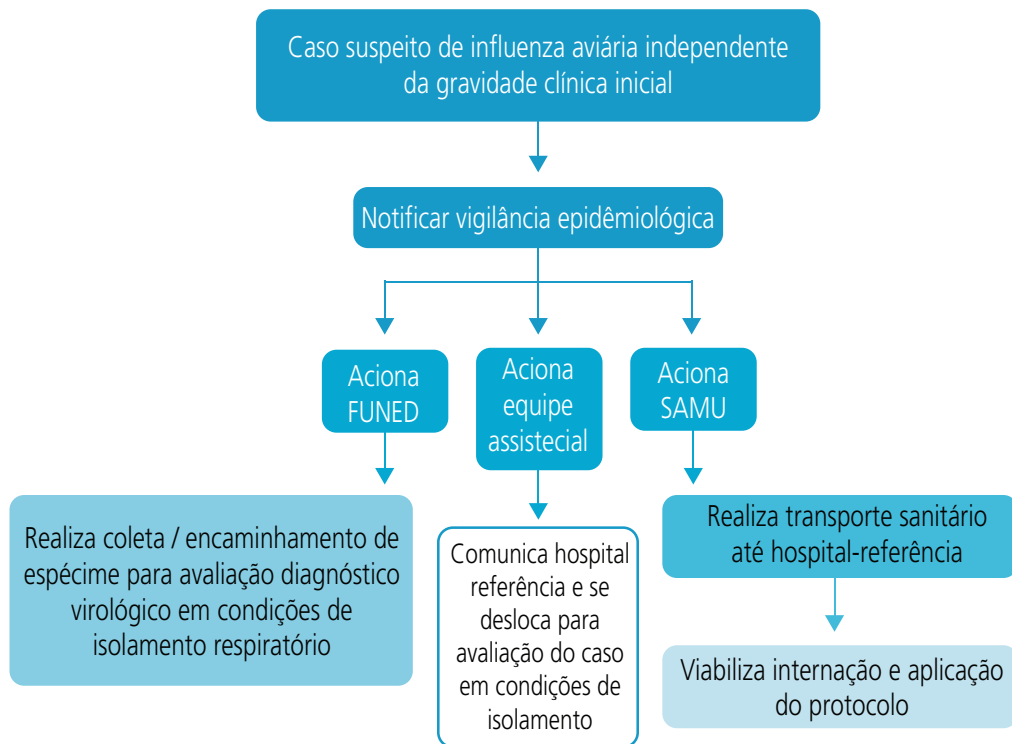
Em 1997, em Hong Kong, ocorreram os primeiros casos do vírus aviário H5N1 em humanos, com 18 doentes e 6 óbitos. Os doentes haviam tido contato com aves infectadas. Houve destruição em massa das aves doentes e controle dos surtos por algum tempo. Posteriormente, em 2003, reiniciaram casos da doença em aves e em humanos, com letalidade alta, coincidindo os picos de casos com o inverno no hemisfério norte. Casos de transmissão ave-homem vêm sendo observados em vários países do continente asiáticos, e novos casos têm sido detectados seguindo a rota de disseminação do H5N1 entre aves. Infecção pelo H5N1 entre aves já foi detectado em países do leste europeu, África e Europa. Casos humanos estão concentrados na Ásia. Ainda não houve casos humanos no continente europeu. Não existem registros do H5N1 no continente Americano, Oceania e Regiões Ártica e Antártica.

Até o momento não há evidência de transmissão sustentada entre humanos; não existem estudos epidemiológicos de soroprevalência entre humanos nas regiões atingidas. Portanto, a frequência real da infecção é desconhecida.

O vírus é inativado em cerca de 24 horas quando em locais secos a temperatura ambiente de 25°C, mas em presença de umidade, como fezes de aves infectadas, já foi detectado sobrevivência de 4 dias.

A influenza aviária encontra condições cada vez mais propícias para uma disseminação entre aves e homens, devido às condições inerentes ao vírus dentro de um cenário mundial de alta densidade demográfica tanto humana como animal e das condições atuais de globalização. O nível de alerta pandêmico vivido pelo mundo, atualmente, é o nível 3 da tabela de risco da OMS, no qual há casos de infecção entre humanos, por um novo subtipo viral, mas não há transmissão inter-humana sustentada.

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL RECOMENDADA



- Atenção Básica
- Vigilância epidemiológica municipal
- SAMU
- Hospital
- Laboratório de referência

1. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof, Alexandre Vranjac”. Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória and Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD). Avian influenza and human cases. Rev. Saude Pública, Jan./feb. 2006, Vol 40, nº 1, p. 187-190

APÊNDICE I

FLUXOGRAMA DE COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO

APÊNDICE II

ALERTA A TODO PROFISSIONAL DE SAÚDE DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA E HOSPITALAR

Definição de Caso Suspeito de Influenza Humana por Cepa Altamente Patogênica (H5N1):

- De acordo com o cenário pandêmico nível de alerta 3 da OMS e período de alerta pandêmico em fase 3, no Brasil;
- Padroniza a notificação de casos, mas não abrange todo o espectro clínico da doença.

A. CRITÉRIOS CLÍNICOS

Temperatura > 38°C mais um dos seguintes sintomas:

- Tosse ou
- Dor de garganta ou
- Dispneia

Associados aos:

B. CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS

- História de viagem recente à área afetada nos últimos 10 dias;
- Contato direto com aves domésticas ou seus produtos;
- Contato com caso suspeito ou confirmado por novo subtipo viral;
- Contato com pessoa que morreu ou foi hospitalizada por doença respiratória grave de causa desconhecida;
- Exposição ocupacional (profissional de saúde em contato direto com caso suspeito ou confirmado de infecção por novo subtipo viral, técnico de laboratório que contém o novo subtipo viral, ou trabalhador de granja, ou de mercado de aves, ou manipulador de aves domésticas com confirmação ou suspeita de influenza aviária de alta patogenicidade).

Havendo o critério epidemiológico, deve-se considerar o diagnóstico clínico na presença de quadro febril, devido ao amplo espectro de apresentação da doença (quadros diarreicos, encefalite, outros sinais e sintomas)

APÊNDICE III //////////////////////////////////////

TRANSPORTE SANITÁRIO

1. Notificar o Serviço de Saúde para onde o paciente será encaminhado;
2. Utilizar luvas de látex, protetor ocular e máscara N95;
3. Colocar máscara cirúrgica no paciente;
4. Oferecer suporte clínico conforme necessidade do paciente seguindo prescrição médica;
5. Garantir transporte seguro ao paciente e profissional de saúde até o destino final;
6. Encaminhar o paciente à equipe assistencial da Unidade destino, junto com o relatório do quadro clínico até o momento;
7. Remover e descartar EPIs de forma segura para si e para terceiros;
8. Realizar higienização das mãos com água e sabão ou álcool gel;
9. Efetuar a limpeza e desinfecção da ambulância conforme rotina, imediatamente, utilizando EPI's.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

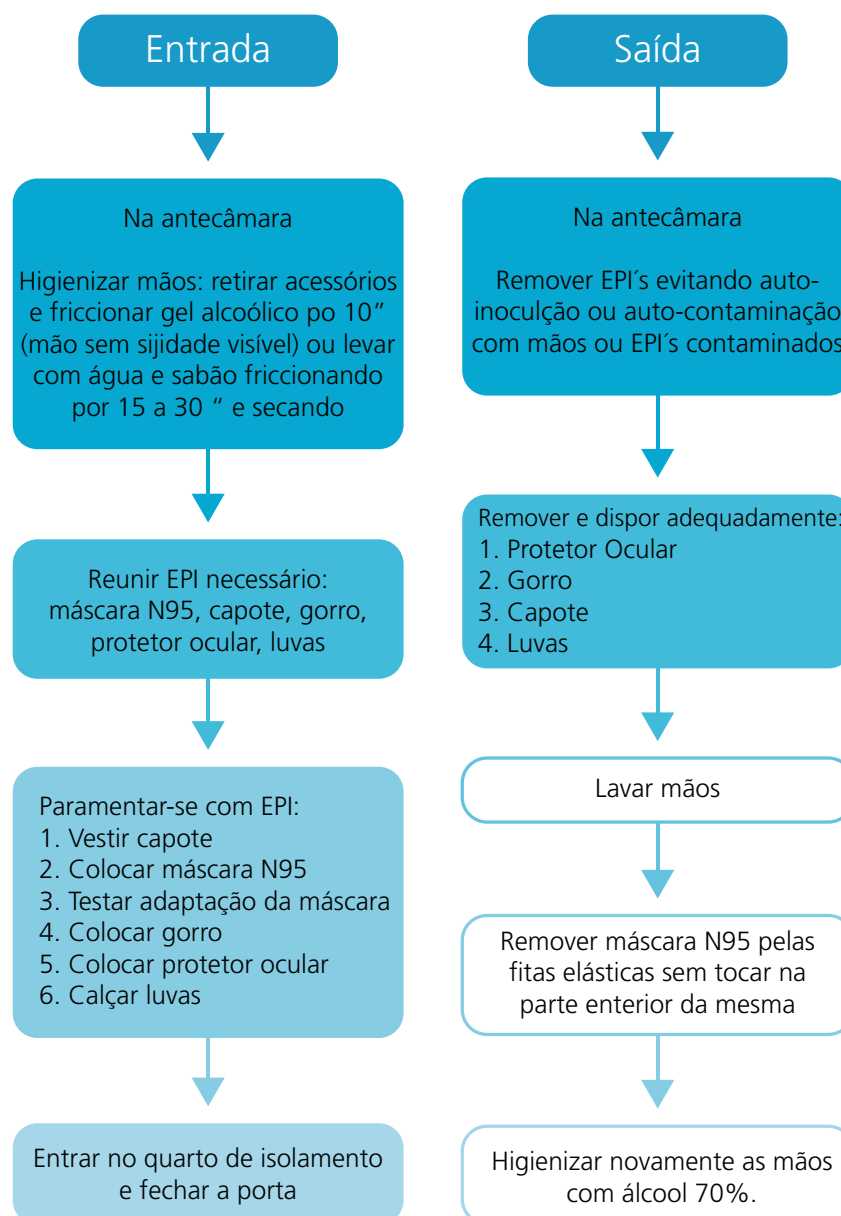
Melhorar a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte;

Utilizar preferencialmente veículos com compartimentos separados para o motorista e o paciente;

Desligar sistema de circulação de ar entre a cabine do motorista e compartimento com o paciente.

APÊNDICE IV

PROCEDIMENTOS SUPERVISIONADOS PARA COLOCAÇÃO E RETIRADA DE EPI EM UNIDADE DE ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO



APÊNDICE V

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Higienização de mãos: termo geral que se aplica tanto à lavagem das mãos como a uso de antisséptico para lavagem ou fricção ou antisepsia cirúrgica das mãos;

A higienização das mãos é fundamental para prevenir a autoinoculação no nariz, boca e conjuntiva e a transferência de microrganismos para o ambiente ou para outro paciente pelas mãos contaminadas;

As mãos devem ser lavadas com sabão, comum ou microbicida, e água quando visivelmente contaminadas ou contaminadas com material proteináceo. A fricção das mãos com solução alcoólica para antisepsia rotineira é recomendada nas demais situações de atendimento clínico;

Faça higienização das mãos antes de examinar todos os pacientes e após tocar sangue, fluidos corporais, secreções, excreções e materiais contaminados, quer as luvas tenham sido usadas ou não. Faça higienização das mãos imediatamente após a remoção das luvas, após contato entre pacientes e sempre

que indicado para evitar transferência de microrganismos entre pacientes e superfícies. É necessário higienizar as mãos também entre a realização de procedimentos em diferentes topografias de um mesmo paciente;

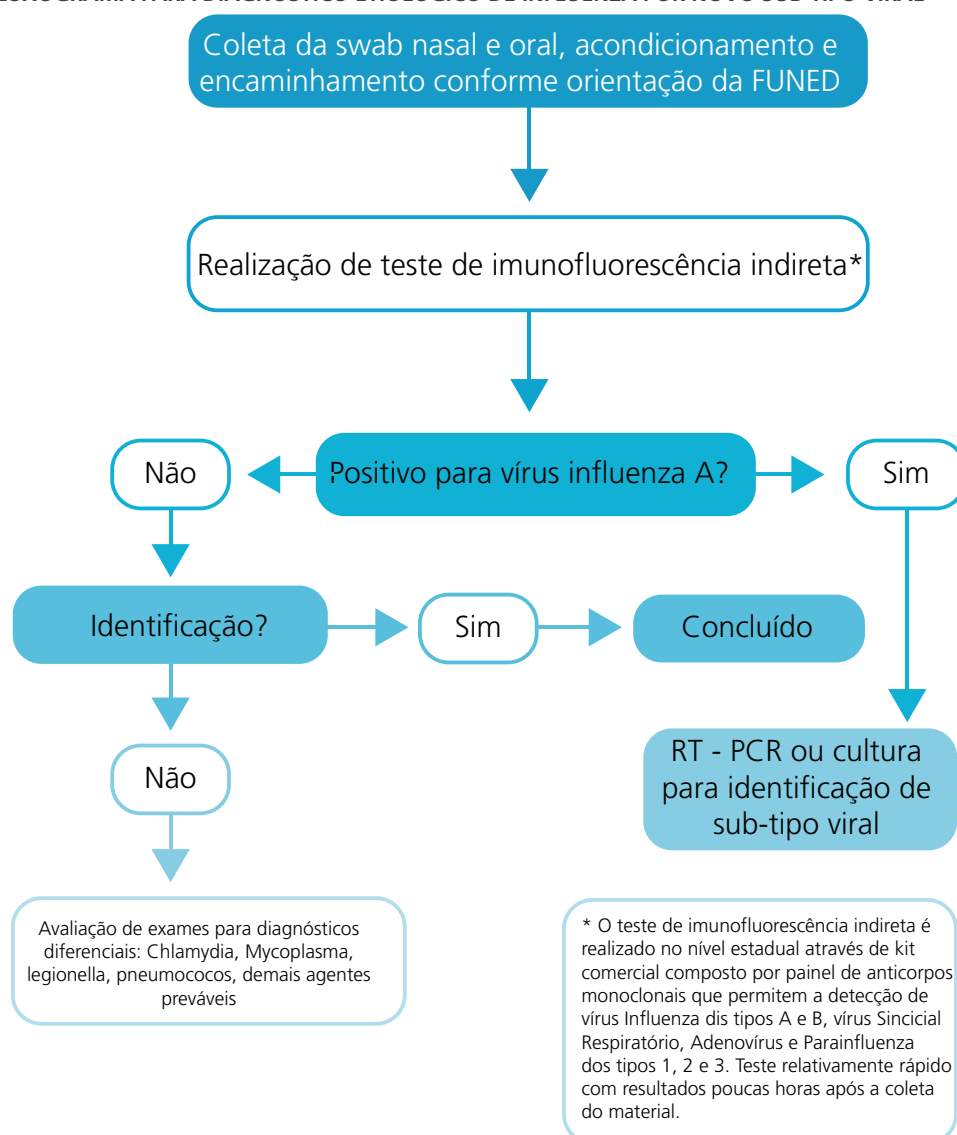
Fricção de álcool nas mãos: recomendada durante os cuidados assistenciais quando as mãos não estão visivelmente sujas ou contaminadas com material proteináceo. Em caso de sujeira ou contaminação a lavagem das mãos deve ser realizada com água e sabão;

Ao utilizar a solução alcoólica ou álcool gel aplique o produto na palma de uma das mãos e fricção as palmas da mão, cobrindo toda a superfície das mãos e dedos até secar (tempo mínimo de dez segundos para antissepsia eficaz). Siga as recomendações do fabricante com relação à quantidade a ser utilizada do produto;

Lavagem das mãos (com água e sabão): retire anéis, alianças, pulseiras, relógios e demais adornos. Remova esmaltes se estiverem descascados. Unhas devem estar limpas e aparadas. Primeiro, molhe as mãos com água, aplique a quantidade do produto recomendada pelo fabricante e fricção as mãos vigorosamente por pelo menos 15 segundos abrangendo toda a superfície das mãos e dedos. Enxágue as mãos com água e seque completamente com toalhas de papel descartáveis. Utilize o mesmo papel toalha para fechar a torneira.

APÊNDICE VI

FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE INFLUENZA POR NOVO SUB-TIPO VIRAL



APÊNDICE VII

RECOMENDAÇÕES DE USO DO OSELTAMIVIR

Até o momento não foram publicados ensaios clínicos controlados de uso do oseltamivir em cepa do influenza aviária de alta patogenicidade. Existem estudos animais e in vitro dos efeitos da droga na cepa H5N1. O medicamento é empregado por inferência. Há potencial de desenvolvimento de resistência à droga durante o tratamento.

O Oseltamivir (Tamiflu®) é a droga preconizada pelo Brasil para tratamento e profilaxia dos contatos com casos confirmados de influenza sazonal.

APRESENTAÇÃO DISPONÍVEL NO BRASIL:

- **Ingrediente ativo:**
Cápsulas contendo 98,5 mg de fosfato de oseltamivir, equivalente a 75 mg de oseltamivir para uso oral.
- **Excipientes:**
Amido pré-gelatinizado, polivinilpirrolidona, croscamelose sódica, estearil fumarato de sódio.

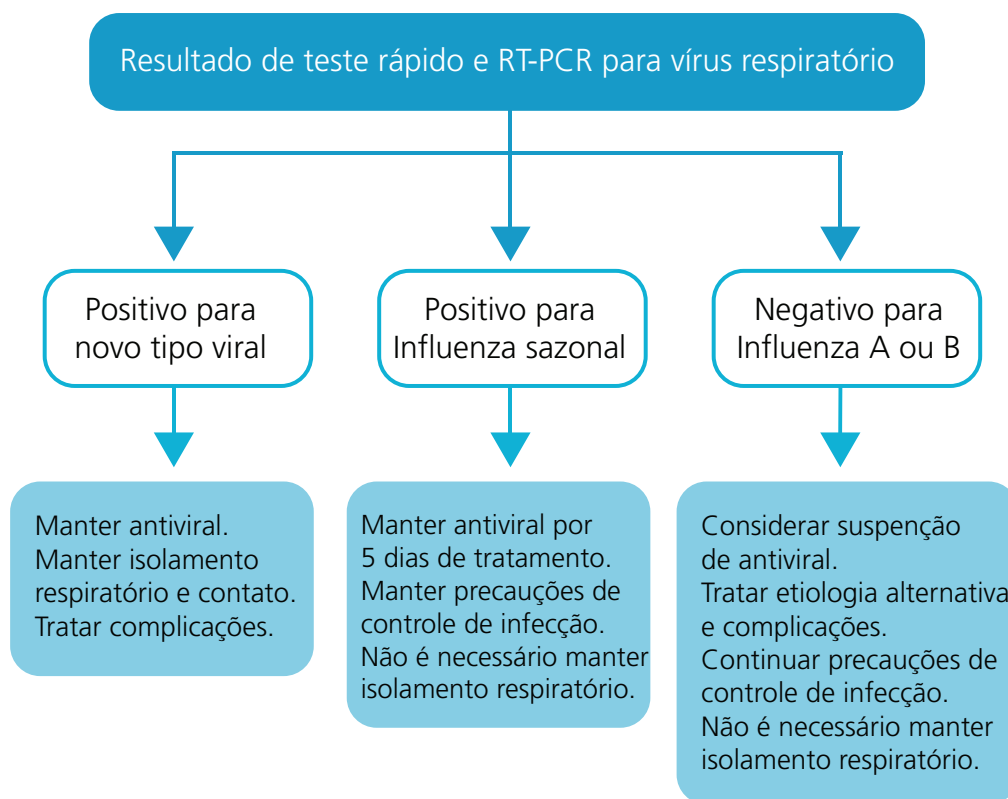
ESQUEMA TERAPÊUTICO PARA TRATAMENTO

- Dose recomendada para adultos: 75 mg, VO, 2 vezes ao dia, durante 5 dias.
Correção para insuficiência renal, com clearance de creatinina entre 10-30 ml/min: 75 mg, 1 vez ao dia. Correção para insuficiência hepática: não há recomendação.
Advertência: readministrar a dose em caso de vômitos até uma hora após a ingestão.
- Dose pediátrica (> um ano): calculada com base no peso corporal:
Peso/kg: Doses recomendadas para 5 dias:
≤ 15kg: 30 mg 2 vezes ao dia;
15 a 23 kg: 45 mg 2 vezes ao dia;
23 a 40 kg: 60 mg 2 vezes ao dia;
>40 kg : 75 mg 2 vezes ao dia.
Doses dobradas para tratamento podem ser empregadas em casos graves, com prolongamento do tempo de uso para 10 dias.
- **Efeitos adversos:** habitualmente são leves. Os mais frequentemente descritos são: náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, enxaqueca, insônia e vertigens. Eventos graves podem ocorrer raramente e incluem agravamento do diabetes mellitus, arritmias cardíacas, hepatite, necrose epidérmica tóxica, edema de face e língua, entre outros.
- **Contraindicações:** O oseltamivir não está aprovado para uso em menores de um ano, gestantes e nutrízes: categoria C. Hipersensibilidade ao fosfato de oseltamivir ou a qualquer componente do produto.
- **Interações medicamentosas:** As informações derivadas da farmacologia e dos estudos de farmacocinética de oseltamivir sugerem que as interações da droga clinicamente significativas são improváveis. O fosfato de oseltamivir é convertido para o composto ativo por esterases predominantemente hepáticas. Interações de drogas envolvendo competição por esterases são infreqüentemente descritas na literatura. Há baixa ligação às proteínas plasmáticas pelo oseltamivir e metabólito ativo. Conforme estudos in vitro o oseltamivir e seu metabólito ativo não são substratos para as oxidases de função mista P450 ou para glucoronil-transferase.
Este produto é um novo medicamento e embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança quando corretamente indicado, podem

ocorrer reações adversas imprevisíveis, ainda não descritas ou conhecidas. Em caso de suspeita de reação adversa notificar à gerência de risco do hospital ou Anvisa.

APÊNDICE VIII

CONDUTA DE ACORDO COM RESULTADOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA VIROLÓGICA



APÊNDICE IX

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO BIOLÓGICA – GRUPOS COM EXPOSIÇÃO DE RISCO MODERADO A ALTO, CONFORME DEFINIÇÃO ATUAL:

Trabalhadores domésticos e contatos próximos (a menos de um metro) de paciente fortemente suspeito ou confirmado de infecção por H5N1 (alto risco).

Pessoas com exposição não-protetida a produtos de animais infectados, preparação de alimentos ou outros produtos de animais infectados, ou exposição prolongada à aves infectadas em espaços confinados (alto risco).

Profissionais de saúde em contato próximo com paciente fortemente suspeito ou confirmado de infecção por H5N1, com uso insuficiente ou inadequado de EPI, durante procedimentos como intubação traqueal, aspiração de secreções respiratórias, administração de drogas inalatórias ou manejo inadequado de secreções e excreções do paciente (risco moderado).

Recomendação: Administrar oseltamivir. Dose para adultos: 75 mg, uma vez ao dia por 7 a 10 dias após último contato. Para crianças maiores de um ano, ajustar ao peso:

- 30 mg, uma vez ao dia $\leq$ 15 Kg;
- 45 mg, uma vez ao dia > 15 a 23 Kg;
- 60 mg, uma vez ao dia > 23 a 40 Kg;
- 75 mg, uma vez ao dia > 40 kg.

Exposição de Baixo Risco:

- Profissionais de saúde sem contato próximo (distância maior de um metro) com caso fortemente suspeito ou confirmado, sem nenhum contato direto com material infectante do paciente;
- Profissional de saúde em contato protegido com paciente infectado.

Recomendação: A profilaxia com oseltamivir provavelmente não deve ser administrada.