Considerações para Controle de Infecção para Doenças de Transmissão Respiratória

Doença	Sarampo
Sitio (s) de Infecção; Modo de transmissão	A transmissão ocorre diretamente de pessoa a pessoa, através das secreções nasofaríngeas, expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar.
Período de Incubação	Geralmente, dura 10 dias (variando de 7 a 18 dias), desde a data da exposição à fonte de infecção até o aparecimento da febre, e cerca de 14 dias ate o início do exantema.
Características Clínicas	Doença infecciosa aguda, de natureza viral, transmissível e extremamente contagiosa. A viremia decorrente da infecção provoca uma vasculite generalizada, responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas. A evolução apresenta três períodos bem definidos: Período prodrômico ou catarral - Tem duração de 6 dias: no início da doença, surge febre, acompanhada de tosse produtiva, corrimento seromucoso do nariz, conjuntivite e fotofobia. Nas ultimas 24 horas deste período, surge, na altura dos pré-molares, o sinal de Koplik – pequenas manchas brancas com halo eritematoso, consideradas sinal patognomônico do Sarampo. Período exantemático - Ocorre acentuação de todos os sintomas anteriormente descritos, com prostração importante do paciente e surgimento do exantema característico: maculopapular, de cor avermelhada, com distribuição em sentido céfalo-caudal, que surge na região retroarticular e face. De 2 a 3 dias depois, estende-se ao tronco e as extremidades, persistindo por 5 - 6 dias. Período de convalescença ou de descamação furfurácea - As manchas tornam-se escurecidas e surge descamação fina, lembrando farinha.
Diagnóstico	Clínico, laboratorial e epidemiológico. O diagnóstico laboratorial mais usado e o ELISA, para detecção de anticorpos específicos IgM e IgG. Atualmente, faz-se também a identificação do vírus que tem como objetivos estabelecer o padrão genético circulante no país, diferenciar os casos autóctones do Sarampo dos casos importados, e diferenciar o vírus selvagem do vírus vacinal. Período para coleta: as amostras dos espécimes clínicos (urina e secreções nasofaríngea) devem ser coletadas até o 5º dia a partir do início do exantema, preferencialmente nos 3 primeiros dias.
Infectividade	De 4 a 6 dias antes do aparecimento do exantema e até 4 dias após. O período de maior transmissibilidade ocorre 2 dias antes e 2 dias após o início do exantema. O vírus vacinal não é transmissível.
Precauções Recomendadas	Precauções respiratórias para aerossol

Tratamento inicial: suporte clínico.

Doença	Rubéola
Sitio (s) de Infecção; Modo de transmissão	Transmissão direta, pelo contato com secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas.
Período de Incubação	De 14 a 21 dias, com duração média de 17 dias, podendo variar de 12 a 23 dias.
Características Clínicas	Doença exantemática viral aguda, caracterizada por febre baixa e exantema maculopapular, que se inicia na face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se para tronco e membros. Este exantema e, precedido, em 5 a 10 dias, por linfadenopatia generalizada, principalmente suboccipital, pós-auricular e cervical posterior. Adolescentes e adultos podem apresentar poliartralgia, poliartrite, conjuntivite, coriza e tosse.
Diagnóstico	Clínico laboratorial e epidemiológico. O teste mais utilizado e o ensaio imunoenzimático (ELISA) para detecção de anticorpos específicos IgM e IgG e/ou pela identificação do vírus a partir de secreção nasofaríngea e urina, ate o 7o dia do início do exantema. A coleta de sangue deve ser feita logo no primeiro contato com caso suspeito. Aquelas coletadas após 28 dias são consideradas tardias, mas, mesmo assim, devem ser aproveitadas e encaminhadas ao laboratório de referencia estadual para a realização da pesquisa de IgM. É importante ressaltar que resultados não reagentes para IgM não descartam a possibilidade de infecção recente pelo vírus da Rubéola.
Infectividade	De 5 a 7 dias antes do inicio do exantema e de 5 a 7 dias após.
Precauções Recomendadas	Precauções Respiratórias para Gotículas.

Tratamento inicial: suporte clínico

Doença	Coqueluche
Sitio (s) de Infecção; Modo de transmissão	Contato direto da pessoa doente com pessoa suscetível (gotículas de secreção eliminadas por tosse, espirro ou ao falar). A transmissão por objetos récem-contaminados com secreções do doente é pouco frequente, em virtude da dificuldade do agente sobreviver fora do hospedeiro.
Período de Incubação	Em média, de 5 a 10 dias, podendo variar de 1 a 3 semanas e, raramente, ate 42 dias.
Características Clínicas	Doença infecciosa aguda, transmissível, de distribuição universal, que compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca. Em lactentes, pode resultar em número elevado de complicações e até morte. A doença evolui em três fases sucessivas: Fase catarral: Com duração de 1 ou 2 semanas, inicia-se com manifestações respiratórias e sintomas leves

	(febre pouco intensa, mal-estar geral, coriza e tosse seca), seguidos pela instalação gradual de surtos de tosse, cada vez mais intensos e frequentes, ate que passam a ocorrer as crises de tosses paroxísticas. Fase Paroxística:- Geralmente afebril ou com febre baixa. Em alguns casos, ocorrem vários picos de febre ao longo do dia. A manifestação típica são os paroxismos de tosse seca (durante os quais o paciente não consegue inspirar e apresenta protusão da língua, congestão facial e, eventualmente, cianose com sensação de asfixia), finalizados por inspiração forcada, súbita e prolongada, acompanhada de um ruído característico, o guincho, seguidos de vômitos. Os episódios de tosse paroxística aumentam em frequência e intensidade nas duas primeiras semanas e depois diminuem paulatinamente. Nos intervalos dos paroxismos o paciente passa bem. Essa fase dura de 2 a 6 semanas. Fase de Convalecença- Os paroxismos de tosse desaparecem e dão lugar a episódios de tosse comum; esta fase pode persistir por mais 2 a 6 semanas e, em alguns casos, pode se prolongar por ate 3 meses. Infecções respiratórias de outra natureza, que se instalam durante a convalescença da Coqueluche, podem provocar reaparecimento transitório dos paroxismos. Lactente jovens (< de 6 meses)são propensos a apresentar formas graves, muitas vezes letais. Indivíduos inadequadamente vacinados ou vacinados ha mais de 5 anos podem apresentar formas atípicas da doença, com tosse persistente, porem sem o guincho característico.
Diagnóstico	Contato direto da pessoa doente com pessoa suscetível (gotículas de secreção eliminadas por tosse, espirro ou ao falar). A transmissão por objetos récem-contaminados com secreções do doente é pouco frequente, em virtude da dificuldade do agente sobreviver fora do hospedeiro.
Infectividade	Para efeito de controle, considera- se que esse período se estende de 5 dias após o contato com um doente (final do período de incubação) ate 3 semanas após o inicio dos acessos de tosse típicos da doença (fase paroxística). Em lactentes menores de 6 meses, o período de transmissibilidade pode prolongar-se por ate 4 a 6 semanas após o inicio da tosse. A maior transmissibilidade ocorre na fase catarral.
Precauções Recomendadas	Precauções Respiratórias para Gotículas

Tratamento inicial: azitromicina 500 mg 1x dia ou claritromicina 500 mg 2x dia.

Doença	Influenza
Sitio (s) de Infecção; Modo de transmissão	O modo mais comum e a transmissão direta (pessoa a pessoa), por meio de gotículas expelidas pelo individuo infectado ao falar, tossir e espirrar. O modo indireto também ocorre por meio do contato com as secreções do doente. Nesse caso, as mãos são o principal veículo, ao propiciarem a introdução de partículas

	virais diretamente nas mucosas oral, nasal e ocular. Apesar da transmissão inter-humana ser a mais comum, já foi documentada a transmissão direta do vírus de aves e suínos para o homem.
Período de Incubação	Em geral, de 1 a 4 dias.
Características Clínicas	Na Influenza Sazonal, os primeiros sintomas costumam se manifestar 24 horas após o contato e, normalmente, a pessoa apresenta febre (>38°C), dor de cabeça, dor nos músculos, calafrios, prostração, tosse seca, dor de garganta, espirros e coriza. Pode também apresentar pele quente e úmida, olhos hiperemiados e lacrimejantes. A febre e o sintoma mais importante, com duração em torno de 3 dias. Os sintomas sistêmicos são muito intensos nos primeiros dias da doença. Com sua progressão, os sintomas respiratórios tornam-se mais evidentes e mantém-se, em geral, por 3 a 4 dias após o desaparecimento da febre. E comum a queixa de garganta seca, rouquidão e sensação de queimor retroesternal ao tossir. O quadro clínico em adultos sadios pode variar de intensidade. Nas crianças, a temperatura pode atingir níveis mais altos, sendo comum o aumento dos linfonodos cervicais, quadros de bronquite ou bronquiolite, além de sintomas gastrintestinais. Os idosos quase sempre se apresentam febris, às vezes sem outros sintomas, mas, em geral, a temperatura não atinge níveis tão altos. Na Influenza Pandêmica, as manifestações clínicas vão depender da patogenicidade e da virulência da nova cepa, podendo variar de casos mais leves ate manifestações compatíveis com pneumonia viral primária.
Diagnóstico	O espécime preferencial para o diagnostico laboratorial são as secreções da nasofaringe (SNF), obtidas por meio de aspirado de nasofaringe, com auxílio de um coletor descartável ou de swab combinado (oral + nasal). Essas amostras podem ser coletadas ate o 5º dia do inicio dos sintomas (preferencialmente, até o 3º dia) e transportadas em gelo reciclável ate o laboratório para o devido processamento (não podendo ser congeladas). A imunofluorescência indireta e realizada nos laboratórios estaduais, onde a vigilância da Influenza esta implantada, utilizando-se um painel de soros que detecta, além da Influenza, outros vírus respiratórios de interesse (vírus respiratório sincicial, parainfluenza e adenovírus).
Infectividade	Um indivíduo infectado pode transmitir o vírus no período compreendido entre 2 dias antes do início dos sintomas ate 5 dias após os mesmos.
Precauções Recomendadas	Precauções Respiratórias para Gotículas e Precauções de Contato

Tratamento: suporte clínico. Profilaxia para profissionais de saúde somente os não vacinados ou vacinados a menos de 15 dias que estiveram envolvidos em procedimentos invasivos geradores de aerossóis sem o uso adequado de EPI: fosfato de oseltamivir (Tamiflu). Adulto 75 mg 12/12 horas por 5 dias. Nos demais casos consultar o Protocolo de Influenza 2013 SVS/MS. ,

Doença	MERS-CoV
Sitio (s) de Infecção; Modo de transmissão	A OMS considera que há atualmente evidência bem documentada de transmissão de pessoa a pessoa, constatada pela observação de transmissão em vários aglomerados de casos ("clusters"), incluindo transmissão intradomiciliar e para profissionais de saúde. Embora se admita esta forma de transmissão, ainda não há evidencias de que ocorra transmissão sustentada.
Período de Incubação	Provavelmente de três a 14 dias
Características Clínicas	Todos os casos confirmados evoluíram para doença respiratória e a maioria apresentou pneumonia. Alguns pacientes imunodeprimidos apresentaram inicialmente quadro febril e diarreico e, posteriormente, se identificou pneumonia associada. As complicações mais frequentes na evolução dos casos foram insuficiência respiratória, síndrome da angústia respiratória do adulto, choque séptico, insuficiência renal, coagulação intravascular disseminada e pericardite.
Diagnóstico	Todos os casos suspeitos devem ser submetidos à colheita de material de nasofaringe por swab e também amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado broncoalveolar). Quando possível, deve-se colher também hemocultura e enviar todas as amostras colhidas, conjuntamente, ao IAL - Central, que por sua vez, deve encaminhar as amostras para a Fiocruz-RJ, que é o laboratório de referência nacional para vírus respiratório nCoV.
Infectividade	Desconhecida
Precauções Recomendadas	Precaução Padrão, de Contato e Respiratória para aerossóis. ✓ Identificar precocemente pacientes suspeitos de infecção pelo vírus MERS-CoV que devem utilizar máscara cirúrgica desde o momento em que forem identificados até sua chegada ao local de isolamento que deve ocorrer o mais rápido possível. ✓ O isolamento deve ser realizado em um quarto privativo com pressão negativa (QPN) devidamente sinalizado com um alerta referindo para doença respiratória por aerossol. ✓ Caso não esteja disponível QPN no serviço no qual o paciente suspeito se encontra, este deve ser transferido para um serviço de saúde onde haja disponibilidade de QPN. Até que seja transferido ou na impossibilidade de isolar o paciente em quarto com pressão negativa, este deve permanecer com a máscara cirúrgica em quarto privativo com a porta fechada. ✓ Limitar a movimentação do paciente para fora da área de isolamento. Se necessário o deslocamento, manter máscara cirúrgica no paciente durante todo o transporte.

Tratamento: suporte clínico.

Doença	Doença Meningocócica
Sitio (s) de Infecção; Modo de transmissão	Contato íntimo de pessoa a pessoa (pessoas que residem no mesmo domicilio ou que compartilham o mesmo dormitório em internatos, quartéis, creches, etc.), por meio de gotículas das secreções da nasofaringe. O principal transmissor é o portador assintomático.
Período de Incubação	Período de incubação - De 2 a 10 dias; em media, de 3 a 4 dias.
Características Clínicas	Ha relatos de que a doença meningocócica pode se apresentar sob a forma de doença benigna, caracterizada por febre e bacteremia, simulando uma infecção respiratória, quase sempre diagnosticada por hemocultura. Porém, em geral, o quadro e grave, a exemplo de septicemia (meningococcemia), caracterizada por mal estar súbito, febre alta, calafrios, prostração, acompanhada de manifestações hemorrágicas na pele (petéquias e equimoses), e, ainda, sob a forma de meningite, com ou sem meningococcemia, de inicio súbito, com febre, cefaleia intensa, náuseas, vômitos e rigidez de nuca, além de outros sinais de irritação meníngea. O paciente pode apresentar-se consciente, sonolento, torporoso ou em coma. Os reflexos superficiais e osteotendinosos estão presentes e normais. Outra apresentação e a meningoencefalite, na qual ocorre depressão sensorial profunda, sinais de irritação meníngea e comprometimento dos reflexos superficiais e osteotendinosos. Delírio e coma podem surgir no inicio da doença, ocorrendo, às vezes, casos fulminantes, com sinais de choque. Lactentes raramente apresentam sinais de irritação meníngea, o que leva a necessidade de se observar febre, irritabilidade ou agitação, grito meníngeo e recusa alimentar, acompanhados ou não de vômitos, convulsões e abaulamento da fontanela.
Diagnóstico	Por meio do isolamento da *N. meningitidis* do sangue ou líquor. O LCR pode se apresentar turvo, com cor leitosa ou xantocrômica. A bioquímica evidencia glicose e cloretos diminuídos (concentração de glicose inferior a 50% da glicemia, coletada simultaneamente ao líquor), proteínas elevadas (acima de 100mg/dl) e aumento do numero de leucócitos, predominando polimorfonucleares neutrófilos. A contra-imunoeletroforese (CIE) e reagente, a bacterioscopia evidencia a presença de diplococos gram-negativos e a cultura evidencia o crescimento de *N. meningitidis*. Nas meningococcemias, o leucograma apresenta-se com milhares de leucócitos, havendo predominância de neutrófilos (“desvio a esquerda”). Hemocultura positiva. O raspado das lesões de pele pode ser cultivado para identificação do agente. Outros exames que podem ser utilizados para identificação do meningococo são a pesquisa de antígenos no líquor, fixação do látex, Elisa ou radioimunoensaio. A reação em cadeia da polimerase (PCR) para o diagnóstico tem sido utilizada, apresentando elevada sensibilidade e especificidade. Ressalte-se que essa técnica não é utilizada na rotina diagnostica.

Infectividade	Enquanto houver o agente na nasofaringe. Em geral, após 24 horas de antibioticoterapia, o meningococo já desapareceu da orofaringe.
Precauções Recomendadas	Precauções Respiratórias para Gotículas

Tratamento inicial: suporte clínico. Profilaxia rifampicina para adultos 600 mg de 12/12 horas para comunicantes íntimos.