

Uso de imunoglobulina humana na profilaxia pós-exposição ao Sarampo

Atualizado em 02/09/2019

1. Indicações

A imunoglobulina humana deverá ser utilizada para reduzir o risco de adoecimento e complicações pelo sarampo em grupos específicos que tenham tido exposição significativa à doença.

Deve ser oferecida exclusivamente dentro dos seis (6) primeiros dias após a primeira exposição ao caso de sarampo.

É considerado indivíduo exposto aquele que teve contato com caso de sarampo durante o seu período de transmissibilidade seis (6) a quatro (4) dias antes do início do exantema até quatro (4) dias depois.

Em caso de comunicante domiciliar, creche, escola, faculdade ou trabalho, que tenha contato diário, considerar o início da exposição quatro (4) dias antes do início do exantema do caso fonte. Portanto, os comunicantes diários terão dois dias após o início do exantema do caso fonte para receber a imunoglobulina humana de forma oportuna.

São elegíveis para receber imunoglobulina:

Crianças menores de 6 meses, nascidos com 2.500 g ou mais, filhos de mães sem evidência prévia de imunidade ao sarampo. São considerados como tendo imunidade prévia e sem indicação de receber imunoglobulina humana pessoas que: 1) tenham pelo menos uma dose válida de vacina contra o sarampo (a dose deve ter sido administrada acima de 12 meses de idade) ou 2) que tenham história prévia de sarampo.

Crianças menores de 6 meses, nascidos com menos de 2.500 g, independentemente da evidência prévia de imunidade ao sarampo da mãe. Maior transferência de anticorpos transplacentária acontece no terceiro trimestre de gestão. A passagem transplacentária de anticorpos pode ser prejudicada em casos de prematuridade.

Gestantes sem evidência prévia de imunidade ao sarampo. São considerados como tendo imunidade prévia e sem indicação de receber imunoglobulina humana pessoas

que: 1) tenham pelo menos uma dose válida de vacina contra o sarampo (a dose deve ter sido administrada acima de 12 meses de idade) ou 2) que tenham história prévia de sarampo.

Indivíduos imunocomprometidos graves, independentemente de história prévia de vacinação ou doença. Considerar imunocomprometido grave indivíduos: 1) com imunodeficiência primária grave que não tenha recebido imunoglobulina nas últimas 3 semanas. 2) transplantados de células tronco hematopoiéticas até 12 meses após a suspensão de terapias imunossupressoras; 3) com doenças linfoproliferativas; 4) nos primeiros 6 meses pós quimioterapia para leucemia linfoblástica aguda; 5) com infecção pelo HIV com sinais e sintomas de síndrome da imunodeficiência adquirida ou contagem de CD4 menor que 200 células/mm³ (maiores de 5 anos de idade) ou menor que 15% (qualquer idade); 6) transplantados de órgão sólido; 7) em uso de imunobiológicos ou inibidores de citocinas nos últimos 6 meses.

Pessoas com outros graus de imunocomprometimento e que não tenham evidência prévia de imunidade ao sarampo. São consideradas como tendo imunidade prévia e sem indicação de receber imunoglobulina humana pessoas que: 1) tenham pelo menos uma dose válida de vacina contra o sarampo (a dose deve ter sido administrada acima de 12 meses de idade) ou 2) que tenham história prévia de sarampo.

A prioridade para profilaxia pós-exposição deve ser dada para pessoas nas condições descritas acima, que tenham tido contato intenso, prolongado e próximo, como pessoas que vivem no mesmo domicílio ou ficam boa parte do tempo na mesma sala em creches, escola ou trabalho.

A identificação de comunicantes com indicação para receber imunoglobulina humana deve ser realizada durante a ação de bloqueio do caso suspeito de sarampo.

2. Dose recomendada

A dose de imunoglobulina humana a ser administrada será de 150 mg/Kg de peso intravenosa (o equivalente a 3 ml por Kg de peso na formulação de 50mg/ml, apresentação intravenosa, atualmente disponível no Brasil).

3. Fluxo para liberação de imunoglobulina humana para indivíduos expostos ao sarampo

A solicitação da imunoglobulina humana deverá ser feita através do preenchimento do formulário *online* disponível no site do CVE (www.cve.saude.sp.gov.br). O mesmo formulário está no anexo I deste documento e poderá ser preenchido manualmente, digitalizado e enviado ao e-mail notifica@saude.sp.gov.br.

É recomendado preencher preferencialmente o formulário *online*, pois a visualização será em tempo real.

O solicitante receberá um e-mail da Central/CIEVS do CVE autorizando ou negando a liberação da imunoglobulina.

3.1. Locais de aplicação de imunoglobulina

Ao solicitar a imunoglobulina para um paciente exposto, o profissional de saúde solicitante deverá informar em qual serviço será realizada a infusão. A imunoglobulina deverá ser administrada em ambiente hospitalar, público ou privado, sob a vigilância de um profissional de saúde.

Quando a imunoglobulina for solicitada para pessoas hospitalizadas, o serviço hospitalar poderá solicitar a imunoglobulina usando o formulário eletrônico (www.cve.saude.sp.gov.br), conforme descrito acima.

Se a solicitação for feita para paciente não hospitalizado, o solicitante deverá encaminhar o paciente a serviço hospitalar, público ou privado, para aplicação da imunoglobulina. Se solicitante não tiver um serviço referência para aplicação da imunoglobulina, o profissional deverá se informar com a vigilância municipal onde encaminhar o paciente.

Uma vez liberada a imunoglobulina pela Central/CIEVS do CVE (ao receber o e-mail de confirmação), o medicamento poderá ser retirado na farmácia do Instituto de Infectologia

Emílio Ribas. A retirada e o transporte do medicamento são responsabilidades do solicitante e deverá ser feita por profissional de saúde devidamente uniformizado e identificado, portando caixa térmica para acondicionamento do(s) frasco(s). O transporte é de responsabilidade da unidade solicitante.

A imunoglobulina humana para comunicantes de caso suspeito de sarampo poderá ser ofertada no Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) para os casos expostos com seis

(6) anos ou mais de idade e gestantes com idade gestacional até 32 semanas que se enquadram nas indicações acima para receber imunoglobulina humana.

Atenção!!!! -- O paciente só poderá ser encaminhado ao Instituto de Infectologia Emílio Ribas mediante ao envio do formulário à Central/CIEVS do CVE (conforme orientado acima) e prévia liberação.

Uma vez liberada a imunoglobulina, a Central do CVE comunicará ao Instituto de Infectologia Emílio Ribas sobre a ida do paciente. A prescrição do imunobiológico será feita por profissional médico do Emílio Ribas.

Divisão de Imunização

Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof.
Alexandre Vranjac"

Coordenadoria de Controle de Doenças

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC"
DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 6º andar – SP/SP – CEP: 01246-000 Fone: 55 (11)3066-8779
E-mail: dvimuni@saude.sp.gov.br

Uso de Imunoglobulinas na profilaxia pós-exposição ao Sarampo

Este formulário deverá ser preenchido por profissional de saúde e deve sempre estar acompanhado da carteira vacinal do indivíduo exposto. Formulários de casos de expostos menores de 6 meses de idade deve estar acompanhado da carteira vacinal da mãe.

INFORMAÇÕES SOBRE O INDIVÍDUO EXPOSTO			
NOME COMPLETO:			
NOME DA MÃE:			
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	SEXO: () MASCULINO () FEMININO	RACA / COR () (1) Branco/ (2) Negro/ (3) Pardo/ (4) Asiático/ (5) Indígena/ (9) Ignorado	TELEFONE CELULAR: () _____ TELEFONE FIXO: () _____ E-MAIL: _____
IDADE (ANOS):	OCUPAÇÃO:	ESCOLARIDADE () (0) Analfabeto/ (1) 1ª a 4ª série/ (2) 4ª série completa/ (3) 5ª a 8ª série/ (4) fundamental completo/ (5) ensino médio incompleto/ (6) ensino médio completo/ (7) ensino superior incompleto/ (8) superior completo/ (9) ignorado ou não se aplica	
ENDEREÇO (LOGRADOURO – RUA, AVENIDA, ETC)			NÚMERO
COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE/ ESTADO	
CONDIÇÃO DO INDIVÍDUO EXPOSTO (SITUAÇÃO DE RISCO)			
() CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES			
() INDIVÍDUOS IMUNOCOMPROMETIDOS GRAVES			
() GESTANTES SEM EVIDÊNCIA PRÉVIA DE IMUNIDADE AO SARAMPO			
() PESSOAS COM OUTROS GRAUS DE IMUNOCOMPROMETIMENTO E QUE NÃO TENHAM EVIDÊNCIA PRÉVIA DE IMUNIDADE AO SARAMPO			
SITUAÇÃO VACINAL () A PESSOA EXPOSTA (PARA MAIORES DE 6 MESES DE IDADE OU () DA MÃE (PARA MENORES DE 6 MESES DE IDADE)			
() TRÍPLICE VIRAL (MMR OU SCR – – SARAMPO – CAXUMBA – RUBÉOLA)		NÚMERO DE DOSES: _____	
() TETRAVIRAL (MMRV OU SCR – – SARAMPO – CAXUMBA – RUBÉOLA – VARICELA)		NÚMERO DE DOSES: _____	
() DUPLA VIRAL (SR, VACINA DE SARAMPO E RUBÉOLA USADA NA CAMPANHA COM RUBÉOLA DE 2008)		NÚMERO DE DOSES: _____	
() SARAMPO MONOVALENTE (VACINA USADA NO PASSADO)		NÚMERO DE DOSES: _____	
DATAS DAS DOSES: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____			
OUTRAS COMORBIDADES (DOENÇAS PRÉVIAS)	PESO EM KG	IDADE GESTACIONAL SE GESTANTE	

INFORMAÇÕES SOBRE O CASO FONTE – INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS		
NOME DO CASO FONTE (SUSPEITO OU CONFIRMADO) DE SARAMPO		NÚMERO DO SINAN DA NOTIFICAÇÃO DO CASO FONTE
DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS DO CASO FONTE ____/____/____	DATA DO INÍCIO DO EXANTEMA DO CASO FONTE ____/____/____	DATA DA PRIMEIRA EXPOSIÇÃO ____/____/____
RELAÇÃO ENTRE CASO FONTE E PESSOA EXPOSTA ☐ RESIDEM NO MESMO DOMICÍLIO ☐ ESTÃO NA MESMA SALA DA CRECHE/ ESCOLA/ FACULDADE ☐ TRABALHAM NA MESMA SALA		☐ OUTROS. EXPCIFIQUE:

LOCAL ONDE SERÁ APLICADA A IMUNOGLOBULINA
INDIQUE O LOCAL:

INFORMAÇÕES SOBRE O SOLICITANTE	
NOME DO PROFISSIONAL QUE ENCAMINHA	FUNÇÃO
NOME DA UNIDADE DE SAÚDE QUE ENCAMINHA	MUNICÍPIO / ESTADO
TELEFONE:	E-MAIL:
ASSINATURA	DATA E HORA DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO ____/____/____ ____:____