

	PROTOCOLO	Página: 1 de 10
	VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) PEDIATRIA	Código: MED.PR-043
		Implantação: 03/2019
		Revisão:
		Validade: 03/2021
Área: Pediatria		Versão: 1ª

1. OBJETIVO

Padronizar o fluxo de atendimento para casos suspeitos ou identificados de VSR em Pediatria.

2. AGENTES

Médico

Enfermeiro

Técnico de enfermagem

3. CONCEITO

As infecções respiratórias agudas de vias aéreas são responsáveis, na pediatria, por um grande número de atendimentos, visitas a serviços de emergência e hospitalizações.

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é o principal agente causador dessas infecções em lactentes jovens, com grande impacto na saúde dos mesmos em curto e em longo prazo. Ele é um RNA vírus, não segmentado, envelopado, da família Paramyxoviridae. Causa infecção aguda do trato respiratório em indivíduos de todas as idades. É um dos principais agentes etiológicos das infecções que acometem o trato respiratório inferior entre lactentes e crianças menores de 2 anos de idade, podendo ser responsável por até 75% das bronquiolites e 40% das pneumonias durante os períodos de sazonalidade .

A maioria das crianças é infectada no primeiro ano de vida e, virtualmente, todas as crianças serão expostas ao vírus até o final do segundo ano de idade, com reinfecções durante toda a vida. Entretanto, o acometimento de vias aéreas inferiores, e conseqüentemente, as formas graves da doença, predominam na primoinfecção.

A infecção caracteriza-se fundamentalmente por seu caráter sazonal, predominante no inverno e início da primavera, e com duração de cerca de 4 a 6 meses, dependendo

ELABORADO POR: Dra Josie Munhoz Pedroso Pimentel	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO	Página: 2 de 10
	VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) PEDIATRIA	Código: MED.PR-043
		Implantação: 03/2019
		Revisão:
		Validade: 03/2021
Área: Pediatria		Versão: 1ª

das características de cada país ou região.

No Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste predomina a circulação de março a julho. Clinicamente, pode variar desde formas leves, assintomáticas, até formas graves com comprometimento do estado geral e insuficiência respiratória.

A profilaxia com o anticorpo monoclonal específico, o palivizumabe, é capaz de prevenir formas graves da doença e vem sendo recomendada através de diferentes esquemas em diversos países. O desfecho clínico considerado na profilaxia é a redução das taxas de hospitalização, e face ao seu elevado custo, muito se discute em relação às diretrizes de sua utilização.

4. Fatores de risco:

- Prematuridade (principalmente menores de 32 semanas de idade gestacional ao nascer);
- Lactentes jovens (menores de 6m);
- Crianças com doença pulmonar crônica;
- Crianças com Displasia Broncopulmonar;
- Crianças com cardiopatias.

5. Via de Transmissão

O VSR atinge o trato respiratório através do contato direto com secreções respiratórias de pessoas infectadas ou através de superfícies ou objetos contaminados. A infecção ocorre quando o material infectado atinge o organismo através da membrana mucosa dos olhos, boca e nariz ou pela inalação de gotículas derivadas de tosse ou espirro.

ELABORADO POR: Dra Josie Munhoz Pedroso Pimentel	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO	Página: 3 de 10
	VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) PEDIATRIA	Código: MED.PR-043
		Implantação: 03/2019
		Revisão:
		Validade: 03/2021
Área: Pediatria		Versão: 1ª

O tempo de sobrevivência do VSR nas mãos é de menos de 1 hora, no entanto, em superfícies duras e não porosas (como, por exemplo, o estetoscópio), pode durar até aproximadamente 24 horas.

Estima-se que o período de incubação da doença é de quatro a cinco dias. O vírus se replica em nasofaringe e o período de excreção viral pode variar de 2 a 8 dias ou até a melhora clínica. Em recém-nascidos, lactentes jovens e pacientes imunocomprometidos a disseminação do vírus pode persistir por períodos mais prolongados, de até 3 a 4 semanas.

A ocorrência de surtos de infecção por VSR pode ocorrer na comunidade como também em ambiente hospitalar, a partir da infecção ou colonização de pais, visitantes e profissionais da saúde como médicos e enfermeiros que cuidam de crianças com infecção por VSR, que passam a funcionar como agentes de transmissão do vírus no ambiente hospitalar. Línico.

5. Diagnóstico

O diagnóstico da bronquiolite é principalmente clínico. Entretanto, em determinadas situações, a detecção da etiologia da infecção respiratória pode ser importante como, por exemplo, em pacientes imunocomprometidos; com formas de apresentação grave da doença; reduzir o uso inapropriado de antimicrobianos; proporcionar vigilância; estabelecer medidas de isolamento hospitalar e em alguns casos, diminuir custos hospitalares; dias de internação e principalmente para melhor conhecimento sobre a epidemiologia das infecções respiratórias. Desta forma, o diagnóstico específico do VSR é recomendado em nosso serviço nos pacientes hospitalizados.

As técnicas padronizadas para coleta de amostras de secreção respiratória para confirmação diagnóstica de infecções virais são:

ELABORADO POR: Dra Josie Munhoz Pedroso Pimentel	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO	Página: 4 de 10
	VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) PEDIATRIA	Código: MED.PR-043
		Implantação: 03/2019
		Revisão:
		Validade: 03/2021
Área: Pediatria		Versão: 1ª

— Aspirados de nasofaringe;

— Swabs de rayon com ponta revestida com fibras curtas que estão dispostas de forma perpendicular à haste de plástico.

O tipo e a qualidade da amostra clínica obtida exercem importância fundamental na sensibilidade e especificidade dos ensaios atualmente disponíveis para detecção viral. Demonstrou-se que o lavado nasal ou aspirado de nasofaringe é mais sensível para a detecção de VSR do que uma amostra de swab. No entanto, a coleta de um esfregaço de nasofaringe é muito menos desagradável para o paciente.

Em nosso serviço, coletamos o swab.

6. Tratamento

Não há terapêutica específica disponível que abrevie o curso e a resolução dos sintomas. O tratamento, portanto, é de suporte e geralmente os pacientes apresentam boa evolução. Para estabelecer uma padronização, as condutas aqui sugeridas, baseiam-se em *guidelines* e publicações científicas recentes.

Tratamento Domiciliar – deve ser recomendado e os cuidadores devem ser orientados:

- Fazer higiene das mãos com água e sabão e /ou álcool a 70%.
- Evitar tabagismo passivo.
- Manter alimentação normal para a idade da criança.
- Fazer higiene da cavidade nasal com solução salina
- Uso de antitérmicos se for necessário.
- Reavaliação médica se houver dúvidas ou se sinais de alerta presentes.

ELABORADO POR: Dra Josie Munhoz Pedroso Pimentel	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO	Página: 5 de 10
	VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) PEDIATRIA	Código: MED.PR-043
		Implantação: 03/2019
		Revisão:
		Validade: 03/2021
Área: Pediatria		Versão: 1ª

Sintomas de “alerta”. Quando hospitalizar?

- Episódios de Apneia
- Criança com piora do estado geral (hipoativa, prostrada, acorda apenas com estímulos prolongados).
- Desconforto respiratório (gemência, retração torácica, FR >60, cianose central, saturação <92% persistente).
- Sinais de desidratação.
- Recusa alimentar, ingestão reduzida e/ou sem diurese por 12 horas.
- Presença de comorbidade: displasia, cardiopatia, imunodeficiência, doença neuromuscular, outras.
- Idade: <3meses.
- Prematuridade, especialmente < 32semanas.
- Condição social ruim.
- Dificuldade de acesso ao serviço de saúde, se houver piora clínica.
- Incapacidade, falta de confiança para identificar sinais de “alerta”.

Tratamento de suporte para crianças hospitalizadas.

- Hidratação e oxigenação
- Tratamento fundamental: hidratação e oxigenação adequadas, oferecendo líquidos por via oral / enteral ou, na impossibilidade desta, por via intravenosa.
- A SatO₂ deve ser mantida maior do que 92%. Essas medidas, associadas à monitorização adequada, constituem o tratamento de suporte aceito nos mais variados centros.

ELABORADO POR: Dra Josie Munhoz Pedroso Pimentel	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO	Página: 6 de 10
	VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) PEDIATRIA	Código: MED.PR-043
		Implantação: 03/2019
		Revisão:
		Validade: 03/2021
Área: Pediatria		Versão: 1ª

Medicamentos:

Broncodilatadores

A utilização dos beta-2 agonistas (0,15 mg/kg) segue sem evidências científicas definidas, mas, no contexto clínico, continua sendo uma prática quase universal. Entretanto, deve ser suspensa caso 60 minutos após a inalação da droga não ocorra melhora ou ocorra piora clínica. Na infecção por VSR, a redução do diâmetro da via aérea e o chiado são decorrentes de pelo menos quatro causas: aumento da produção de secreção, projeção do epitélio lesado da via aérea para o lúmen, edema de mucosa e intersticial, e broncoconstrição mediada por possíveis mecanismos humorais ou neurogênicos, sendo que a contribuição de cada um desses fatores é variável entre os pacientes, particularmente no que se refere à bronco-constrição. Os beta-2 agonistas agem apenas na broncoconstrição, sendo mais efetivos quanto maior for a contribuição desta. A terapêutica com broncodilatadores é mais eficaz no estágio inicial da infecção, momento em que as pequenas vias aéreas não estão obstruídas com secreções e debris celulares.

Adrenalina por nebulização

Não se recomenda de rotina. O uso de acordo com a resposta clínica pode eventualmente ser considerado, mas só deve ser mantido se houver evidência de melhora imediata

Solução salina hipertônica por nebulização

As evidências sugerem que a nebulização com salina a 3% pode reduzir significativamente o tempo de internação em crianças com Bronquiolite Viral Aguda não grave (BVA) e diminuir os escores de gravidade em pacientes hospitalizados.

ELABORADO POR: Dra Josie Munhoz Pedroso Pimentel	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO	Página: 7 de 10
	VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) PEDIATRIA	Código: MED.PR-043
		Implantação: 03/2019
		Revisão:
		Validade: 03/2021
Área: Pediatria		Versão: 1ª

Corticosteroides

Estudos multicêntricos não evidenciaram benefício para reduzir a taxa de admissão hospitalar.

Portanto, não se recomenda seu uso de rotina. Considerar seu uso em criança com história de sibilância recorrente e antecedente pessoal ou familiar de atopia.

Na prática, recomenda-se o uso do corticóide, observando a resposta para sua manutenção,

Pode-se utilizar Prednisolona (1 a 2mg/kg/dia) ou Hidrocortisona, (4mg/kg/dia de acordo com o quadro clínico da criança.

Antimicrobianos

Não há evidências para uso de antimicrobianos na BVA comprovada, exceto se a mesma complicar-se por infecção bacteriana sobreposta.

Prognóstico:

A BVA com necessidade de internação hospitalar está associada com aumento de sibilância recorrente.

Medidas de controle da transmissão

Em decorrência de sua alta transmissibilidade o VSR representa uma séria ameaça à ocorrência de surtos em ambientes hospitalares, particularmente em unidades de terapia intensiva neonatal, unidades de oncologia e de transplantes, unidades de idosos e de pacientes de risco, associando-se a significativa morbidade e mortalidade, merecendo a implementação de práticas preventivas rigorosas nos hospitais, como:

- Isolamento de casos confirmados e suspeitos;
- Medidas padrão de controle de infecção hospitalar;

ELABORADO POR: Dra Josie Munhoz Pedroso Pimentel	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO	Página: 8 de 10
	VÍRUS SINCIAL RESPIRATÓRIO (VSR) PEDIATRIA	Código: MED.PR-043
		Implantação: 03/2019
		Revisão:
		Validade: 03/2021
Área: Pediatria		Versão: 1ª

- Higiene frequente e criteriosa das mãos;
- Uso de equipamentos de proteção (luvas, óculos, máscaras e aventais).

Profilaxia para VSR

A profilaxia para a infecção pelo VSR inclui medidas gerais, tanto em ambiente domiciliar quanto hospitalar, principalmente quando bebês de alto risco estão expostos. Os familiares devem ser orientados sobre a importância da profilaxia, principalmente durante a sazonalidade, incentivando a lavagem das mãos, uso de álcool gel, evitar ambientes fechados e aglomerados, além de exposição a pessoas com quadros respiratórios. Os bebês também não devem ser expostos a tabaco e o incentivo ao aleitamento materno deve ser reforçado.

Em ambiente hospitalar, a prevenção inclui controle de contatos infectados, tanto pacientes, como profissionais e visitantes. Medidas de bloqueio de infecção hospitalar são necessárias e a higienização rotineira das mãos não deve ser negligenciada.

O palivizumabe (anticorpo monoclonal que apresenta atividade neutralizante e inibitória da fusão do VSR no epitélio respiratório da criança) deve ser administrado na posologia de 15 mg/kg, via intramuscular (IM), de preferência na face anterolateral da coxa, uma vez por mês, durante o período de sazonalidade do VSR previsto na comunidade.

Em 2013 o Ministério da Saúde do Brasil passou a disponibilizar o palivizumabe, em todo o território nacional, para bebês segundo os seguintes critérios:

- Prematuros até 28 semanas e 6 dias de idade gestacional, menores de um ano de idade ;
- Crianças portadoras de cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada até o segundo ano de vida.

ELABORADO POR: Dra Josie Munhoz Pedroso Pimentel	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO	Página: 9 de 10
	VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) PEDIATRIA	Código: MED.PR-043
		Implantação: 03/2019
		Revisão:
		Validade: 03/2021
Área: Pediatria		Versão: 1ª

- Crianças portadoras de doença pulmonar crônica da prematuridade, independente da idade gestacional, até o segundo ano de vida.

8. Referências

1. CARVALHO, W. B.; JOHNSTON, C.; FONSECA, M. C. Bronquiolite aguda, uma revisão atualizada. In: **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, 2007, vol. 53, n. 2, p.182-188. Disponível
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

ELABORADO POR:

Dra. Josie Munhoz Pedroso Pimentel
Médica Neonatologista
CRM/SP: 126.527

ELABORADO POR: Dra Josie Munhoz Pedroso Pimentel	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--

	PROTOCOLO	Página: 10 de 10
	VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) PEDIATRIA	Código: MED.PR-043
		Implantação: 03/2019
		Revisão:
		Validade: 03/2021
Área: Pediatria		Versão: 1ª

APROVADO POR:

Dra. Carmen R. P. R. Amaro
Diretora Clínica / Médica
CRM/SP: 45.325

Dr. Juan Carlos Llanos
Diretor Técnico / Médico
CRM/SP: 90410

ELABORADO POR: Dra Josie Munhoz Pedroso Pimentel	APROVADO POR: Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
--	--