

# INFECÇÃO HUMANA PELO VÍRUS INFLUENZA A (H1N1)

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA PARA A REDE DE SAÚDE DE CAMPINAS RESUMO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS (24-08-09)

Na infecção pelo vírus influenza pode ocorrer desde doença leve não febril acometendo a via aérea superior até casos graves cursando com pneumonia fatal.

Período de incubação varia de 1 a 5 dias e o de transmissão de 1 dia antes até 7 dias após o início dos sintomas. Em crianças este período pode variar até 14 dias ou 24hs após o fim da febre.

### RESFRIADO COMUM:

• **Indivíduo com doença aguda, com sintomas respiratórios altos SEM febre. Estes não necessitam ser afastados das atividades cotidianas.**

### SINDROME GRIPAL:

• Indivíduo com doença aguda (com duração máxima de cinco dias), apresentando febre (ainda que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta, na ausência de outros diagnósticos.

### DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (DRAG):

• Indivíduo de qualquer idade com doença respiratória aguda caracterizada por febre superior a 38°C, tosse **E** dispnéia, acompanhada ou não de dor de garganta ou manifestações gastrintestinais.

### SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA:

• A presença de pelo menos **UM** dos sinais abaixo **EM CRIANÇAS** deve alertar o médico para o encaminhamento do paciente ao hospital:

- Cianose
- Batimento de asa de nariz
- Taquipnéia: 2 meses a menor de 1 ano (>50 IRPM); 1 a 5 anos (>40 IRPM)
- Toxemia
- Tiragem intercostal
- Desidratação/Vômitos/Inapetência
- Dificuldade para ingestão de líquidos ou amamentar
- Estado geral comprometido
- Dificuldades familiares em medicar e observar cuidadosamente
- Presença de co-morbidades/Imunodepressão

• Crianças podem apresentar distúrbios neurológicos como Mielite, Encefalite, Síndrome de **Guillain-Barré** e Síndrome de Reyes.

### ALTERAÇÕES LABORATORIAIS E RADIOLÓGICAS QUE PODEM ACOMPANHAR O QUADRO CLÍNICO:

- Alterações laboratoriais: leucocitose, leucopenia ou neutrofilia;
- Radiografia de tórax: infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.

### FATORES DE RISCO:

- Idade: inferior a dois ou superior a 60 anos de idade;
- Imunodepressão: por exemplo, pacientes com câncer, em tratamento para Aids ou em uso regular de medicação imunossupressora;
- Condições crônicas: por exemplo, hemoglobinopatias, diabetes *mellitus*; cardiopatias, pneumopatias, doenças renais crônicas; obesidade mórbida;
- Gestação.

### ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O MANEJO CLÍNICO

#### **INDIVÍDUO COM MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS COMPATÍVEIS COM DRAG:**

- Recomenda-se internar o paciente, dispensando-lhe os cuidados que o caso requer;

#### **PACIENTES COM DOENÇA NÃO GRAVE (SÍNDROME GRIPAL) E SEM FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES:**

- Não internar;
- Não coletar exame específico;
- Não está indicado o uso de Oseltamivir;
- Orientar isolamento domiciliar;
- Proceder à observação e reavaliação rigorosas do paciente.

#### **INDIVÍDUO COM SÍNDROME GRIPAL E FATOR DE RISCO:**

- Realizar avaliação clínica minuciosa periódica até melhora;
- Introduzir o medicamento específico de acordo com as orientações (Oseltamivir)

#### **DOSAGEM RECOMENDADA PARA O TRATAMENTO COM OSELTAMIVIR**

O uso do Oseltamivir está licenciado no país para indivíduos **a partir de um ano de idade**, e a dose relaciona-se com o peso. Recentemente, o uso na **faixa etária menor de um ano foi licenciado pelo U.S. Food and Drug Administration (FDA)**, por meio de autorização de uso emergencial, pois não foram apontados eventos adversos graves, apesar dos dados existentes sobre segurança serem ainda limitados. Desse modo, em situações especiais, considerando a elevada gravidade e o risco/benefício para esta faixa etária, o Oseltamivir poderá ser utilizado no tratamento de crianças menores de um ano.

**Atenção:** as concentrações e apresentações nos frascos de Oseltamivir para uso pediátrico são diferentes, conforme o laboratório produtor:

**Laboratório Roche (Tamiflu®):** frasco com 30g de pó para **suspensão**, na concentração de **12 mg/mL**.

**Hospital das Clínicas da FMUSP:** frasco com 50mL de **solução**, na concentração de **15 mg/mL**.

#### **Recomendado tratamento por 5 dias**

**ADULTOS (> 13 anos): 1 cápsula de 75mg 2 vezes ao dia**

#### **CRIANÇAS (acima de 1 ano):**

**<15 kg: 30mg 2 vezes ao dia**

**15-23kg: 45mg 2 vezes ao dia**

**24-40kg: 60mg 2 vezes ao dia**

**>40 kg: 75mg 2 vezes ao dia**

#### **CRIANÇAS <1 ANO**

**Recém-nascidos: 2mg/kg/dose**

**<3 meses: 12mg 2 vezes ao dia**

**3-5 meses: 20mg 2 vezes ao dia**

**6-11 meses: 25mg 2 vezes ao dia**

Deve-se ajustar a dosagem do medicamento nas seguintes situações:

- pacientes que apresentam obesidade (IMC>40)
- nos casos graves (SARA/SDRA) e sondados
- pacientes com insuficiência renal, *clearance* abaixo de 30 mL/min/1.73m<sup>2</sup>,

O medicamento somente será dispensado mediante a apresentação do formulário padronizado **completamente preenchido**, assinado e carimbado pelo médico assistente, acompanhado da receita médica com a prescrição do tratamento, incluindo a dosagem. Os formulários serão retidos e a receita devolvida ao paciente. A retirada poderá ser realizada por familiar ou acompanhante, devidamente identificado.

Locais para retirada do medicamento Oseltamivir:

- **HOSPITAL MUNICIPAL DR. MARIO GATTI - ACOLHIMENTO DO PRONTO SOCORRO**  
AVENIDA FARIA LIMA Nº 340 – PARQUE ITÁLIA, FONE: 21385700.

ATENDIMENTO DAS 7:00 ÀS 23:00 HORAS

- **GVE XVII Campinas**

Avenida Orosimbo Maia, 75 - V. Itapura Campinas - 13023-909.

Tel: 19 - 3739 7052 / 7036 - Fax: 19 - 3739 7039 / 7069

ATENDIMENTO DAS 23:00 ÀS 7:00 HORAS, PERÍODO QUE O DISPENSÁRIO DO DISPENSÁRIO DO HOSPITAL MÁRIO GATTI ESTÁ FECHADO.

- **COMPLEXO HOSPITALAR OURO VERDE – FARMÁCIA EXTERNA DO PRONTO SOCORRO**

AVENIDA RUI RODRIGUES Nº 3034 – JARDIM IEDA

FONE: 33063600

ATENDIMENTO 24 HORAS

Quanto aos eventos adversos, os mais comuns são náuseas, vômitos e diarreia, eventos estes que não contra-indicam a continuidade do tratamento. Os pacientes que desenvolvem eventos gastrointestinais graves podem reduzir a absorção oral do Oseltamivir. Porém, atualmente, não há nenhuma evidência científica para sugerir o aumento da dose ou do período de utilização do antiviral nesta situação.

Para os pacientes que vomitam até uma hora após a ingestão do medicamento, pode ser administrada uma dose adicional, conforme o esquema acima.

Todos os profissionais de saúde devem estar atentos e monitorar quaisquer eventos importantes, em especial nos menores de um ano e grávidas, onde os dados sobre a segurança do Oseltamivir são limitados.

A notificação de eventos adversos relacionados ao Oseltamivir deverá ser reportada ao Centro de Vigilância Sanitária/SES-SP, Farmacovigilância, *on-line*, via NOTIFIQUE:

[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/eventos\\_adv.asp](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/eventos_adv.asp).

## **ISOLAMENTO DOMICILIAR**

Recomenda-se que o indivíduo doente com Síndrome Gripal permaneça em domicílio durante sete dias após o início dos sintomas ou até o desaparecimento total dos sintomas (24hs sem febre), o que for depois.



## FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE OSELTAMIVIR

1 Agravado/doença

**SÍNDROME GRIPAL**

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

2 Nome do Paciente		
3 Sexo <input type="checkbox"/> M. Masculino <input type="checkbox"/> F. Feminino	4 Data de Nascimento	5 (DDD) Telefone
6 Logradouro (rua, avenida,...)		
7 Número	8 Complemento (apto., casa, ...)	9 Bairro
10 Município de Residência		

### ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICOS

11 DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS *	12 Indicação <input type="checkbox"/> caso grave <input type="checkbox"/> fator de risco (especifique) _____ <input type="checkbox"/> sinais de agravamento (especifique) _____
----------------------------------	---

**DISPENSAR SOMENTE UMA CAIXA OU FRASCO POR PACIENTE (anexar receita)**

Nome Legível do Médico Solicitante	Assinatura do Médico Solicitante	CRM/CARIMBO
Local	Data	
Retirado por (Nome)	Assinatura de quem retirou	Nº R.G.

- 1. ESTA FICHA NÃO SUBSTITUI A FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN**
- 2. SOLICITA-SE A DEVOUÇÃO SOMENTE DA RECEITA AO PACIENTE**
- 3. ESTE FOMULÁRIO FICARÁ RETIDO NO LOCAL DE DISPENSAÇÃO**



# Formulário de Suspeita de Reação Adversa

Planilha  
PL.FAC.03/00

FARMACOVIGILÂNCIA E ATENDIMENTO AO CIDADÃO

Data: \_\_\_\_\_ Atendente: \_\_\_\_\_ Id Ocor. nº: \_\_\_\_\_

## Identificação do Notificador

Nome do notificador: \_\_\_\_\_

Categoria profissional:  Dentista  Enfermeiro  Farmacêutico  Médico  Outros. Cite: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Fax: ( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## Identificação do Paciente

O notificador é o paciente:  Sim  Não Se não, Informe as iniciais do paciente: \_\_\_\_\_

Idade ou data de nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo  Fem  Masc.  Ignorado Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Em caso de gravidez, qual o tempo de gestação no momento da RAM: \_\_\_\_\_

## Identificação do Medicamento suspeito

Nome Produto: \_\_\_\_\_ Dose diária: \_\_\_\_\_ Via de adm.: \_\_\_\_\_ Data de início: \_\_\_\_\_ Data de fim: \_\_\_\_\_ Motivo do uso: \_\_\_\_\_ Nº do lote: \_\_\_\_\_

Local de aquisição do produto: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Identificação de Medicamentos de uso concomitante

Nome Produto:	Dose diária:	Via de adm.:	Data de início:	Data de fim:	Motivo do uso:	Nº do lote:

## Descrição da suspeita de Reação Adversa

Breve descrição da Reação: (evolução, intensidade, resultados laboratoriais, etc)

Assinale, se aplicável:

Óbito

Necessidade ou prolongamento de hospitalização

Invalidez ou incapacidade significativas

Risco de vida

A RAM diminuiu com a suspensão do medicamento?  
 Sim  Não  N/A

A RAM reapareceu após o reinício do medicamento?  
 Sim  Não  N/A

Reação:	Data de início da RAM	Data de fim da RAM	Evolução ou seqüelas (se houver):

## Doenças concomitantes

Hipertensão  Diabetes  Cardiopatia  Nefropatia  Hepatopatia  Etilismo  Tabagismo

Outras. Cite: \_\_\_\_\_

Alergia ou outras reações prévias ao medicamento?  Sim  Não  Desconhecido

Antecedentes médicos: \_\_\_\_\_

O produto suspeito apresenta alteração? (decomposição, contaminação, adulteração, prazo de validade vencido, cristalização, alteração de coloração)