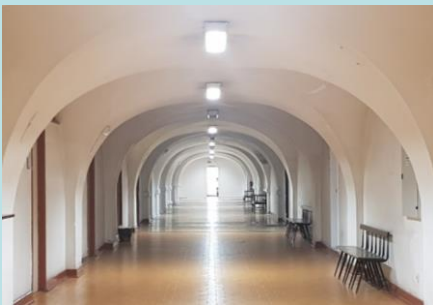


FEVEREIRO DE 2023

Ano 3 / nº 2

EDITORIAL

Em janeiro de 2022 começaram a ser reportados à OMS casos de monkeypox em vários estados membros não endémicos para este vírus. A 23 de julho o surto foi declarado como Emergência em Saúde Pública de Âmbito Internacional (PHEIC). Em Portugal os primeiros casos surgiram em maio, na consulta de Infeções Sexualmente Transmissíveis do CHULC, obrigando o seu número crescente a reestruturações no atendimento dos utentes e a procedimentos específicos. Nesta edição do boletim CIRA o CRI de Dermato Venereologia partilha a sua experiência durante o surto, salientando-se a importância da estreita colaboração entre as unidades clínicas, e entre estas e o PPCIRA, na abordagem das doenças infecciosas emergentes.



Vírus Monkeypox

A 3 de maio de 2022, na consulta de infeções sexualmente transmissíveis (IST) do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central e no Grupo de Ativistas em Tratamento (GAT), foram identificados 5 casos atípicos de úlceras genitais em homens. A 17 de maio foram confirmados resultados positivos em 3 amostras biológicas, ficando assim conhecidos os primeiros casos de infeção por Vírus Monkeypox (VMpox) em Portugal. O número de casos teve um aumento significativo nos meses que se seguiram, implicando a reorganização do atendimento a estes utentes e o desenvolvimento de procedimentos específicos.

O Vírus Monkeypox

O VMpox é um vírus de ADN de cadeia dupla, pertencente ao género Orthopoxvirus da família Poxviridae. O primeiro caso reportado em humanos data de 1970, na República Democrática do Congo. Foi inicialmente descrito como tendo duas variantes, a linhagem da Bacia do Congo e a da África Ocidental, com quadros clínicos semelhantes, mas perfis genéticos e de virulência distintos. Atualmente é utilizada uma nova nomenclatura: clade I (linhagem da Bacia do Congo), clade II (casos locais da África Ocidental e viajantes incidentais) e o surto atual, fora da região africana, com clade IIb. As amostras de casos reportados no contexto do surto atual permitiram perceber que esta variante apresenta uma capacidade de evolução mais acelerada e com maior número de mutações que as anteriormente conhecidas.

Período de incubação

Varia habitualmente entre 5 a 21 dias, pelo que é fulcral apurar o contexto epidemiológico da pessoa suspeita nos 21 dias anteriores ao início do quadro clínico (história de relações sexuais com múltiplos parceiros, nomeadamente homens que têm sexo com homens, exposição a caso confirmado de infeção por VMpox e história de viagem a países da África Ocidental ou Central) e manter vigilância dos contactos durante 21 dias.

Apresentação clínica

Classicamente inicia-se com febre, cefaleias, astenia, mialgia e/ou adenomegalias. Segue-se o aparecimento de exantema, maculopapular pruriginoso, com lesões de cerca de 2-5 mm de diâmetro, com evolução para as fases de vesícula e pústula, geralmente dolorosa, lesão umbilicada, úlceras e, por fim, crosta e descamação. O exantema evolui ao longo de 2 a 4 semanas, propagando-se de forma centrífuga, com ponto de partida na face, podendo atingir as palmas e plantas.

Transmissão

Pode ocorrer através de pele não íntegra e das mucosas oral, nasal, ocular, genital e anal e através de gotículas respiratórias. Requer, pois, contacto íntimo e prolongado, contacto com objetos contaminados (vestuário, roupa de cama, talheres, entre outros) ou contacto direto com lesões exantemáticas, exsudados, crostas ou fluidos corporais infecciosos.

É possível que ocorra transmissão através da placenta, da mãe para o feto, ou por contacto próximo durante e após o parto. Não é claro se o VMpox pode ser transmitido por secreções genitais, ou por pessoas assintomáticas. Verifica-se, no entanto, transmissão caso existam lesões na área genital.

2

Prevenção da Infecção

Medidas a adotar em **casos suspeitos ou confirmados**:

- Isolar-se e manter o distanciamento físico até à resolução das lesões (queda das crostas);
- Manter abstinência sexual e privação de contactos próximos (coabitantes e familiares próximos), pele-com-pele ou pele com mucosa, até resolução das lesões (queda das crostas);
- Não partilhar o mesmo espaço se coabitar com crianças, grávidas e pessoas imunodeprimidas;
- Não partilhar e garantir a higienização e desinfecção de objetos de uso pessoal, vestuário, roupas de cama e outros têxteis e superfícies do espaço doméstico;
- Lavar vestuário e têxteis com água quente e detergentes habituais ou, quando possível, numa máquina de lavar (>60°C), utilizando um ciclo de lavagem prolongado;
- Limpar as superfícies duras com detergentes com cloro, deixando secar ao ar;
- Alertar as pessoas que foram seus contactos próximos desde o início dos sintomas, para possíveis sinais e sintomas. Na eventualidade de os contactos desenvolverem sintomas, devem observar as precauções acima recomendadas e procurar cuidados de saúde;
- Evitar contacto próximo com animais domésticos e outros animais, em especial roedores;
- Em caso de necessidade de se deslocar a uma unidade de saúde, o doente deverá utilizar máscara facial e cobrir as lesões, o mais possível, com o vestuário;
- As medidas de isolamento de caso suspeito ou confirmado devem ser mantidas até queda de todas as crostas, que se estima ocorrer entre 2 a 4 semanas.

Uso de equipamento de proteção individual (EPI) pelos profissionais de saúde

No contacto com o **utente com suspeita ou confirmação de infecção por VMpox**, utilizar:

- Higiene das mãos;
- Avental ou bata de manga comprida;
- Luvas de nitrilo;
- Respirador de partículas FFP2, em especial na recolha de amostras e na realização de procedimentos geradores de aerossóis;
- Proteção ocular para procedimentos com risco de gerarem aerossóis, contacto com fluidos e durante a higienização do gabinete.

Controlo ambiental

A **roupa** deve ser contida no local e segue o circuito habitual.

Os **resíduos** devem ser cuidadosamente manuseados e tratados como resíduos clínicos infecciosos.

Superfícies, equipamentos e materiais – Lavar e desinfetar conforme o indicado para quartos de doentes em isolamento de contacto (AMB.107).

A EXPERIÊNCIA DA CONSULTA DE IST DO CHULC

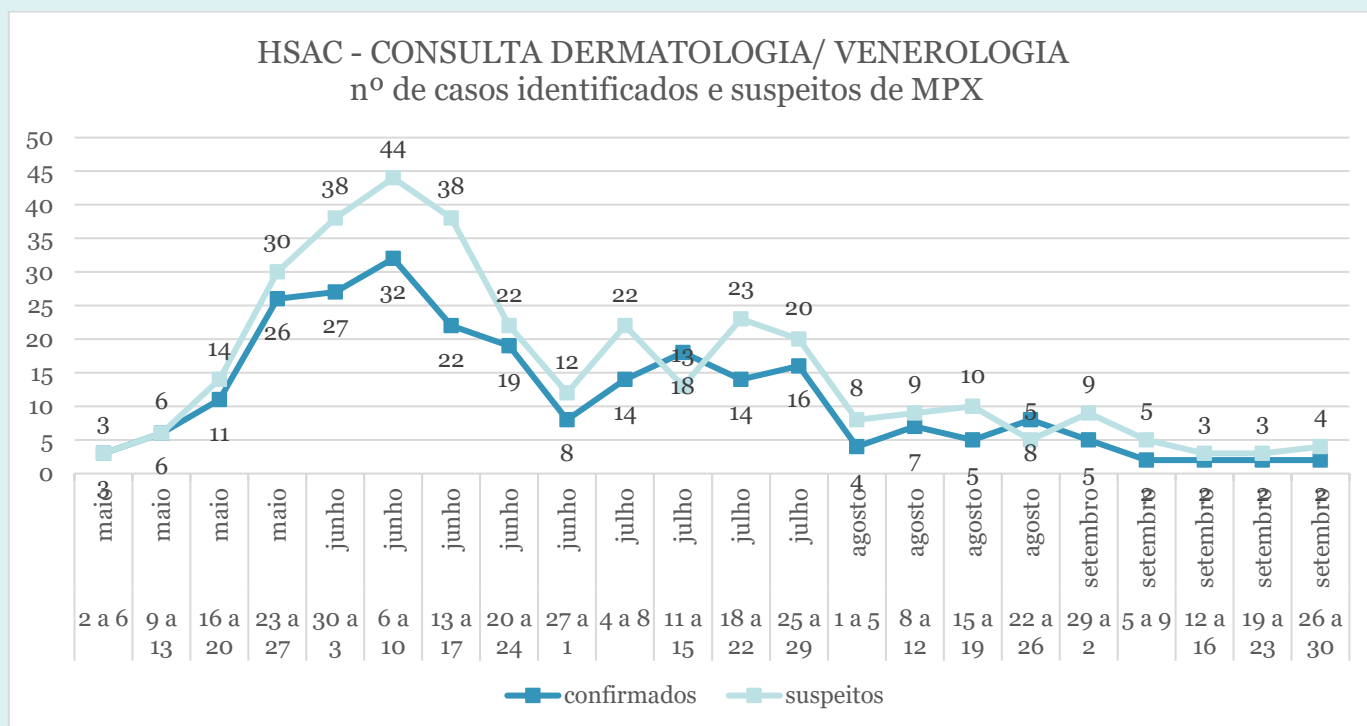
Atendendo ao aumento progressivo do número de utentes na consulta de IST e consulta de urgência do CRI Dermatologia e Venereologia, nomeadamente encaminhados pelo SU do Hospital de São José (Orientação Técnica 004/2022 de 31/05/22 da DGS), foi necessário reestruturar o atendimento. No procedimento setorial elaborado pela equipa multidisciplinar foram definidos:

- Circuitos na consulta;
- Circuitos para internamento – serviço de Doenças Infeciosas do Hospital Curry Cabral – e para avaliação no Serviço de Urgência;
- Responsabilidades de todos os intervenientes no processo.

Para dar resposta às inúmeras questões colocadas pelos utentes nas consultas de IST, foi feito um investimento na **Literacia sobre a transmissão e prevenção do VMpox**. Em todas as consultas de enfermagem foi abordada a existência desta infeção, esclarecidas dúvidas e entregue folheto informativo.

O pico de casos confirmados e suspeitos foi em meados do mês de junho (gráfico). Apesar da possibilidade do aumento do número de casos associados a comportamentos de risco com os festivais de verão, o mesmo não se verificou. A intervenção na Literacia pode ter contribuído para a diminuição progressiva de casos, face ao pico apresentado.

3



No surto atual o período de incubação foi em média 9 dias, para exposição de alto risco, tendo surgido manifestações atípicas ou com carácter distintivo:

- Lesões das mucosas orais e ano-genitais, incluindo enantema, pápulas, vesículas e úlceras, que se constituem muitas vezes como as primeiras manifestações da doença;
- Presença frequente de adenopatias localizadas ou generalizadas, simétricas ou não, nas regiões com maior número de lesões;
- Ausência de lesões exantemáticas/enanemáticas, mas com presença de dor anal e sangramento;
- Lesões na área genital e/ou perineal que não alastram, ou com aparecimento tardio de escassas lesões cutâneas;
- Apresentação clínica com poucas ou apenas uma única lesão na pele ou mucosas;
- Evolução assíncrona das lesões, que surgem em diferentes estádios de desenvolvimento;
- Ausência do período prodrômico, com aparecimento de lesões antes ou ao mesmo tempo que os sintomas de febre, mal-estar e outros sintomas constitucionais.

Abordagem dos casos suspeitos e prováveis

Atendimento prioritário, por forma a minimizar o tempo de permanência na sala de espera e na consulta.

Consulta médica

- Avaliação clínica, prescrição terapêutica e notificação dos casos suspeitos e prováveis na plataforma SINAVE.

Consulta de enfermagem

- Recolha de amostras para diagnóstico de VMpox (a enviar ao Instituto Ricardo Jorge)

- Zaragatoa de exsudado da ferida ou fluido vesicular ou pustular em meio viral;
- Zaragatoa da orofaringe em meio viral;
- Zaragatoa da região anal, em meio viral, nos casos em que existe critério para tal;
- Amostra de sangue em tubo de bioquímica
- Amostra de urina

- Recolha de amostras para diagnóstico diferencial e/ou diagnóstico de outras IST (gonorreia, clamídia, sífilis, VIH, entre outras)

Ensino aos utentes

- Esclarecimentos no âmbito da **prevenção da infeção, notificação dos contactos** próximos e **critérios de elegibilidade para a vacina (norma 006/2022 da DGS de 20/09/2022)**.

- **Folheto informativo**, com informações e contactos para esclarecimentos ou apoio após a consulta (criado pelo serviço de Doenças Infeciosas do HCC, e adaptado para uso na consulta de IST do CRI Dermatologia e Venereologia).

Utentes com diagnóstico confirmado

Realização de nova colheita de sangue em tubo de bioquímica, ao fim de 21 dias, para envio para o Instituto Ricardo Jorge.

Como noutros contextos, a maioria dos casos apenas requereu cuidados em ambulatório, sendo o seu tratamento de suporte (hidratação, analgesia e antipiréticos).

Dos 903 casos confirmados em Portugal até setembro de 2022, cerca de 40% foram seguidos na Consulta de IST do CHULC

Situação Atual da Doença por VMpox em Portugal

Entre 3 de maio de 2022 e 7 de fevereiro de 2023 foram confirmados 951 casos de Mpox em Portugal, sem novos casos na última semana. Todas as regiões de Portugal continental e Região Autónoma da Madeira reportaram casos, dos quais 77% na região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

A DGS continua a reforçar a relevância da Norma 006/2022 relativa à vacinação contra a infeção, em especial no contexto de identificação de elegíveis para a vacinação pré-exposição.

Fonte: Infeção humana por VMpox em Portugal. Informação número 20. Informação sobre o número de casos em Portugal até 27 de janeiro de 2023 – Publicada no site da DGS.

Contacte-nos

**Unidade Local
Programa de Prevenção e Controlo
de Infeções e de
Resistência aos Antimicrobianos
UL-PPCIRA**

ul.ppcira@chlc.min-saude.pt

Hospital de São José:

21 884 14 63, Ext. 11463

Hospital de St. António dos Capuchos:

21 313 63 90, Ext. 21442

Hospital de Santa Marta:

213594000, Ext. 41228

Hospital de Curry Cabral:

21 7924297, Ext. 74297

Hospital de Dona Estefânia:

213126600, Ext. 51604

Maternidade Dr. Alfredo da Costa:

213184000, Ext. 61608

Consulte a nossa página na
Intranet

Envie-nos as suas sugestões

Autores

Pelo Conselho de Gestão do CRI de Dermato Venereologia:
Maria João Paiva Lopes (Diretora);
João Oliveira (Enfermeiro Coordenador).

A Equipa multidisciplinar de Infeções Sexualmente Transmissíveis do
CRI de Dermato Venereologia:

Isabel Silva (Enfermeira) – Elaboração;

Anabela Raimundo (Enfermeira) – Revisão;

Luís Dias (Enfermeiro) – Revisão;

Cândida Fernandes (Médica) – Revisão;

José Neves (Médico);

Mafalda Pestana (Médica);

Margarida Caldeira (Médica).