

PROTOCOLO TÉTANO NEONATAL

Agravo: Tétano Neonatal

CID 10: A33

Descrição do agravo

Doença infecciosa aguda, grave, não contagiosa, imunoprevenível, que acomete o recém-nascido nos primeiros 28 dias de vida, tendo como manifestação clínica inicial a dificuldade de sucção, irritabilidade e choro constante.

Sinómia

Tétano umbilical e “mal de sete dias”.

Agente Etiológico

Clostridium tetani, bacilo gram positivo, esporulado, anaeróbico.

Reservatório

Normalmente encontrado na natureza, na forma de esporo, podendo ser identificado na pele, fezes (especialmente do homem e cavalo), terra, galhos, arbustos, águas putrefatas, poeira, trato intestinal dos animais e instrumentais não esterelizados.

Modo de Transmissão

Por contaminação, durante a manipulação do cordão umbilical ou por meio de procedimentos inadequados realizados no coto umbilical, quando se utiliza substâncias, artefatos ou instrumentos contaminados com esporos.

Período de Incubação

Aproximadamente 7 dias, podendo variar de 2 a 28 dias.

Período de Transmissibilidade

Não há transmissão direta de pessoa a pessoa.

Susceptibilidade e Imunidade

Susceptibilidade é universal. A imunidade do recém nascido é conferida pela vacinação adequada da mãe no período gestacional. A imunidade transferida da mãe ao recém nascido é transitória e dura geralmente até 2 meses de vida. À partir do último trimestre de 2014, todas as gestantes à partir da 27ª semana de gestação deve receber uma dose da vacina adsorvida difteria, tétano e coqueluche acelular (dTpa), preferencialmente até 20 dias antes do parto, mesmo com esquema vacinal completo com componente toxóide tetânico.

Manifestações Clínicas

O recém nascido apresenta choro constante, irritabilidade, dificuldade para mamar e abrir a boca, decorrente da contração dolorosa dos músculos da mandíbula (trismo), seguida de rigidez de nuca, tronco e abdome. Evolui com hipertonia generalizada, hiperextensão dos membros inferiores e hiperflexão dos membros superiores, com as mãos fechadas, flexão dos punhos, paroxismos de contrações, rigidez da musculatura dorsal e intercostal, causando dificuldade respiratória. A contração da musculatura da mímica facial leva ao cerramento dos olhos, fronte pregueada e contração da musculatura dos lábios, como se o recém-nascido fosse pronunciar a letra U. As contrações de musculatura abdominal podem ser confundidas com cólica intestinal. Quando há presença de febre, ela é baixa, exceto se houver infecção secundária. Com a piora do quadro clínico, o recém-nascido deixa de chorar, respira com dificuldade e as crises de apnéia passam a ser constantes, podendo levar ao óbito. O coto umbilical pode-se apresentar normal ou com características de infecção, que dura cerca de 2 a 5 dias.

Complicações

Disfunção respiratória, infecções secundárias, disautonomia, taquicardia, crise de hipertensão arterial, parada cardíaca, miocardite tóxica, embolia pulmonar, hemorragias, fraturas de vértebras, entre outras.

Diagnóstico

É essencialmente clínico e não depende de confirmação laboratorial. Os exames laboratoriais são realizados apenas para controle das complicações e respectivas orientações do tratamento. O hemograma é normal, podendo apresentar discreta leucocitose ou linfopenia. As transaminases e uréia sanguíneas podem elevar se nas formas graves. Nos casos de insuficiência respiratória , orienta-se realizar gasometria e dosagem de eletrólitos. A radiografia de tórax e coluna vertebral torácica deve ser realizada para diagnosticar infecções pulmonares e fraturas de vértebras. As culturas de sangue, secreções e de urina são indicadas apenas nos casos de infecções secundárias.

Diagnóstico Diferencial

♦**Septicemia** – na sepse do recém nascido pode haver hipertonia muscular, o estado geral é grave e cursa com hiper ou hipotermia, alterações do sensorio e evidências do foco séptico (diarréia e onfalite). O trismo não é freqüente, nem ocorrem os paroxismos espásticos.

♦**Encefalopatias**- podem cursar com hipertonia e o quadro clínico geralmente é evidente logo após o nascimento, havendo alterações do sensorio e crises convulsivas. O trismo não é freqüente.

♦**Distúrbios metabólicos**- hipoglicemia, hipocalcemia e alcalose.

♦**Outros diagnósticos diferenciais**- epilepsia, lesão intracraniana por traumatismo do parto, peritonites, onfalites e meningites.

Tratamento

O recém nascido deve ser internado em unidade de terapia intensiva (UTI) ou em enfermaria apropriada, acompanhada de equipe médica e de enfermagem experiente e treinada na assistência deste agravo, com o objetivo de reduzir complicações e letalidade.

A enfermaria ou unidade deve dispor de isolamento acústico, redução de luminosidade, ruídos e da temperatura ambiente. A atenção da enfermagem deve ser contínua, vigilante quanto às emergências respiratórias, decorrentes dos espasmos, realizando pronto atendimento com assistência ventilatória nos casos de dispnéia ou apnéia.

Princípios Básicos do Tratamento

A adoção de medidas terapêuticas é de responsabilidade médica e o tratamento consiste em:

- ◆Sedação do paciente antes de qualquer procedimento.
- ◆Adoção de medidas gerais que incluem manutenção de vias aéreas pérvias, hidratação, redução de qualquer tipo de estímulo externo, alimentação por sonda e analgésicos.
- ◆Utilização de IGHAT ou, em caso de indisponibilidade, administração do SAT.
- ◆Antibioticoterapia.

Recomendação para uso de sedativos/miorrelaxantes

Sedativos/Miorrelaxantes	Dose	Via de Administração
Diazepam	0,3 a 2 mg/kg/dose	Endovenosa
Midazolam (alternativa para diazepam)	0,15 a 0,20 mg/kg/dia	Endovenosa

Outros sedativos e anticonvulsivantes (curare, hidrato de coral a 10%, fenobarbital) poderão ser utilizados a critério médico.

Neutralização da toxina tetânica

Recomendação para neutralização da toxina tetânica e uso profilático

Imunobiológico	Dosagem	Via de Administração	Observações
IGHAT (1ª escolha)	250 UI	Intramuscular	Solicitar indicações dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais-CRIE.
SAT	Profilaxia: 5.000 UI Terapêutica: 20.000UI	Intramuscular ou endovenosa.	Se intramuscular fazer o volume em duas massas musculares diferentes. Se endovenosa, diluir em soro glicosado a 5% com gotejamento lento.

Recomendação para uso de antibióticos (erradicação do C. tetani)

Antibiótico	Dosagem	Via de Administração	Frequência	Duração
Penicilina Cristalina	G. 200.000UI kg/dia	Endovenosa	4 em 4 horas	7 a 10 dias
Metronidazol (Alternativa P.G.C)	à 7,5 mg	Endovenosa	8 em 8 horas	7 a 10 dias

Outros antimicrobianos poderão ser necessários em caso de infecção secundária (onfalites, pneumonia, infecção urinária e sepse).

Erradicação do Clostridium tetani (Cuidados com o coto umbilical)

Além da antibioticoterapia, o debridamento do foco infeccioso é importante. O tratamento cirúrgico do foco deve ser precedido do uso de antitoxina tetânica e é de grande relevância a retirada de corpos estranhos e tecidos desvitalizados. A ferida deve ser limpa com substância oxidante (água oxigenada) ou antissépticas (álcool a 70%, clorexidina), permanganato de potássio a 1/5.000- 1 comprimido diluído em meio litro de água) e mantida aberta. A indicação de debridamento no coto umbilical deve ser cuidadosamente avaliada pela equipe médica.

Características epidemiológicas

Com a implementação de uma política de eliminação do tétano neonatal como problema de saúde pública no mundo, sua incidência tem sido reduzida sensivelmente, principalmente nas Américas. A meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de menos de um caso novo por 1.000 nascido vivos por distrito ou município em cada país. A doença continua existindo como problema de saúde pública apenas em países de menor desenvolvimento econômico e social, principalmente no continente Africano e no Sudeste Asiático.

No Brasil, entre 2003 e 2013, ocorreram 85 casos de tétano neonatal, com maior registro nas regiões Norte e Nordeste. A taxa de incidência no país está abaixo do preconizado pela OMS, porém alguns municípios a meta da OMS ainda não foi alcançada. Último caso registrado no Tocantins foi em 2005, em município da região do Cantão.

Fatores de risco para o tétano neonatal

- ◆Baixas coberturas vacinais com componente toxóide.
- ◆Partos domiciliares assistidos por parteiras tradicionais sem capacitação ou utilização de instrumentos inadequados.
- ◆Oferta inadequada de pré natal em áreas de difícil acesso.
- ◆Baixa qualificação do pré natal.
- ◆Alta hospitalar precoce e acompanhamento deficiente do recém nascido e da puérpera.
- ◆Deficiente cuidado de higiene com o coto umbilical e higiene com o recém nascido.
- ◆Baixo nível de escolaridade das mães.
- ◆Baixo nível socioeconômico.
- ◆Baixa qualidade da educação em saúde.

Definição de Caso

Suspeito

Todo recém nascido que nasceu bem, sugou normalmente nas primeiras horas e, entre o 2º e 28º dia de vida, apresentou dificuldade em mamar, choro constante, independentemente do estado vacinal da mãe,

do local e das condições de parto. São também considerados suspeitos todos os óbitos, nessa mesma faixa etária, de crianças que apresentem essas mesmas características, com diagnóstico indefinido ou ignorado.

Confirmado

Todo recém nascido que nasceu bem, sugou normalmente nas primeiras horas e, entre o 2º e 28º dia de vida, apresentou dificuldade respiratória, recusou amamentação e apresentou dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: trismo, contratura dos músculos da mímica facial, olhos cerrados, pele da fronte pregueada, lábios contraídos, hiperflexão dos membros superiores junto ao tórax, hiperextensão dos membros inferiores e crises de contraturas musculares, com inflamação ou não do coto umbilical.

Descartado

Todo caso suspeito que, após investigação epidemiológica, não preencha os critérios de confirmação de caso.

Notificação

A notificação de caso suspeito deverá ser realizada por profissional de saúde ou qualquer membro da comunidade à equipe de vigilância epidemiológica do município, que a encaminhará às equipes de vigilância epidemiológica local, que encaminhará às equipes de vigilância epidemiológica regional ou estadual que, por sua vez, enviará ao Ministério da Saúde. Após a notificação, deverá proceder-se à investigação imediatamente.

A notificação deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), através do preenchimento da Ficha de Investigação de Tétano Neonatal, conforme descrito na Portaria GM nº1271 de 06 de junho de 2014, nas primeiras 24 horas para Secretaria Municipal de Saúde.

Caso no curso da semana epidemiológica anterior não tenha sido conhecido nenhum caso suspeito, a vigilância epidemiológica municipal, após consolidar as informações das unidades notificadoras locais, deverá proceder à notificação negativa semanal oportuna (até a 4ª feira da semana epidemiológica seguinte), por meio de telefone, email ou pessoalmente à gerência de imunizações.

Investigação

Iniciar a investigação imediatamente após a notificação do caso suspeito e em seguida iniciar as medidas de controle em tempo oportuno. O instrumento para coleta de dados é a ficha de investigação de Tétano Neonatal, do Sinan, devendo todos os campos ser criteriosamente preenchidos, podendo ainda incluir outros dados que se fizer necessário no espaço para observação. Os dados da ficha deverão ser incluídos no Sinan imediatamente após a notificação/investigação de caso suspeito. O encerramento oportuno deverá ser digitado no Sinan até 60 dias após notificação. Atualizar, se necessário, o Sinan, o sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS).

Aspectos importantes da Investigação

- ◆Completude dos campos da ficha de investigação.
- ◆Levantar histórico vacinal da mãe do recém nascido. Iniciar ou completar história vacinal, conforme registro.

- ◆ Acompanhar evolução do caso, implementar medidas para solução dos problemas encontrados.
- ◆ Identificar fatores ou situações de risco e implementar medidas corretivas.
- ◆ Identificar situação que propiciou contaminação do coto umbilical, articular com equipe e comunidade local o serviço prestado e pontos de fragilidade identificados.
- ◆ Avaliar situação da organização dos serviços e do processo de trabalho.
- ◆ Determinação da extensão da área de risco.
- ◆ Realizar busca ativa em cartórios, cemitérios, igrejas, serviços, profissionais, líderes comunitários e parteiras locais

Medidas de Prevenção e Controle

Apesar de não ser agravo transmissível, mas ser imunoprevenível, oportunizar neste momento, devido a comunidade estar mais sensível e receptiva à vacinação, resgate e atualização da vacinação contra tétano na comunidade local e fazer avaliação da cobertura vacinal contra tétano.

Assistência adequada e oportuna ao usuário, visando minimizar danos e redução de óbitos por este agravo. Acompanhar evolução clínica do caso. Em caso de cura, após alta hospitalar, providenciar vacinação do usuário, conforme recomendação da portaria nº1498 de 19/07/2013.

As vacinas estão disponíveis para uso em sala de vacinação. Soro e imunoglobulina estão disponíveis em hospitais de referência, unidades de pronto atendimento UPA e Centro de Referência para Imunobiológicos especiais-CRIE, conforme fluxo local.

Encerramento

Após a coleta, análise de todas as informações necessárias ao esclarecimento do caso, definir o diagnóstico final e atualizar, se necessário, os sistemas de informação (Sinan, Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM e o Sistema de Informação Hospitalar do SUS-SIH-SUS). O caso deve ser encerrado até 60 dias da notificação.

Relatório Final

Após conclusão da investigação e encerramento do caso, fazer relatório descritivo informando dados clínicos e epidemiológicos da criança e situação vacinal da mãe, bem como informações sobre o pré natal.

Protocolo de Vacinação de Mulheres em Idade Fértil

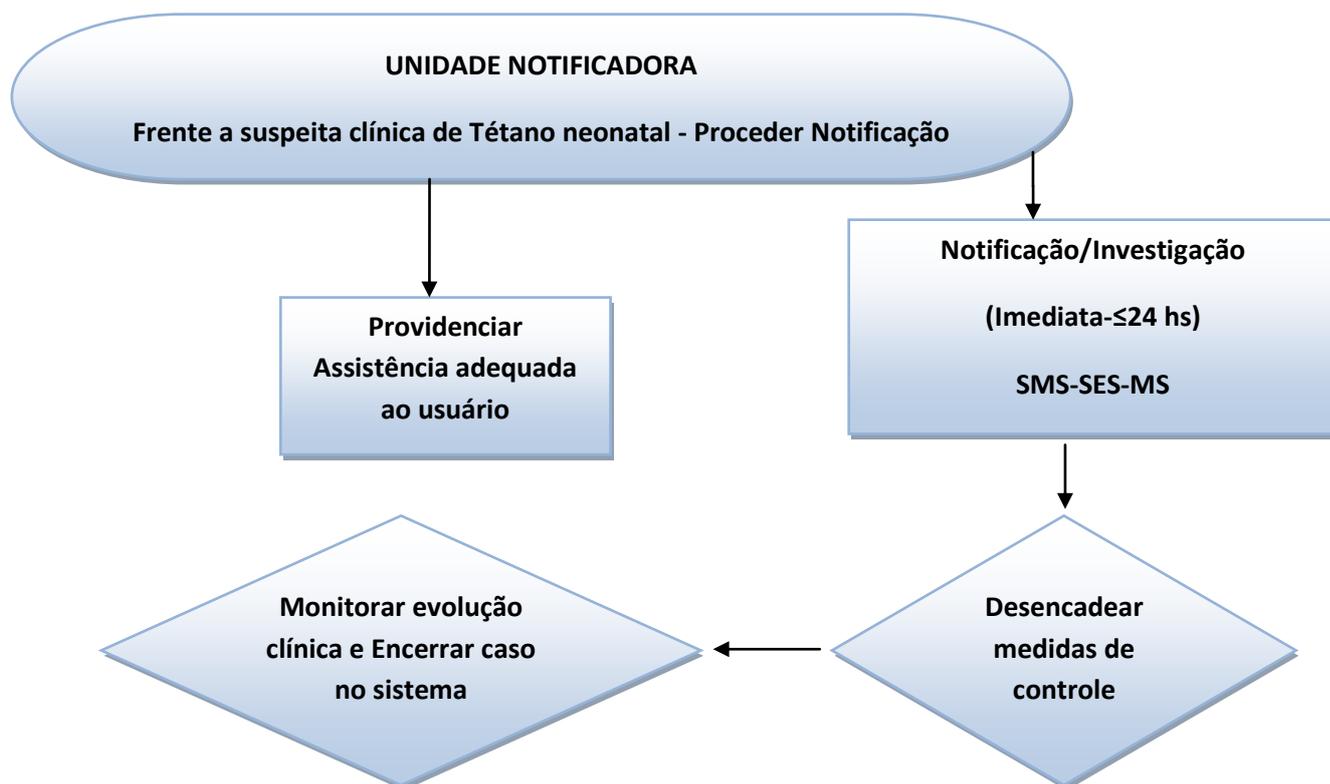
História de Vacinação Prévia contra o Tétano	MIF	
	Gestante	Não Gestante
Sem nenhuma dose registrada	Iniciar o esquema vacinal o mais precoce possível, com 2 doses de com dT (dupla adulto), intervalo ideal de 60 e mínimo de 30 dias e após completar 27 semanas de gestação, administrar 3ª dose com dTpa.	Iniciar e completar esquema vacinal de dT (dupla adulto) em 3 doses com intervalo ideal de 60 e mínimo de 30 dias entre as doses.
Esquema vacinal incompleto (registrado)	Se 1 dose, completar com 1 de dT (dupla adulto) e 1 de dTpa. Se 2 doses de dT (dupla adulto), completar o esquema com dTpa (dTpa à	Completar o esquema vacinal com dT (dupla adulto), intervalo ideal de 60 e mínimo de 30 dias entre as doses.

	partir da 27ª semana de gestação). Obedecer intervalo ideal de 60 e mínimo de 30 dias entre as doses.	
03 doses ou mais registradas	Administrar 1 dose de dTpa à partir da 27ª semana de idade gestacional à cada gestação.	Seguir recomendação da Portaria GM nº1498 de 19/07/2013.

Atenção!!

Recomenda-se que todas as gestantes tenham 3 dose de dT (dupla adulto) ou dT e dTpa, administrada até 20 dias antes do parto. Mas se a gestante chegar tardiamente ao serviço de saúde e não tiver o esquema completo de vacinação para os componentes difteria, tétano e coqueluche, deverá ser assegurado a condição mínima e que preferencialmente a dose de dTpa seja administrada pelo menos 20 dias antes do parto. Quando não for possível completar o esquema antes do parto, este deverá ser completado no puerpério ou outra oportunidade.

Fluxo a ser seguido de caso suspeito de Tétano Neonatal



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- _____.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.1ª.ed. Brasília: Ministério da Saúde;2014.
- _____.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 1ª.ed.Caderno Único.Brasília: Ministério da Saúde;2014.
- _____.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde;2014.
- _____.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto-dTpa. Brasília: Ministério da Saúde;2014.
- _____.Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Portaria nº1498, de 19 de julho de 2013. Redefine o Calendário nacional de vacinação, calendário nacional de vacinação dos povos indígenas e as campanhas nacionais de vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. Brasília: Ministério da Saúde;2013.

Contato da Gerência Estadual de Imunizações/ Área Técnica

- CEADI-Central Estadual de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos
End. 601 Sul Conj. 02 Lote 01 Centro - Palmas -TO CEP: 77.016-336
Fone (063) 3218 2752, 2749, 1783, 1784 e 0800 63 1002
e-mail: imunizacao.to@gmail.com
imunizacao@saude.to.gov.br