NOTA TÉCNICA Nº 01/2020 - GTDA/CEVE/SES/DGVS

Campo Grande, 28 de fevereiro de 2020.

Assunto: Orientações para prevenção e controle das Meningites.

Os sintomas da meningite ocorrem devido à uma inflamação das meninges, cujas membranas envolvem o encéfalo e a medula espinhal. O quadro clínico da meningite é grave e caracteriza-se por febre, dor de cabeça intensa, náusea, vômito, rigidez de nuca, prostração e confusão mental.

No Brasil, a meningite é considerada uma doença endêmica. Casos da doença são esperados ao longo de todo o ano, com a ocorrência de epidemias ocasionais.

Causa

As meningites são geralmente causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, como fungos e parasitas, embora também possa ter etiologia não infecciosa. A maioria dos casos é devida à infecção bacteriana ou viral, sendo as demais causas menos frequentes. O conhecimento da etiologia da meningite é fundamental para o tratamento adequado.

A principal forma de prevenir a meningite é por meio da vacinação. O SUS disponibiliza as seguintes vacinas:

- **Vacina meningocócica conjugada C** que previne de doenças causadas pela bactéria *Neisseria meningitidis* do grupo C – conforme Calendário Vacinal do SUS para crianças com 3, 5 e 12 meses, também para os adolescentes de 11 a 14 anos, 11 meses e 19 dias como reforço ou dose única.
- **Vacina BCG** está indicada para o recém-nascido, na qual previne as formas mais graves da tuberculose, dentre elas meningite tuberculosa e tuberculose miliar.
- **Vacina Pentavalente** (Difteria, tétano, coqueluche, *Haemophilus influenzae* b e Hepatite B) que no caso da meningite previne contra a infecção causada pela bactéria *Haemophilus influenzae* b, disponível no SUS para crianças de 2, 4 e 6 meses.
- **Vacina Pneumocócica** 23 valente (para população acima de 60 anos). A Pneumocócica 10 valente (para crianças com 2, 4 e 12 meses) - previnem doenças causadas pelo *Streptococcus pneumoniae.*

Período de incubação e transmissibilidade

O Período de transmissibilidade é variável, dependendo do agente infeccioso e da instituição do diagnóstico e tratamento precoce. Algumas meningites bacterianas têm maior importância epidemiológica por sua maior contagiosidade.

A transmissão dos agentes bacterianos é de pessoa a pessoa, através das vias respiratórias, por gotículas e secreções da nasofaringe, havendo necessidade de contato íntimo (residentes da mesma casa, dormitório coletivo ou alojamento) ou contato direto com as secreções respiratórias do paciente. Nestes casos, o período de Incubação em geral, é de 2 a 10 dias, em média de 3 a 4 dias.

No caso de doenças meningocócicas, a transmissibilidade persiste até que o meningococo desapareça da nasofaringe. Em geral, isso ocorre após 24 horas de antibioticoterapia. Aproximadamente

10% da população pode apresentar-se como portadores assintomáticos do meningococo, isto é, não apresentam sintomas, mas podem transmitir a doença.

A transmissão da meningite viral é fecal-oral, também de grande importância, especialmente nas infecções por enterovírus. Neste grupo estão incluídos os três tipos de poliovírus, 28 tipos antigênicos do vírus echo, 23 tipos do vírus coxsackie A, seis do vírus coxsackie B e cinco outros enterovirus. Om período de incubação para os enterovirus, situa-se comumente entre 7 e 14 dias, podendo variar de 2 a 35 dias

Em situações de meningite fúngica destacam-se os fungos do gênero *Cryptococcus*, sendo as espécies mais importantes a *Cryptococcus neoformans* e a *Cryptococcus gattii*. Não é transmitido de pessoa a pessoa. Geralmente os fungos são adquiridos por meio da inalação dos esporos (pequenos pedaços de fungos) que entram nos pulmões e podem chegar até as meninges. O período de incubação é entre 3 semanas e 3 meses antes da admissão, mas individualmente pode variar de 2 dias a 18 meses ou mais.

As meningites por parasitas não são transmitidas de uma pessoa para outra, e normalmente infectam animais e não pessoas. As pessoas são infectadas pela ingestão de produtos ou alimentos contaminados que tenha a forma ou a fase infeciosa do parasita.

Definição de caso

Crianças < 1 ano

Sintomas clássicos podem não ser tão evidentes, sendo comum encontrar: Prostração, febre ou hipotermia, vômito, sinais de irritabilidade, convulsões, choro persistente, diminuição da sucção e/ou abaulamento de fontanela, com ou sem petéquias, sem descartar a suspeita diagnóstica.

Crianças > 1 ano e adultos

Febre e vômito de início súbito, sem foco de infecção aparente, acompanhado de cefaleia intensa, rigidez de nuca, sinais de irritação meníngea (Kernig e/ou Brudzinsky), convulsão e/ou petéquias (manchas vermelhas) pelo corpo.

Nos casos de meningococcemia, atentar para eritema/exantema, além de sinais e sintomas inespecíficos (sugestivos de septicemia), como hipotensão, diarreia, dor abdominal, dor em membros inferiores, mialgia, rebaixamento do sensório, entre outros.

Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico laboratorial dos casos suspeitos de meningite é de extrema importância para a Vigilância Epidemiológica, tanto na situação endêmica da doença, quanto em situações de surto, para a confirmação do agente etiológico.

Os materiais coletados deverão, inicialmente, ser processados no laboratório local, para a orientação da conduta médica e posteriormente enviado para LACEN/MS.

Os principais exames de rotina laboratorial para o esclarecimento diagnóstico dos casos suspeitos de meningites bacterianas são:

- Exame quimiocitológico do líquor;
- Bacterioscopia;
- Cultura de líquor e hemocultura;

- Aglutinação pelo látex do líquor.
- Reação em cadeia da polimerase em tempo real (PCR TR) do líquor e soro.

Para o diagnóstico laboratorial adequado, é importante a utilização do kit da meningite bacteriana que é produzido e distribuído pelo LACEN/MS. Neste sentido, convém atentar que este kit é o ideal, apesar de não ser obrigatório. NA AUSÊNCIA DO KIT FORNECIDO PELO LACEN, DEVE-SE REALIZAR A COLETA UTILIZANDO MATERIAIS ADEQUADOS E ESTÉREIS, DEVIDAMENTE IDENTIFICADOS.

Nem sempre é possível aguardar os resultados laboratoriais para instituir as medidas de controle cabíveis. Porém, o resultado é imprescindível para confirmação do caso, direcionamento das intervenções, e orientação quanto ao encerramento das investigações.

Enviar amostras para o LACEN somente se for infecção bacteriana ou fúngica.

Kit da meningite disponibilizada pelo LACEN

Em um kit vem para duas amostras (adulto e pediátrico)
1 frasco de Ágar Chocolate (para 3 a 4 gotas de líquor)
1 frasco de Hemocultura (crianças: 3 a 5ml de sangue/ adultos: 8 a 10 ml de sangue).
1 frasco de penicilina vazio (1 ml de líquor para fazer o látex).
1 lâmina (coloca uma gota de líquor, espera secar e coloca em um tubet porta lâmina).
1 micro tubo para pesquisa de PCR – 0,5 ml de líquor
Obs.: Tanto a Lâmina quanto os frascos devem ser identificados com o nome do paciente e a data da coleta.

Transporte para enviar ao LACEN

O transporte deve ser em duas caixas:

Caixa com gelo

Frasco de penicilina com 1 ml de líquor - para fazer o látex. Deixar no congelador até a hora do transporte.

O Látex detecta as seguintes bactérias: *Neisseria meningitidis* A, B/*E.coli* K1, C, Y/W135; *Haemophilus influenzae* b; *Streptococcus pneumoniae* e *Streptococcus* do grupo B. *Se o Látex for negativo não impede de ser infecção por outro tipo de bactéria que não são esses citados acima.*

O tubo com tampa de rosca para PCR. 0,2 ml para líquor e 0,5 ml para soro. Deixar no congelador até a hora do transporte. Transportar congelado.

Caixa sem gelo

O material abaixo nunca deve ir à geladeira:

Frasco de Ágar Chocolate: para realização de cultura.

Frasco de Hemocultura: para realização de cultura.

Lâmina: para bacterioscopia/microscopia.

Depois da coleta enviar imediatamente ao LACEN, tem que ser em menos de 24 horas.

Tratamento

As meningites bacterianas, fúngicas e parasitárias são tratadas com medicamentos específicos. Na suspeita de etiologia bacteriana, o uso empírico de antibióticos deve ser iniciado imediatamente, antes mesmo que os resultados da punção lombar e o exame do líquor serem conhecidos. A escolha desse tratamento inicial depende muito do tipo de agente etiológico que se suspeita, baseado na clínica (sintomas e exame físico) do paciente, faixa etária e epidemiologia de cada caso.

Quimioprofilaxia

A quimioprofilaxia, embora não assegure efeito protetor absoluto e prolongado, tem sido adotada como uma medida eficaz na prevenção de casos secundários. Os casos secundários são raros, e geralmente ocorrem nas primeiras 48 horas a partir do primeiro caso. Está indicada para os contatos íntimos de casos de **doença meningocócica** ou de meningite por *Haemophilus Influenzae* e também para o paciente, no momento da alta, no mesmo esquema preconizado para os contatos. Não há recomendação para os profissionais da área de saúde que atenderam o caso, exceto para aqueles que realizaram procedimentos invasivos (intubação orotraqueal, passagem de cateter nasogástrico) sem utilização de equipamento de proteção individual (EPI) adequado. O antibiótico de escolha para a quimioprofilaxia é a Rifampicina, que deve ser administrada em dose adequada e simultaneamente a todos os contatos próximos, preferencialmente até 48 horas da exposição à fonte de infecção (doente), considerando o prazo de transmissibilidade e o período de incubação da doença. Ressaltamos que o uso da quimioprofilaxia, muito embora não assegure efeito protetor absoluto e prolongado, tem sido adotada como eficaz medida de prevenção de casos secundários.

Esquema quimioprofilático indicado para doença meningocócica

Droga	Idade	Dose	Intervalo	Duração
Rifampicina	< de 1 mês	5mg/Kg/dose	12 em 12 h	2 dias
	Crianças ≥1 mês e adultos	10mg/Kg/dose (máximo de 600 mg)	12 em 12 h	
Ceftriaxona	< de 12 anos	125 mg, intramuscular	Dose única	
	≥ de 12 anos	250 mg, intramuscular		
Ciprofloxacino	>de 18 anos	500 mg, uso oral		

*Guia de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2019.

Esquema de quimioprofilaxia por meio de rifampicina indicado para Haemophilus influenzae

Faixa etária	Dose	Intervalo	Duração
Adultos	600 mg/ dose	24/24 horas	4 dias
>1 mês até 10 anos	20 mg/Kg/dose (dose máxima de 600 mg)		
<1 mês	10 mg/Kg/dose (dose máxima de 600 mg)		

*Guia de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, 2019.

Medidas a serem adotadas diante da suspeita clínica

Conforme Portaria Nº 264, de 17 de fevereiro de 2020 – Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública - Os profissionais da área da assistência, vigilância epidemiológica, laboratórios públicos e privados **devem notificar os casos suspeitos de meningite às autoridades competentes, vigilância Epidemiológica municipal** e este deve avisar a área técnica do estado através do e-mail **agudasms@hotmail.com**, sábado, domingo e feriados enviar para CIEVS no e-mail **cievs.ms@hotmail.com**

O instrumento de coleta de dados oficial é a Ficha de Notificação e Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que contém as informações essenciais a serem coletadas em uma investigação de rotina. Ressaltamos a importância do fechamento dos casos de acordo com os exames laboratoriais, preenchimento adequado e consistente da ficha do SINAN. A Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde utilizam todas essas informações contidas no SINAN, assim como o agente etiológico circulante identificado pelo LACEN, a fim de implementar as ações de vigilância, prevenção e controle da doença.

- Hospitalizar imediatamente o paciente com instalação de medidas de suporte geral e instituição de terapêutica específica;
- Coletar as amostras biológicas conforme a suspeita clínica; recomenda-se antes do início do tratamento, não sendo possível, deverá ser realizado o mais próximo do começo do tratamento;
- Enviar as amostras biológicas para o laboratório, observando-se o adequado acondicionamento e transporte. Seu resultado auxiliará no direcionamento do tratamento iniciado;
- Se for caso suspeito de meningite bacteriana isolar o paciente durante as primeiras 24 horas do tratamento com antibiótico adequado;
- Sensibilizar os serviços de saúde e organizar disponibilidade de leitos e fluxos de exames laboratoriais;

- Realizar quimioprofilaxia oportunamente em todos os contatos próximos dos casos que atendam às definições de casos suspeitos ou confirmados para a doença meningocócica ou meningite por *Haemophilus Influenzae*;
- Se for caso suspeito de meningite bacteriana, realizar análise epidemiológica para determinar a existência de um surto de doença meningocócica (de acordo com os critérios estabelecidos) e qual a sua extensão;
- Monitorar a cobertura vacinal do Calendário Nacional de Vacinação e quando indicada realizar a vacinação para bloqueio de surtos;
- Fornecer informações adequadas relacionadas à prevenção e controle aos prestadores de cuidados de saúde, comunidades afetadas, aos meios de comunicação e ao público em geral;
- Monitorar os contatos por um período mínimo de 10 dias, orientando sobre os sinais e sintomas da doença e indicando os serviços de saúde que devem ser acessados frente a uma suspeita diagnóstica de meningite bacteriana;
- Salientamos que todas as informações constantes neste documento foram retiradas do Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, 2019.

Contato: Gerência Técnica de Doenças Agudas/CEVE/DGVS/SES
Telefone: (67) 3318 1814
agudasms@hotmail.com

Contato: Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde, CIEVS/DGVS/SES
Telefone: (67) 98477 3435 - para ligações e WhatsApp.
cievs.ms@hotmail.com