



SUPERINTENDENCIA DE VIGILÂNCIA, PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS
GERÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
ÁREA DE ASSESSORAMENTO DAS MENINGITES

Nota Técnica 001/2016

Assunto: **Recomendações para Manejo dos Casos Suspeitos e Confirmados de Meningites.**

Autores: Adriana Cavalcante Ferreira Morciego Garcia – Diretora da Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis / Hájussa Fidelis Garcia Fernandes - Gerente das Doenças Transmissíveis / Aurystela Dhamblea Ferreira de Jesus – Enfermeira / Técnica da Área de Meningites / Frederico R. S. Leão - Médico - Vigilância em Saúde do Trabalhador / Janaína de Sousa Menezes – Bióloga - Assessora da Área Técnica da Meningite.

INTRODUÇÃO

A **meningite** é uma doença que atinge o sistema nervoso, caracterizada por um processo inflamatório que atinge a membrana que envolve o cérebro e a medula espinhal das pessoas. Mais frequentemente é ocasionada por vírus ou bactéria. É importante pela severidade de alguns casos que podem evoluir a óbito ou a um dano no cérebro mais grave, deixando sequelas. O tipo de tratamento depende do agente que causa a doença: vírus, bactéria, fungos, parasitos e outros. A **doença meningocócica** é uma infecção bacteriana aguda. Quando se apresenta na forma de doença invasiva, caracteriza-se por uma ou mais síndromes clínicas, sendo a meningite meningocócica a mais frequente delas e a meningococcemia a forma mais grave.

No Brasil, a doença meningocócica é endêmica, com ocorrência de surtos esporádicos. O meningococo é a principal causa de meningite bacteriana no país. Os coeficientes de incidência têm se mantido estáveis nos últimos anos, com aproximadamente 1,5 a 2,0 casos para cada 100.000 habitantes. Acomete indivíduos de todas as faixas etárias, porém aproximadamente 40 a 50% dos casos notificados ocorrem em crianças menores de 5 anos de idade.

Em meados de 2010, devido ao aumento de circulação do sorogrupo C e à alta incidência da doença observada em crianças, foi introduzida a **vacina meningocócica conjugada** contra o grupo C no **Calendário de Vacinação da Criança**.

No estado do Tocantins não identificamos nenhum surto nos últimos 5 anos, sendo que no período de inverno, a incidência maior são as meningites bacterianas e no verão as meningites virais. Os dados epidemiológicos nesses 5 anos de casos confirmados podem ser observados no Quadro 1.



Quadro 1 – Casos confirmados de meningite bacteriana e outras meningites no estado do Tocantins, 2012 a 2016*.

ANO	2012	2013	2014	2015	2016* Suspeito	2016* Confirmado
Meningites Bacterianas	23	23	20	17	104	07
Outras Meningites	48	51	58	36		30

Fonte: SinanNet retirados em 22/07/2016 * dados parciais

DEFINIÇÃO DE CASO DA DOENÇA

CASO SUSPEITO

Crianças > de 1 ano de idade e adultos com febre, cefaleia, vômitos, rigidez da nuca e outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsões e/ou manchas vermelhas no 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.

Em crianças < de 1 ano de idade, os sintomas clássicos acima referidos podem não ser tão evidentes. É importante considerar, para a suspeita diagnóstica, sinais de irritabilidade, como choro persistente e verificar a existência de abaulamento de fontanela.

CASO CONFIRMADO

Todo paciente que cumpra os critérios de caso suspeito e cujo diagnóstico seja confirmado por meio dos exames laboratoriais específicos: cultura, e/ou Reação em Cadeia da Polimerase (PCR), e/ou Contraimunoelétroforese (CIE), e/ou Látex;

- Ou todo paciente que cumpra os critérios de caso suspeito e que apresente história de vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente para *N. meningitidis* por um dos exames laboratoriais específicos, mas que não tenha realizado nenhum deles;

- Ou todo paciente que cumpra os critérios de caso suspeito com bacterioscopia da amostra clínica com presença de diplococo gram-negativo;

- Ou todo paciente que cumpra os critérios de caso suspeito com clínica sugestiva de doença meningocócica com presença de petéquias (meningococcemia).

CASO DESCARTADO

Caso suspeito com diagnóstico confirmado de outra doença.





DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dependerá da forma de apresentação da doença. Nas formas clínicas mais leves, bacteremia sem sepse, deve ser feito com doenças exantemáticas, principalmente as virais e doenças do trato respiratório superior (sinusite, otite média aguda, conjuntivite, bronquite e pneumonia). Para meningococcemia, os principais são sepse de outras etiologias, febres hemorrágicas (dengue, febre amarela, hantavirose), febre maculosa, leptospirose forma íctero-hemorrágica (doença de Weill), malária (*Plasmodium falciparum*) e endocardite bacteriana.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Os principais exames para o esclarecimento diagnóstico de casos suspeitos de meningite bacteriana são:

- ✓ Cultura (padrão ouro) – Líquido Cefalorraquidiano (LCR), sangue, raspado de lesões petequiais ou fezes;
- ✓ Bacterioscopia direta – LCR e outros fluidos estéreis;
- ✓ Exame quimiocitológico do líquor;
- ✓ Reação em cadeia da polimerase (PCR) – LCR, soro, e outras amostras;
- ✓ Aglutinação pelo látex – LCR e soro;
- ✓ Contraimunoelétroforese (CIE) – LCR e soro.

TRANSMISSÃO

A transmissão ocorre, em geral, de pessoa a pessoa, através das vias respiratórias, por gotículas e secreções de nasofaringe, havendo necessidade de contato íntimo com o doente.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

Para a doença meningocócica a transmissibilidade persiste até que o meningococo desapareça da nasofaringe, por isso a importância do inicio imediato da quimioprofilaxia.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Em geral é de 2 a 10 dias, em média de 3 a 4 dias.

NOTIFICAÇÃO DE CASOS

A meningite faz parte da lista de notificação de doenças de notificação compulsória imediata de acordo com a Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. É responsabilidade de todo o serviço de saúde (público e privado) notificar todo caso suspeito.



**ENCERRAMENTO DE CASO**

Deve ser realizado após a verificação de todas as informações necessárias para a conclusão (**prazo 60 dias** após notificação).

OBS: Hospitais que possuem **NÚCLEOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR** e/ou equipes de vigilância em funcionamento devem estar atentos para as devidas notificações e **COMUNICAÇÕES IMEDIATAS** à Assessoria de Meningite Estadual: **(63) 3218-1733** e ao **CIEVS (0800-642-7300)** e/ou pelo E-mail: meningiteto@gmail.com

TRATAMENTO

O tratamento deve ser instituído assim que possível. A adoção imediata do tratamento antibiótico não impede a coleta de material para o diagnóstico etiológico, seja LCR, sangue ou outros espécimes clínicos, mas recomenda-se que a coleta das amostras seja feita, **PREFERENCIALMENTE ANTES DE INICIAR O TRATAMENTO** ou o mais próximo possível desse momento.

O tratamento precoce e adequado dos casos reduz significativamente a letalidade da doença e é importante para o prognóstico satisfatório.

O uso de antibiótico deve ser associado a outros tipos de tratamento de suporte, como reposição de líquidos e cuidadosa assistência. O esquema recomendado para doença meningocócica em lactentes com menos de 2 meses (Quadro 2), crianças com mais de 2 meses de idade (Quadro 3) e adultos (Quadro 4) está apresentado abaixo:

Quadro 2 – Dose preconizada dos antibacterianos em lactentes com menos de 2 meses de idade com meningite bacteriana.

Antibiótico	Idade	Dose diária (endovenosa)	Intervalo (horas)
Ampicilina	≤7 dias (peso <2.000g)	100mg/kg/dia	12 em 12
	(peso >2.000g)	150mg/kg/dia	8 em 8
	>7 dias (peso <2.000g)	150 a 200mg/kg/dia	8 em 8
	(peso >2.000g)	200 a 300mg/kg/dia	6 em 6
Penicilina cristalina	≤7 dias (peso <2.000g)	100.000U/kg/dia	12 em 12
	(peso >2.000g)	150.000U/kg/dia	8 em 8
	>7 dias (peso <2.000g)	150.000U/kg/dia	8 em 8
	(peso >2.000g)	200.000U/kg/dia	6 em 6
Cefotaxima	≤7 dias	100 a 150mg/kg/dia	12 em 12
	>7 dias	200mg/kg/dia	6 em 6
Amicacina	≤7 dias (peso <2.000g)	15mg/kg/dia	12 em 12
	(peso >2.000g)	20mg/kg/dia	12 em 12
	>7 dias	30mg/kg/dia	8 em 8
Gentamicina	≤7 dias (peso <2.000g)	5mg/kg/dia	12 em 12
	(peso >2.000g)	7,5mg/kg/dia	12 em 12
	>7 dias	7,5mg/kg/dia	8 em 8

* Guia de Vigilância em Saúde-Caderno 12/2015





Quadro 3 – Terapia antibiótica para crianças com mais de 2 meses de idade com meningite bacteriana.

Patógeno	Antibiótico	Dose diária	Intervalo (horas)	Duração (dias)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>				
Sensível à penicilina	Penicilina G ou Ampicilina	200.000 a 400.000UI/kg/dia 200 a 300mg/kg/dia	4 em 4 6 em 6	
Resistência intermediária à penicilina	Ceftriaxona ou Cefotaxima	100mg/kg/dia 200mg/kg/dia	12 em 12 6 em 6	
Resistente à penicilina e sensível à cefalosporina de 3ª geração	Ceftriaxona ou Cefotaxima	100mg/kg/dia 200mg/kg/dia	12 em 12 6 em 6	10 a 14
Resistente à penicilina e à cefalosporina de 3ª geração e sensível à rifampicina	Vancomicina + cefalosporina de 3ª geração+ rifampicina	60mg/kg/dia 100mg/kg/dia 20mg/kg/dia	6 em 6 12 em 12 12 em 12	
<i>H. influenzae</i>	Ceftriaxona ou Cefotaxima	100mg/kg/dia 200 mg/kg/dia	12 em 12 6 em 6	7 a 10
Outros bacilos gram-negativos (<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> sp)	Ceftriaxona ou Cefotaxima	100mg/kg/dia 200mg/kg/dia	12 em 12 6 em 6	21
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ceftazidima	150 a 200mg/kg/dia	8 em 8	21
<i>Listeria monocytogenes</i>	Ampicilina + Amicacina	30mg/kg/dia	12 em 12	≥21

* Guia de Vigilância em Saúde-Caderno 12/2015

Quadro 4 – Terapia antibiótica para adultos com meningite bacteriana, segundo etiologia.

Agente	Antibiótico	Dose	Intervalo (horas)	Duração (dias)	Via de administração
<i>Haemophilus influenzae</i>				7	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Ceftriaxone	2g	12 em 12		Endovenosa
Enterobactérias				10 a 14	
<i>Pseudomonas</i>	Meropenem		8 em 8		

* Guia de Vigilância em Saúde-Caderno 12/2015

MEDIDAS A SEREM ADOTADAS DIANTE DE CASOS DE MENINGITES:

ASSISTÊNCIA MÉDICA AO PACIENTE NA UBS/UPA/HPPS:

Diante de um caso suspeito, o município **DEVE ENCAMINHAR O PACIENTE À UNIDADE HOSPITALAR DE REFERÊNCIA ESTADUAL** acompanhado do Cartão de Encaminhamento - Caso Suspeito da Meningite (Figura 1) devidamente preenchido, com hidratação endovenosa de preferência sem uso de antibiótico para realização da Punção Lombar.

ASSISTÊNCIA MÉDICA AO PACIENTE NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA:

Receber o paciente manter em isolamento com o uso da máscara (N95), comunicar ao plantonista, solicitar exames, coleta do Líquido Cefalorraquídiano (LCR) Punção Lombar no kit meningites fornecido pelo laboratório local/LACEN.

Em seguida, encaminhar o material coletado ao laboratório local da unidade hospitalar que realizará a **bacterioscopia** que irá semeiar por 12 horas o material coletado para realização do exame de **Cultura** no LACEN. Em caso de final





de semana e feriados prolongados encaminhar em até 60 horas, conforme Nota técnica 01/2013/LACEN.

 		CARTÃO DE ENCAMINHAMENTO Caso suspeito de Meningite	
Município:	Nº da Notificação (SINAN):	Data de Atendimento: _____ / _____ / _____	
Nome do Profissional que realizou Atendimento: _____		Formação: _____	
Unidade de Saúde: _____	Telefone da Unidade: () _____		
Telefone celular do profissional (caso o mesmo autorize): () _____			
Nome Completo do Paciente: _____			
Nome Completo da Mãe: _____			
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	Data dos Primeiros Sintomas: _____ / _____ / _____		
Quais Sintomas: _____			
Hipótese Diagnóstica: _____			
Paciente em uso de medicação? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual? _____			
Paciente em uso de hidratação via nasal? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual? _____			
<small>OBSERVAÇÃO IMPORTANTE! COMUNICAR IMEDIATAMENTE O CASO SUSPEITO DE MENINGITES AO PLANTÃO DO CIEVS: 0800 - 642 - 7300 ÁREA DE ASSESSORAMENTO DAS MENINGITES DO ESTADO: (63) 3218-1733 e/ou meningiteto@gmail.com</small>			

Figura 1 – Cartão de encaminhamento – Caso suspeito de Meningite

AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM CASOS SUSPEITOS / CONFIRMADOS DE MENINGITES:

Atualizar cartão da criança em casos de < de ano;

Realizar busca ativa no intuito de prevenir a ocorrência de casos secundários em contatos próximos de meningite.

Realizar busca dos contatos íntimos para realizar quimiprofilaxia nos casos de doença meningocócica (*Neisseria*), conforme Quadro 5, e nas meningites por *Haemophilus*, conforme Quadro 6, até 10 dias após exposição, para evitar casos secundários;

OBS: Contatos próximos são os moradores do mesmo domicílio, indivíduos que compartilham o mesmo dormitório (em alojamentos, quartéis, entre outros), comunicantes de creches e escolas, e pessoas diretamente expostas às secreções do paciente;

Reducir a morbimortalidade por meningites bacterianas, prevenindo casos em crianças < de 1 ano de idade por vacinas contra meningite tuberculosa, por *H. influenzae* e por *S. pneumoniae*;

Isolamento do paciente apenas nas primeiras 24 horas após início do tratamento do antibiótico adequado. Nos casos de doença meningocócica ou





meningite por ***H. influenzae*** está indicado o uso da **quimioprofilaxia** em até 48 horas da exposição à fonte de infecção, admitindo-se prazo máximo de 10 dias, (a rifampicina elimina o meningococo da orofaringe dos contatos, tendo por objetivo a eliminação do estado de portador são, com consequente quebra da cadeia de transmissão), ou seja, o mais precoce possível para os contatos íntimos do doente.

Em relação às gestantes, esse medicamento tem sido utilizado para quimioprofilaxia, pois não há evidências de que a rifampicina possa apresentar efeitos teratogênicos. A relação risco/benefício do uso de antibióticos pela gestante deverá ser avaliada pelo médico assistente. A quimioprofilaxia também está indicada para o paciente no momento da alta ou na internação no mesmo esquema preconizado para os contatos próximos, **exceto** se o tratamento da doença foi realizado com ceftriaxona.

Não há recomendação para os profissionais da área de saúde que atenderam o caso de doença meningocócica, **exceto** para aqueles que realizaram procedimentos invasivos (intubação orotraqueal, passagem de cateter nasogástrico) sem utilização de equipamento de proteção individual adequado (EPI).

Quadro 5 - Esquema quimioprotetor indicado para doença meningocócica

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

* Guia de Vigilância em Saúde-Caderno 12/2015

Quadro 6 - Esquema de quimioprofilaxia por meio de rifampicina indicado para *Haemophilus influenzae*.

Agente etiológico	Faixa etária	Dose	Intervalo (horas)	Duração (dias)
<i>H. influenzae</i>	Adultos	600mg/dose	24 em 24	4
	>1 mês até 10 anos	20mg/kg/dose (dose máxima de 600mg)	24 em 24	4
	<1 mês	10mg/kg/dose (dose máxima de 600mg)	24 em 24	4

* Guia de Vigilância em Saúde-Caderno 12/2015





VACINAÇÃO

A vacina contra meningite do tipo C está disponível em todas as salas de vacina e devem ser aplicadas na rotina em crianças < de 02 anos de idade e para indivíduos em condição especial de risco, nos **Centros de Referências de Imunobiológicos Especiais – CRIE** (63-3411-6018 ou 0800-631-002). **O uso da vacina como bloqueio só está indicado quando se verifica um aumento no número de casos de doença meningocócica além do esperado em determinado local e época.**

Em caso de dúvidas e/ou esclarecimentos, favor contatar com a Gerência de Doenças Transmissíveis/Área de Assessoria Técnica das Meningites pelos telefones (63) 3218-1733 e/ou e-mail: meningiteto@gmail.com

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de Imunizações, Introdução da Vacina Meningocócica C (conjugada) no calendário de vacinação da criança, Brasília/2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, *Guia de Vigilância Epidemiológica/MS/SVS – 7 ed. – Brasília/MS, 2010.*

Informe Técnico da Introdução da Vacina Meningocócica C (conjugada) no Calendário de Vacinação da Criança: Incorporação – 2º semestre de 2010. Brasília, 2010.

NOTA TÉCNICA 01/2013/LACEN-TOCANTINS

NOTA TÉCNICA Nº 53/2011

PORTARIA Nº- 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

PORTARIA Nº 475, DE 31 DE MARÇO DE 2014

PORTARIA Nº 1.378, DE 9 DE JULHO DE 2013

PALMAS - TO, 25 de julho de 2016.

Atenciosamente,

HAJUSSA FIDELIS FERNANDES GARCIA
Gerente de Doenças Transmissíveis

Adriana Cavalcante F. M. Garcia
Diretora de Doenças Transmissíveis
e Não Transmissíveis

ADRIANA CAVALCANTE FERREIRA MORCIEGO GARCIA
Diretora de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis e Não
Transmissíveis

LILIANA ROSICLER T. NUNES FAVA

Superintendente de Vigilância, Promuição e Proteção à Saúde

Superintendente de Vigilância, Promuição e Proteção à Saúde
MF: 1592602

Praça dos Girassóis s/n, Plano Diretor Sul, Centro, Palmas-TO - CEP: 77015-007

Tel: + 55 63 3218-1700 www.saude.to.gov.br



CARTÃO DE ENCAMINHAMENTO

Caso suspeito de Meningite

Município: _____ Nº da Notificação (SINAN): _____ Data de Atendimento: _____ / _____ / _____

Nome do Profissional que realizou Atendimento: _____ Formação: _____

Unidade de Saúde: _____ Telefone da Unidade: () _____

Telefone celular do profissional (caso o mesmo autorize): () _____

Nome Completo do Paciente: _____

Nome Completo da Mãe: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Data dos Primeiros Sintomas: _____ / _____ / _____

Quais Sintomas: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Paciente em uso de medicação? () Não () Sim Qual? _____

Paciente em uso de hidratação venosa? () Não () Sim Qual? _____

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE! COMUNICAR IMEDIATAMENTE O CASO SUSPEITO DE MENINGITES AO PLANTÃO DO CIEVS: 0800 - 642 - 7300
 ÁREA DE ASSESSORAMENTO DAS MENINGITES DO ESTADO: (63) 3218-1733 e/ou meningiteto@gmail.com

CARTÃO DE ENCAMINHAMENTO

Caso suspeito de Meningite

Município: _____ Nº da Notificação (SINAN): _____ Data de Atendimento: _____ / _____ / _____

Nome do Profissional que realizou Atendimento: _____ Formação: _____

Unidade de Saúde: _____ Telefone da Unidade: () _____

Telefone celular do profissional (caso o mesmo autorize): () _____

Nome Completo do Paciente: _____

Nome Completo da Mãe: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Data dos Primeiros Sintomas: _____ / _____ / _____

Quais Sintomas: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Paciente em uso de medicação? () Não () Sim Qual? _____

Paciente em uso de hidratação venosa? () Não () Sim Qual? _____

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE! COMUNICAR IMEDIATAMENTE O CASO SUSPEITO DE MENINGITES AO PLANTÃO DO CIEVS: 0800 - 642 - 7300
 ÁREA DE ASSESSORAMENTO DAS MENINGITES DO ESTADO: (63) 3218-1733 e/ou meningiteto@gmail.com