



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Coordenadoria de Vigilância em Saúde
Avenida Anchieta, 200 – 11º andar – Centro – CEP: 13015-904 – Tel. (19) 2116-0187 / 0286
E-mail: covisa@campinas.sp.gov.br

INFORME TÉCNICO - 2010

DOENÇA MENINGOCÓCICA

A Coordenadoria de Vigilância em Saúde de Campinas vem por meio deste informar quanto a situação epidemiológica atual da doença meningocócica no município.

Até o dia 01/07/2010, foram confirmados **30 casos** de doença meningocócica em residentes em Campinas (coeficiente de incidência igual a 2,80/100.000 habitantes). Considerando terem sido 8 os casos com evolução para óbito, a **letalidade** estabelecida, até o momento, é de **26,7%** durante o ano de 2010. Em todo o ano de 2009, foram notificados 39 casos confirmados, sendo 8 o número de óbitos (letalidade 20,5%).

Em relação aos sorogrupos envolvidos, se observa **em 2010 a manutenção do sorogrupo C (16 casos [53,3%]) como o mais prevalente**; no ano de 2009 o sorogrupo C foi o responsável por 79,5% dos casos. Em 2010, **7 (23,3%) casos foram decorrentes da infecção pelo sorogrupo B, 2 casos pelo sorogrupo W135, 1 caso pelo sorogrupo Y**; em 4 casos não foi possível a identificação de sorogrupo específico.

Frente ao já aumento do número de casos, ao possível incremento da incidência da doença esperado para esse período do ano e a taxa de letalidade superior à observada no ano anterior, a Coordenadoria de Vigilância em Saúde de Campinas reforça para a **necessidade de uma maior atenção de profissionais envolvidos no atendimento de possíveis casos de doença meningocócica para a suspeição e notificação em tempo oportuno, início de tratamento antimicrobiano precoce e encaminhamento apropriado adequado quando necessário.**

QUADRO CLÍNICO

Clinicamente a doença meningocócica se manifesta, principalmente, como as seguintes formas clínicas:

Meningococcemia sem meningite – cuja principal característica é a rápida progressão de um quadro febril, geralmente inespecífico, para um quadro de púrpura (com petéquias e sufusões hemorrágicas), necrose de extremidades, sepse e choque (*purpura fulminans*). Associado à elevada letalidade.

Meningite com ou sem meningococcemia – assim como outras meningites bacterianas agudas, pode ou não ser precedida por pródromos inespecíficos (febre,

prostração, cefaléia, etc...), e pode estar associada a sinais e sintomas de **síndrome de irritação meníngea** (rigidez de nuca, sinal de Kernig, sinal de Brudzinsky, sinal de Lasegue) e **síndrome de hipertensão intracraniana** (cefaléia holocraniana, vômitos em jato, sololência, torpor, convulsões, déficits motores, coma). Pode ou não estar associada às manifestações descritas na meningococemia (*ver acima*).

Importante ressaltar que no caso de crianças menores de 1 ano de idade, o quadro clínico pode ser muito inespecífico o que torna fundamental tanto uma avaliação médica cuidadosa quanto a orientação aos responsáveis em relação a sinais de alerta que tornam mandatário a procura por reavaliação médica. **Manifestações clínicas frequentes em menores de 1 ano de idade:**

- **Alterações de comportamento:** irritabilidade; choro; gemidos; letargia;
- **Alterações de hábito alimentar:** recusa alimentação; sucção;
- **Alterações gastrointestinais:** vômito; diarreia;
- **Alterações cutâneas:** exantema; petéquias; livedo reticular;
- **Alterações de temperatura:** hipertermia; hipotermia;
- **Desconforto respiratório:** taquipnéia; retração de fúrcula, batimento de asa de nariz, cianose;
- **Abaulamento fontanela:** presente em cerca de 30%;
- **Rigidez de nuca:** pouco frequente;
- **Convulsões:** presente em cerca de 40%;
- **Sepse;**
- **Choque;**
- **Coma;**

Outras manifestações: bacteremia sem sepse , meningoencefalite, artrite, conjuntivite, serosites, pneumonia.

Complicações: choque séptico, insuficiência adrenal, necrose e gangrena de partes moles (mais frequente em extremidades), seqüelas neurológicas.

CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Tendo em vista as inúmeras complicações agudas, muitas vezes em poucas horas após o início dos sintomas, algumas que levam à necessidade investigação laboratorial, monitoramento clínico e neurológico e cuidados intensivos (drogas vasoativas, suporte ventilatório, avaliação tomográfica), é fundamental o referenciamento para serviços com capacidade de manejo apropriado.

TRATAMENTO

A introdução precoce de terapia antimicrobiana específica se constitui a principal medida de intervenção para a redução da taxa de letalidade associada à doença meningocócica.

Dessa maneira é fundamental que uma vez feita a suspeição, independentemente da forma clínica (meningococemia com ou sem sepse, meningite com ou sem meningococemia), **é mandatária a rápida introdução de antibioticoterapia, preferencialmente, após a coleta de exames laboratoriais (sangue e líquido).**

Entretanto, nas situações em que qualquer impossibilidade de coleta de exames exista e não possa ser prontamente equacionada, a introdução do tratamento deve ser indicada mesmo que exames para identificação do agente sejam colhidos posteriormente.

São drogas recomendadas para o tratamento de doença meningocócica:

Ceftriaxone: droga de eleição para tratamento empírico de meningite bacteriana e quadros compatíveis com meningococemia.

Dosagem:

- **Adultos:** 2g, EV, 12/12 horas, 7 dias
- **Crianças:** 100mg/kg/dia, divididos em 12/12h, 7 dias

Penicilina Cristalina: utilizada preferencialmente após a identificação do agente etiológico.

Dosagem:

- **Adultos:** 4.000.000 UI, 4/4 horas, 7 dias
- **Crianças:** 250.000 UI/Kg/dia, divididos em 4/4h, 7 dias

Obs. 1: são consideradas drogas alternativas o cloranfenicol e a ampicilina.

Obs. 2: a utilização de corticoesteróides nos quadros de meningite meningocócica e meningococemia, ainda que venha sendo indicado por diversos grupos, é tema de controvérsia, devendo ser adotada em função dos protocolos estabelecidos ou adotados em cada serviço.

DIAGNÓSTICO

Todo caso suspeito deve ser investigado através da coleta de exames específicos para a identificação do meningococo e de outros possíveis diagnósticos diferenciais.

Em relação à doença meningocócica, frente a **todo caso suspeito** é orientado a coleta dos seguintes exames laboratoriais:

Sangue:

- Hemocultura (no mínimo 2 amostras, colhidas em sítios distintos)
- Contraímuno eletroforese

Líquor:

- Citologia
- Bioquímica
- Bacterioscopia
- Cultura
- Contraímuno eletroforese

Obs. 1: o exame de punção líquórica deve ser colhido em **todos** os casos suspeitos de doença meningocócica com quadro de **meningite ou meningoencefalite**. Em casos **compatíveis com meningococemia sem meningite** a necessidade de coleta de líquido deve ser avaliada pelo profissional assistente, no sentido de avaliar os riscos e benefícios.

Obs. 2: a realização de exame tomográfico antes da punção liquórica, de maneira geral, só é necessária quando houver sinais clínicos que possam sugerir risco de punção (por exemplo, sinais de déficits motores focais).

Obs. 3: em caso de óbitos em que haja a suspeita de doença meningocócica, a vigilância epidemiológica do município deve ser prontamente informada (ver contatos abaixo). No caso de envio do óbito para a verificação de óbito no SVO, informações sobre a suspeita de doença meningocócica e a descrição do quadro clínico, evolução e exames colhidos devem ser incluídas no formulário/relatório de encaminhamento.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Meningite meningocócica: outras meningites bacterianas (pneumocócica, Haemophilus influenza), abscesso cerebral, meningoencefalites virais.

Meningococcemia: febre maculosa brasileira, dengue hemorrágica, estafilococcia, estreptococcia, outras púrpuras febris (infecciosas ou não), outros quadros de sepse de origem bacteriana.

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

Pacientes com suspeita de doença meningocócica, independentemente da forma clínica, deverão permanecer sob **medidas de precaução por gotículas até que sejam completadas as 24 horas iniciais de antibioticoterapia apropriada.**

Nesse contexto, recomenda-se o uso de máscaras cirúrgicas (compostas por três camadas) por profissionais envolvidos com a assistência ao paciente suspeito durante o período de isolamento, sobretudo aqueles que venham a estar a uma distância inferior a 1 metro do paciente e nas situações de maior risco de exposição a gotículas respiratórias (exame físico, tubação orotraqueal, aspiração de vias aéreas).

Indivíduos expostos a um caso suspeito devem ser avaliados individualmente a fim de se verificar existe a indicação de quimioprofilaxia pós-exposição.

Principais indicações de quimioprofilaxia pós-exposição:

- comunicantes domiciliares;
- em instituições fechadas no mesmo alojamento (comer ou dormir no mesmo local);
- com relação íntima e prolongada (troca de secreção);
- comunicantes de creche e pré-escola (< 7 anos).

Esquema de quimioprofilaxia na doença meningocócica:

- **Adultos:** Rifampicina, 600 mg de 12 em 12 horas, por 2 dias;
- **Crianças (1 mês a 12 anos):** Rifampicina, 10 mg/kg/dose de 12 em 12 horas, por 2 dias;
- **Menores de 1 mês:** Rifampicina, 05 mg/kg/dose de 12 em 12 horas, por 2 dias.

A droga de eleição é a Rifampicina. Muito embora os antimicrobianos Ciprofloxacina e Ceftriaxone sejam considerados drogas eficazes na profilaxia pós-exposição, não devem ser utilizadas como primeira opção.

NOTIFICAÇÃO

Todo caso suspeito de doença meningocócica, independentemente da forma clínica (meningite, meningococemia) é passível de notificação compulsória e imediata, devendo ser realizada por qualquer profissional de saúde envolvido já no atendimento inicial.

Qualquer laboratório de patologia clínica, público ou privado, deve notificar imediatamente a autoridade sanitária responsável sempre que houver a presença de resultados de exames microbiológicos que sugiram ou confirmem a presença da bactéria *Neisseria meningitidis*.

Sempre que houver o isolamento da bactéria *Neisseria meningitidis* ou de cepas de diplococos Gram negativos, tais espécimes deverão ser encaminhados ao laboratório de referência em saúde pública para definição de sorogrupo. No caso de Campinas, as amostras deverão ser encaminhadas ao laboratório do Instituto Adolfo Lutz de Campinas.

VACINAÇÃO

A vacina contra o meningococo C conjugada, em âmbito público, está disponível apenas nos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE) apenas para os seguintes grupos:

- Indivíduos com asplenia congênita ou adquirida;
- Imunodeficiências congênitas;
- Doenças metabólicas de depósito;
- Indivíduos com indicação de implante coclear;
- Transplantados de medula óssea.

Frente a ocorrência de surtos, a utilização da vacinação de uma determinada população pode vir a ser recomendada como medida de controle pela autoridades sanitárias.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Acesse: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/resp/meni_doctec.html

Plantão da Vigilância em Saúde (24h): (19) 78026900

Responsáveis técnicos:

Rodrigo Angerami – médico infectologista da Coordenadoria de Vigilância em Saúde- COVISA, Campinas
Daise Becare – técnica da Coordenadoria de Vigilância em Saúde- COVISA, Campinas
Brigina Kemp – coordenadora da Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA, Campinas

CoViSA