

ALERTA EPIDEMIOLÓGICO

01/2023

ÓBITO SUSPEITO DE DOENÇA MENINGOCÓCICA

Ano 2023, nº 01/2023

O **Alerta Epidemiológico** tem como objetivo apoiar na divulgação rápida e eficaz de conhecimentos às populações, parceiros e partes intervenientes possibilitando o acesso às informações fidedignas que possam apoiar nos diálogos para tomada de medidas de proteção e controle em situações de emergência em saúde pública.

Descrição do evento:

1. Óbito em 20/08/2023: Paciente, 4 anos de idade, sexo masculino, residente de Arapiraca, sem comorbidades, sem histórico (segundo relato da sua avó) de Traumatismo Crânio Encefálico, história progressiva de crise convulsiva ou doença neuropsiquiátrica. Iniciou apresentando enjoos + febre no dia 20/08/2023. No dia 20/08/2023 deu entrada na Unidade de Pronto Atendimento Noel Macedo por volta das 17h com história de dor abdominal, diarreia sem sangue, vômitos, febre, fraqueza, evoluindo com crises convulsivas no decorrer do atendimento. Por volta das 20h paciente evoluiu com taquicardia supraventricular com reversão da arritmia após as intervenções médicas, porém cursou logo após com Parada Cardiorrespiratória sendo realizadas Intubação Orotraqueal e manobras de reanimação por 60 minutos. Paciente evoluiu para óbito às 21:19 sendo o corpo encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbito de Alagoas em Maceió e após análise sendo emitida a Declaração de Óbito tendo a menção da Doença Meningocócica como uma das causas. Reiteramos que até a publicação deste alerta, considera-se como **óbito suspeito por doença meningocócica** pois seguimos aguardando os resultados dos exames realizados.

Medidas adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca:

- Comunicação realizada ao CIEVS Estadual
- Articulação com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar da UPA Noel Macedo para coleta de informações sobre o caso.
- Reunião intersetorial com Secretaria Municipal de Educação.
- Solicitação das medicações ao CIEVS Alagoas e Área Técnica Estadual das Meningites para início da quimioprofilaxia aos contatos do paciente.
- Reunião com os pais das crianças que estudam na mesma creche que o paciente.
- Iniciada Quimioprofilaxia dos contatos escolares (da mesma turma) assim como os contatos familiares que residiam na mesma casa.
- Elaboração de Alerta Epidemiológico.

Áreas envolvidas: Superintendências de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde (CIEVS Arapiraca, Coordenação de Vigilância Epidemiológica, Coordenação de Doenças Imunopreveníveis/Imunização/Rede de

Frio, Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem, Coordenação de Vigilância Sanitária, Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente; Coordenação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da UPA Noel Macedo, Diretora da Creche Municipal, Representante da Secretaria Municipal de Educação.

1. O AGRAVO

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 meningococemia a forma mais grave.

1.1 AGENTE ETIOLÓGICO

A *Neisseria meningitidis* (meningococo) é um diplococo Gram-negativo, aeróbio, imóvel, pertencente à família Neisseriaceae. A composição antigênica da cápsula polissacarídica permite a classificação do meningococo em 12 diferentes sorogrupos: A, B, C, E, H, I, K, L, W, X, Y e Z. Os sorogrupos A, B, C, Y, W e X são os principais responsáveis pela ocorrência da doença invasiva, portanto de epidemias. Os meningococos são também classificados em sorotipos e sorosubtipos, de acordo com a composição antigênica das proteínas de membrana externa PorB e PorA, respectivamente .

1.2 RESERVATÓRIO

O ser humano é o reservatório, sendo a nasofaringe o local de colonização do microrganismo. A colonização assintomática da nasofaringe pela *N. meningitidis* caracteriza o estado de portador que ocorre frequentemente, chegando a ser maior que 10% em determinadas faixas etárias nos períodos endêmicos, podendo o indivíduo albergar o meningococo por período prolongado

1.3 MODO DE TRANSMISSÃO

Contato direto pessoa a pessoa, por meio de secreções respiratórias de pessoas infectadas, assintomáticas ou doentes. A transmissão por fômites não é importante.

1.4 PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Em média, de três a quatro dias, podendo variar de dois a dez dias. Após a colonização da nasofaringe, a probabilidade de desenvolver doença meningocócica invasiva dependerá da virulência da cepa, das condições imunitárias do hospedeiro e da capacidade de eliminação do agente na corrente sanguínea, pela ação de anticorpos séricos com atividade bactericida mediada pela ativação do complemento. O baço também exerce um importante papel na eliminação da bactéria na corrente sanguínea.

1.5 PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

Persiste até que o meningococo desapareça da nasofaringe. Em geral, a bactéria é eliminada da nasofaringe

em até 24 horas de antibioticoterapia adequada.

1.6 SUSCETIBILIDADE

A suscetibilidade é geral, entretanto o grupo etário de maior risco é formado por crianças menores de 5 anos, principalmente as menores de 1 ano.

1.5 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A infecção invasiva pela *N. meningitidis* pode apresentar amplo espectro clínico, que varia desde febre transitória e bacteremia oculta até formas fulminantes, com a morte do paciente em poucas horas após o início dos sintomas. A meningite meningocócica e a meningococemia são as formas clínicas mais frequentemente observadas, podendo ocorrer isoladamente ou associadas. A denominação doença meningocócica torna-se apropriada nesse contexto, sendo adotada internacionalmente. O quadro de meningite pode se instalar em algumas horas, iniciado com intensa sintomatologia, ou mais paulatinamente, em alguns dias, acompanhado de outras manifestações (Quadro 1), geralmente indistinguíveis de outras meningites bacterianas.

A meningite meningocócica é a forma mais frequente de doença meningocócica invasiva e associa-se, em cerca de 60% dos casos, à presença de lesões cutâneas petequiais bastante características.

Quadro 1. Sinais e sintomas de meningite bacteriana, doença meningocócica e meningococemia.

Sinais e sintomas	Meningite bacteriana (meningite meningocócica e meningite causada por outras bactérias)	Doença meningocócica (meningite meningocócica com meningococemia)	Meningococemia
Sinais e sintomas não específicos comuns			
Febre	X	X	X
Vômitos/náuseas	X	X	X
Letargia	X	X	X
Irritabilidade	X	X	X
Recusa alimentar	X	X	X
Cefaleia	X	X	X
Dor muscular/articular	X	X	X
Dificuldade respiratória	X	X	X
Sinais e sintomas não específicos menos comuns			
Calafrios/tremores	X	X	X
Dor abdominal/ distensão/diarreia	X	X	Não se sabe se sinal/sintoma está presente
Dor/coriza no nariz, ouvido e/ou garganta	X	X	Não se sabe se sinal/sintoma está presente

Sinais e sintomas	Meningite bacteriana (meningite meningocócica emeningite causada por outras bactérias)	Doença meningocócica (meningite meningocócica com meningococcemia)	Meningococcemia
Sinais e sintomas mais específicos			
Petéquias/sinais hemorrágicos	X	X	X
Rigidez na nuca	X	X	Não se sabe se sinal/sintoma está presente
Alteração no estado mental	X	X	Ausente
Tempo de enchimento capilar >2 segundos	Não se sabe se sinal/sintoma está presente	X	X
Alteração na cor da pele	Não se sabe se sinal/sintoma está presente	X	X
Choque	X	X	X
Hipotensão	Não se sabe se sinal/sintoma está presente	X	X
Dor na perna	Não se sabe se sinal/sintoma está presente	X	X
Extremidades frias	Não se sabe se sinal/sintoma está presente	X	X
Abaulamento da fontanela	X	X	Não se sabe se sinal/sintoma está presente
Sinal de Kernig	X	X	Ausente
Sinal de Brudzinski	X	X	Ausente
Inconsciência	X	X	X
Estado clínico precário/tóxico	X	X	X
Paresia	X	X	Ausente
Déficit neurológico focal	X	X	Ausente
Convulsões	X	X	Ausente
Sinais de choque			
<input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar >2 segundos <input type="checkbox"/> Alteração na coloração da pele <input type="checkbox"/> Taquicardia e/ou hipotensão <input type="checkbox"/> Dificuldade respiratória <input type="checkbox"/> Dor na perna <input type="checkbox"/> Extremidades frias			

Fonte: Nota Informativa SEVISA 31/2023

Em 15% a 20% dos pacientes com doença meningocócica, identificam-se formas de evolução muito rápidas, geralmente fulminantes, devidas somente à septicemia meningocócica, sem meningite, e que se manifestam por sinais clínicos de choque e coagulação intravascular disseminada (CIVD), caracterizando a síndrome de Waterhouse-Friderichsen. Trata-se de um quadro de instalação repentina, que se inicia com febre, cefaleia, mialgia e vômitos, seguidos de palidez, sudorese, hipotonia muscular, taquicardia, pulso fino e rápido, queda de pressão arterial, oligúria e má perfusão periférica. Suspeita-se da síndrome Waterhouse-Friderichsen nos quadros de instalação precoce, em doente com sinais clínicos de choque e extensas lesões purpúricas.

1.7 FLUXO LABORATORIAL

Com a suspeita de meningite a amostra de líquido cefalorraquidiano (LCR) deve ser colhida e encaminhada para o laboratório que dá suporte ao serviço ao qual o paciente está vinculado. Estando de posse dos resultados das análises preliminares (citometria e bioquímica), sendo o LCR considerado suspeito para infecção bacteriana, este deve ser encaminhado para cultura no setor de microbiologia do laboratório local e, em simultâneo, uma alíquota para o Lacen-AL, para que seja realizado o diagnóstico laboratorial por testes de biologia molecular.

Com o resultado da cultura primária, após o isolamento do patógeno, estando o mesmo identificado como: *Neisseria* sp; *Haemophilus* sp e *Streptococcus* sp, estes devem ser encaminhados para o Lacen-AL, a fim de identificar/confirmar a espécie e, quando necessário, realizar tipagens específicas.

Culturas com antibiograma que apresentem perfil de resistência não esperado também devem ser encaminhadas para o Lacen-AL, mesmo que o patógeno em questão esteja identificado.

1.8 NOTIFICAÇÃO IMEDIATA

De acordo com a Portaria GM/MS Nº 217, de março de 2023, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados, a Doença Meningocócica é uma doença de notificação imediata para o nível municipal, estadual (em até 24 horas) e a notificação é obrigatória a partir da suspeição da doença e notificada no SINAN através da FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE MENINGITE.

Todo caso suspeito de meningite ocorrido em Arapiraca deve ser comunicado ao CIEVS ARAPIRACA, por um dos meios abaixo: (82) 99948-9853 - todos os dias de 8h às 17h; E-mail: cievsarapiraca@gmail.com.

1.9 RECOMENDAÇÕES

Medidas de prevenção e controle:

- Medidas de higiene;
- Atualização da situação vacinal - Vacinas contra diversos tipos de meningite estão disponíveis na rede de atenção primária à saúde em todos os municípios do Estado, sendo estas:

o Meningocócica Conjugada C: Doença Meningocócica causada pelo meningococo do sorogrupo C, para crianças de 3 e 5 meses, com reforço ao 1 ano de idade;

o Meningocócica Conjugada A, C, W e Y: Doença Meningocócica causada pelos meningococos dos sorogrupos A, C, W e Y, para adolescentes de 11 a 14 anos;

o Pentavalente: Doença Meningocócica causada pela bactéria Haemophilus influenzae tipo b, para para crianças de 2, 4 e 6 meses de idade;

o Pneumocócica conjugada 10-valente: Meningite causada por 10 sorotipos de Streptococcus pneumoniae, para crianças de 2 e 4 meses, com reforço ao 1 ano de idade; o BCG: Meningite tuberculosa, ao nascer em dose única.

- Identificação e notificação precoce de casos;
- Tratamento oportuno e adequado;

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria Estadual de Saúde. Nota Informativa SEVISA 31-2023- Assunto: Casos de doença meningocócica em Alagoas. 30 JUN 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p. : il. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view.

Jackelline Maria Barbosa Almeida
Secretária Municipal de Saúde

Evandro da Silva Melo Junior
Superintendente de Vigilância em Saúde

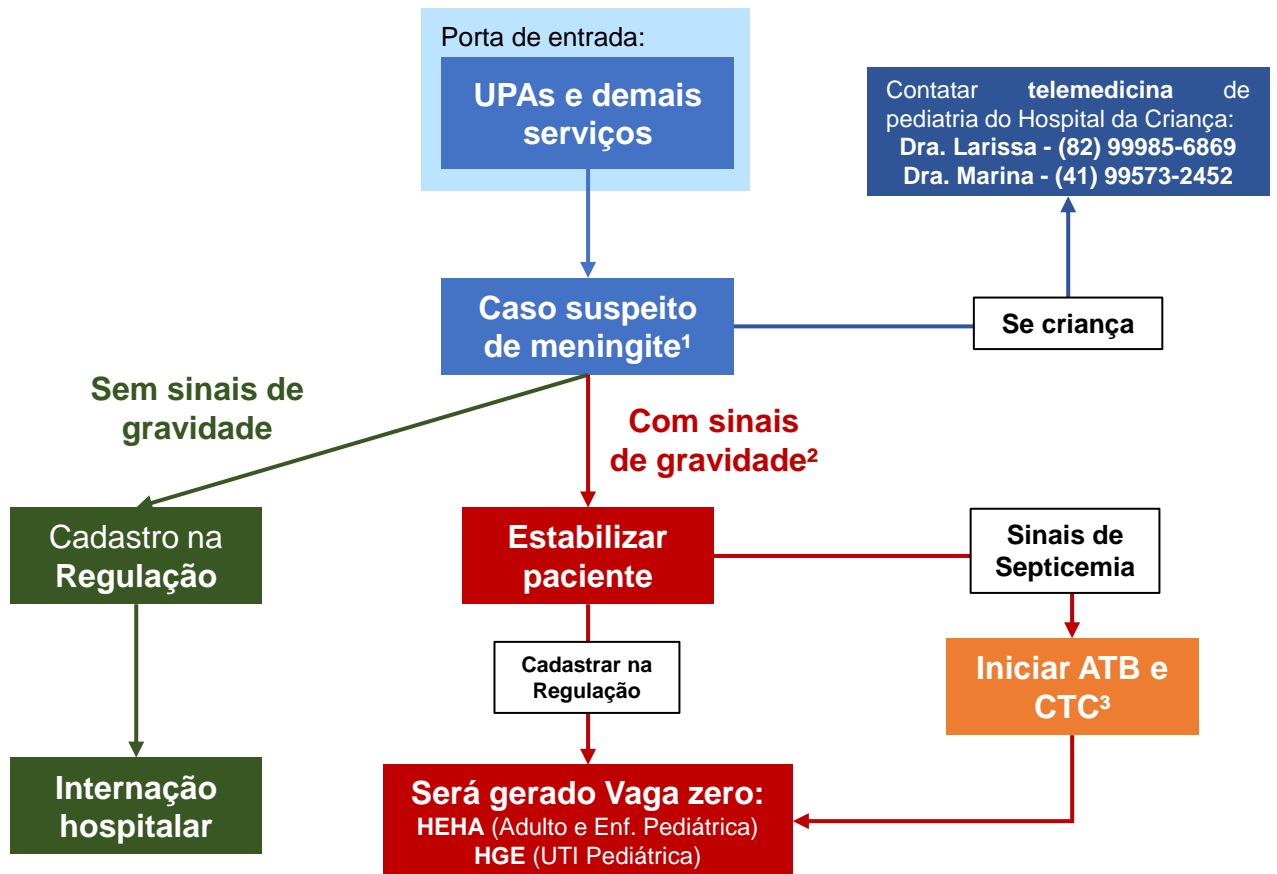
Evandro da Silva Melo Junior
Coordenador CIEVS Arapiraca - Ponto Focal

Ruana Silva de Paula
Diretora de Vigilância Epidemiológica

Mônica Suzy Rocha Barbosa
Coordenadora de Doenças Imunopreveníveis e PNI

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS SECRETARIA DE REGULAÇÃO E GESTÃO

Fluxograma – Casos Suspeitos de Meningite



1 – Definição de casos suspeitos:

- **Crianças >1 ano e adultos:** febre, cefaleia, vômitos, rigidez de nuca, sinais de irritação meníngea, convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo
- **Crianças <1 ano:** podem estar presentes os anteriores, além de irritabilidade, choro persistente e/ou abaulamento de fontanela
- **Sinais de septicemia:** hipotensão, diarreia, dor abdominal, dor em membros inferiores, mialgia, rebaixamento no nível de consciência, entre outros

2 – Sinais de gravidade:

- **Sinais de toxemia:** TEC >2seg, extremidades frias, taquicardia, hipotensão, alteração do nível de consciência
- **Dispneia**
- **Convulsões frequentes**
- **Rash purpúrico ou petéquias com aumento repentino**

Se houver necessidade de tomografia para ingresso ou pós internação na unidade, esta será realizada no HGE

3 – Iniciar antibiótico e corticoide:

- **Ceftriaxona EV de 12/12h:**
 - até 40kg: 100mg/kg/dia
 - >40kg: 4g/dia
- **Dexametasona EV de 6/6h (0,15mg/kg/dose),** se sinais meníngeos

Estabilização do paciente:

- Vias aéreas périas, oxigenação e IOT (se necessário)
- Garantia de acesso venoso calibroso
- Coleta de exames: hemograma, glicemia, ureia, creatinina, hemocultura, gasometria

Se choque

- Expansão salina (SF 0,9%) com 20mL/kg em bolus, correr em até 10min
- Repetir até 4 vezes se persistência do choque