

NOTA TÉCNICA

AGOSTO DE 2023

Nº 01/2023--SAPAPVS/SECD/DE/SES/MA
VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS
IMUNOPREVINÍVEIS/PROGRAMA DE CONTROLE DAS
MENINGITES

ORIENTAÇÕES SOBRE QUIMIOPROFILAXIA PARA
OS CONTATOS DE CASOS DE MENINGITE
BACTERIANA

Elaboração

Monique Pinheiro Maia Silva

Chefe do Departamento de Epidemiologia/DE/SECD/SAPAPVS/SES/MA

Rosany Leandra Carvalho dos Santos

Coordenadora de Vigilância das Doenças Imunopreviníveis/DE/SECD/SAPAPVS/SES/MA

Raimundo Expedito de Sousa Aire

Responsável técnico do Programa das Meningites/DE/SECD/SAPAPVS/SES/MA

Supervisão Geral

Deborah Fernanda Campos da Silva Barbosa

Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde/SAPAPVS/SES/MA

Tayara Costa Pereira

Superintendente de Epidemiologia e Controle de Doenças/SECD/SAPAPVS/SES/MA

Monique Pinheiro Maia

Chefe do Departamento de Epidemiologia/DE/SECD/SAPAPVS/SES/MA

Maria de Jesus Bezerra de Paiva

Assessoria Técnica/SECD/SAPAPVS/SES/MA

Osvaldina Silva Mota

Assessoria Técnica/SECD/SAPAPVS/SES/MA

Francisca Georgina Macedo de Sousa

Assessoria Técnica/SECD/SAPAPVSSES/MA

Assunto

Orientações sobre quimioprofilaxia para os contatos de casos de meningite bacteriana.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A meningite conceitua-se como a ocorrência de um processo inflamatório das meninges, que pode ser desencadeado por diversos agentes infecciosos (bactérias, vírus, fungos e outros) ou não infecciosos (ex.: medicamento e neoplasias)^{1,2}. Para a saúde pública, as meningites bacterianas são as mais relevantes, dada a magnitude de sua ocorrência e o grande potencial de produzir surtos^{2,3}. Além disso, altas taxas de morbidade e mortalidade contribuem para a significância epidemiológica dessa etiologia e para a validade de esforços que busquem descrevê-la e quantificá-la^{3,4}.

Ademais, a meningite bacteriana encontra maior expressividade na etiologia meningocócica, por qualquer dos seus sorogrupos identificados da *Neisseria meningitidis*: A, B, C, W, X e Y^{3,4}. Outras etiologias incluem as infecções por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* B e *Mycobacterium tuberculosis*, mais frequentes entre idosos, pré-escolares e pacientes imunossuprimidos, respectivamente⁵. No entanto, em todas as idades pode haver exceções entre os agentes etiológicos⁶. Estes agentes estão contemplados no calendário nacional de vacinação e, juntamente com a *N. meningitidis*, respondem pelos registros com etiologia estabelecida e notificados ao Ministério da Saúde^{7,8}.

Essa doença pode acometer todas as faixas etárias, mas a depender da espécie de bactéria, pode ter como maior grupo de risco, crianças menores de 5 anos, adolescentes, adultos jovens, idosos e indivíduos portadores de quadros crônicos ou doenças imunossupressoras⁹.

A transmissão ocorre através do contato direto e prolongado de pessoa a pessoa, por meio de secreções respiratórias de pessoas infectadas, assintomáticas ou doentes. De modo geral, a meningite bacteriana possui três vias de infecção: por contiguidade, acesso direto e hematogênica. A via por contiguidade baseia-se em um foco bacteriano nas regiões próximas do sistema nervoso central (SNC), como em otites médias crônicas, mastoidites e sinusites^{6,9}. O acesso direto pode ocorrer em procedimentos cirúrgicos sem a devida esterilização do material a ser utilizado e em traumatismos cranianos. Já a via hematogênica (mais comum) ocorre pelo transporte da bactéria pelo sangue de áreas como orofaringe, pulmões, coração, pele, intestino, sistema geniturinário, até a região de localização do SNC e sua passagem pela barreira hematoencefálica, infectando as meninges⁶.

O quadro clínico varia com a idade e a duração da doença, podendo apresentar sintomas inespecíficos (febre e cefaléia intensa) e sinais de irritação meníngea (vômitos em jatos, rigidez na nuca e dor lombar) e petéquias. Nos menores de um ano de idade destaca-se irritabilidade e choro persistente. Quanto às sequelas, estão associadas a déficits neurológicos

focais, perda de audição, deficiência cognitiva e epilepsia^{2,3,5}.

No Brasil, esse agravo esteve sob máxima atenção dos órgãos de saúde entre as décadas de 70 e 80, quando epidemias em várias cidades do país foram atribuídas aos sorogrupos A, B e C⁶. Atualmente, o sorogrupo C é responsável pela maioria dos casos, tornados progressivamente menos incidentes pela implantação de políticas de imunização com a vacina meningocócica C conjugada, cuja cobertura tornou-se obrigatória a partir de 2010⁷.

Como medida de prevenção e controle para reduzir o contágio, e consequentemente o surgimento de novos casos de meningite bacterianas, é necessário a realização da notificação/investigação oportuna do caso suspeito e pronta administração da quimioprofilaxia aos contatos próximos, quando necessário. Desta forma, o Departamento de Epidemiologia e a Vigilância das Doenças Imunopreveníveis/SES-MA vem por meio desta nota técnica orientar os profissionais de saúde quanto a indicação de quimioprofilaxia para os contatos de meningites bacterianas.

2. DEFINIÇÃO DE CASO

As definições de caso segundo publicado na edição revisada e atualizada do Guia de Vigilância em Saúde⁶.

2.1 Caso suspeito

- ✓ Crianças acima 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 meningococemia, 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 maiores e menores de 1 ano de idade, os sintomas clássicos 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 o paciente que cumpra os critérios de caso suspeito e cujo diagnóstico seja confirmado por meio dos exames laboratoriais específicos: cultura, e/ou PCR, 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 *Neisseria 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/sufusões hemorrágicas (meningococemia).

2.2 Caso descartado

Caso suspeito com diagnóstico confirmado para outra doença.

3. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE – QUIMIOPROFILAXIA

Quimioprofilaxia é uma medida terapêutica usada para prevenção do adoecimento na população exposta até 7 dias do início dos sintomas e tem como objetivos prevenir casos secundários entre os contatos próximos de um caso suspeito de doença e prevenir caso de doença meningocócica entre crianças e adolescentes (BRASIL, 2022). Está indicada para os contatos dos casos de **doença meningocócica ou meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b**.

a) Quimioprofilaxia na Doença Meningocócica:

- ✓ Todos os contatos próximos de um caso de doença meningocócica, independentemente do estado vacinal, deverão receber a quimioprofilaxia. Considera-se **contatos próximos**:



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.

OUTRAS OBSERVAÇÕES



Não há recomendação de quimioprofilaxia 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 (EPI) adequado (BRASIL, 2022)

Todos os contatos próximos de um caso de doença meningocócica, independentemente do estado vacinal, deverão receber a quimioprofilaxia. É importante observar o cartão de vacina, pois crianças e adolescentes que não são vacinados devem receber a quimioprofilaxia e atualizar o cartão vacinal conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério – PNI (BRASIL, 2022).

Importante: Não se indica a quimioprofilaxia se a exposição do profissional de saúde ocorrer quando o paciente-fonte estiver em tratamento adequado há mais de 24 horas.

- ✓ 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;
- ✓ Em relação às gestantes, a rifampicina tem sido utilizada, pois não há evidências de que ela possa causar efeitos teratogênicos. A relação risco/benefício do uso de antibióticos pela gestante deverá ser avaliada pelo médico assistente.

Alternativamente, outros antibióticos podem ser utilizados para a quimioprofilaxia, conforme quadros abaixo:

Quadro 1 - Esquema quimioprofilático 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	125 mg, intramuscular	Dose única	
	≥ 12 anos	250mg, intramuscular		
Ciprofloxacino	>18 anos	500mg, uso oral	Dose única	

Fonte: (GAGLIARDI; TAKAYANAGUI, 2019) citado por Brasil, 2022

2. Quimioprofilaxia na Meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b:

Para os contatos próximos de casos suspeitos de meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b a quimioprofilaxia está indicada nas seguintes situações a seguir:

- ✓ No domicílio, para os contatos próximos, de qualquer idade, que tenham pelo menos um contato com criança menor que 4 anos não vacinada ou parcialmente vacinada, ou com criança imunocomprometida, independentemente da situação vacinal;
- ✓ Em creches e escolas maternas, está indicada quando dois ou mais casos de doença invasiva ocorreram em um intervalo de até 60 dias. Nessa situação, a quimioprofilaxia deve ser prescrita para todas as crianças, independentemente da idade ou do status vacinal, e para os cuidadores;
- ✓ Também é indicada para o doente em tratamento, caso não esteja recebendo cefalosporina de terceira geração.

Quadro 2 - Esquema quimioprofilático indicado para *Haemophilus influenzae*

DROGA	IDADE	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO
Rifampicina	Adulto	600mg/dose	24 em 24 horas	4 dias
	≥ 1 mês até 10 anos	20mg/kg/dose (dose máxima de 600mg)	24 em 24 horas	
	< 1 mês	10 mg/kg/dose (dose máxima de 600mg)	24 em 24 horas	

Fonte: Brasil, 2022

4. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DA RIFAMPICINA NO ESTADO DO MARANHÃO

Mediante a necessidade de facilitar o acesso a Rifampicina 300mg cápsula e Rifampicina 20mg/ml suspensão, e início oportuno da quimioprofilaxia, o Departamento de Epidemiologia/SES/MA e a Central de Abastecimento Farmacêutico/CAF/SES/MA estará disponibilizando às Regionais de Saúde estoque estratégico.

Os medicamentos deverão ser solicitados pelas Regionais de Saúde via Sistemas de Insumos Estratégicos em Saúde (SIES) e a quantidade liberada será de acordo com número de casos de meningite notificados/confirmados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e quantitativo de medicamentos disponíveis na CAF/SES/MA.

SIES é um sistema que tem como objetivo aprimorar o abastecimento de insumos estratégicos por meio de gestão eficiente dos processos de recebimento, distribuição e acompanhamento de estoque

Para fins de solicitação, liberação e controle de estoque da Rifampicina segue fluxograma abaixo:

Figura 1 – Fluxo de solicitação, liberação e controle de estoque da Rifampicina (cápsula 300mg e suspensão 20mg/ml) na rotina do serviço de saúde

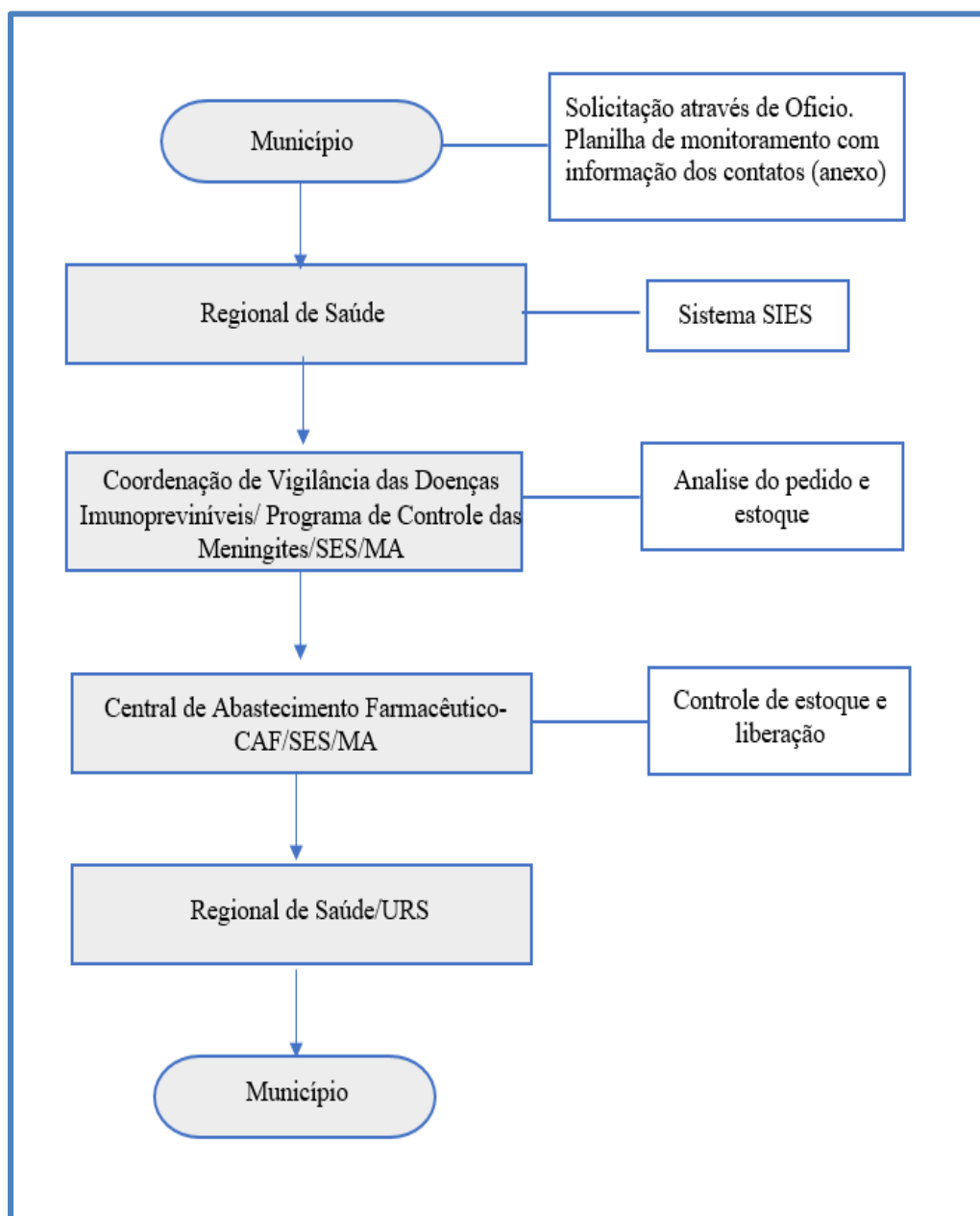
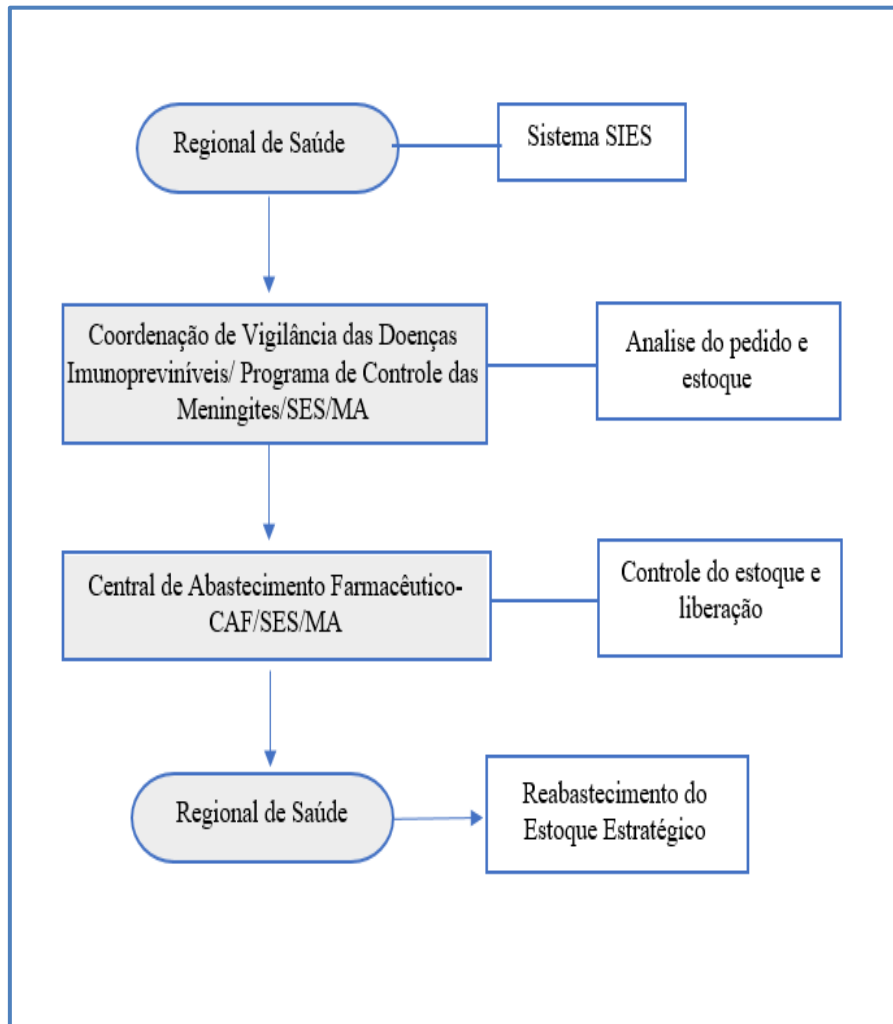


Figura 2 – Fluxo de solicitação, liberação e controle de estoque da Rifampicina (cápsula 300mg e suspensão 20mg/ml) para reabastecimento do estoque estratégico.



REFERÊNCIAS

1. Cruz AS, Bernardo TA, Gusmão WDP. Incidência de meningite entre os anos de 2015 a 2019 no estado de Alagoas. Braz J Health Rev. 2021;4(1):2102-13. doi: 10.34119/bjhrv4n1-171.
2. Lucas MJ, Brouwer MC, Beek D. Neurological sequelae of bacterial meningitis. J Infect. 2016;73;(1):18-27. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2016.04.009>.
3. World Health Organization (WHO). Meningococcal meningitis. Geneva; 2018 [cited 2020 April 16] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningococcal-meningitis>.
4. Robertson FC, Lepard JR, Mekary RA, Davis MC, Yunusa I, Gormley WB, et al. Epidemiology of central nervous system infectious diseases: a meta-analysis and systematic review with implications for neurosurgeons worldwide. J Neurosurg. 2019;130(4):1107-26. doi: 10.3171/2017.10.jns17359.
5. Teixeira AB, Cavalcante JCV, Moreno IC, Soares IA, Holanda FOA. Meningite bacteriana: uma atualização. Rev Bras Anál Clin. 2018;50(4):327-9. doi: 10.21877/2448-3877.201800725.
6. FOCACCIA, R. MENINGITE BACTERIANA: meningites agudas In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. Tratado de Infectologia. 5 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015. p. 1283-1298.
7. 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. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
8. Sociedade Brasileira de Imunizações. Departamento Científico de Imunizações. Vacinas meningocócicas conjugadas no Brasil em 2018: intercambialidade e diferentes esquemas de doses. São Paulo: SBIM; 2018 [citado 16 abr. 2020]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/NOTA_TECNICA_CONJUNTA_SBIM_SBP_-_meningo_vacinas_final-jul18__002_.pdf.
9. Roos, K. L.; tyler, K. L. Meningitis, Encephalitis, Brain Abscess, and Empyema. In: kasper, D. L.; fauci, A. S. Harrison's Infectious Diseases. 3 ed. McGraw-Hill Education, 2017. p. 334-360.