

Atenção

A quimioprofilaxia para a Doença Meningocócica em profissionais de saúde não está indicada, exceto em profissionais que tiveram contato com secreções do trato respiratório do paciente, sem o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), ou seja, sem o uso de máscara e luvas.

Referências bibliográficas:

- Doença Meningocócica para Profissionais de Saúde- Informe Técnico Junho/01; Julho de 2008 - SES SP DDTR/CVE, Sites de interesse: www.saude.gov.br - <http://www.cve.saude.sp.gov.br>

Todos os casos suspeitos de meningites devem ser imediatamente notificados ao NHE/HB/FAMERP Ramal 1380



Doenças de Notificação Compulsória

No ano de 2008, o NHE/HB/FAMERP fez o total de 4.787 notificações de DNC conforme mostra tabela 2.

Tabela 2 - Números de DNC notificadas e investigadas no NHE/HB, de janeiro a dezembro de 2008*

Nº de notificações	Nº de notificações
AIDS	132
Acidente por material biológico	107
Acidente de trabalho	2784
Acidente de trabalho grave	180
Acidentes por animal peçonhento	109
Coqueluche	23
Dengue	226
Doenças Exantemáticas	16
Esquistossomose	1
Febre Amarela	9
Febre Maculosa	6
Febre Tifóide	6
Gestantes HIV + crianças expostas	24
Hanseníase	20
Hantavírus	8
Hepatites Virais	191
Intoxicação Exógena	420
Leishmaniose Tegumentar Americana	3
Leishmaniose Visceral	10
Leptospirose	17
Malária	7
Meningites	391
Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite	4
Sífilis Congênita	2
Tétano Acidental	4
Tuberculose	87
Total	4787

Fonte: SINAN-FIE-NHE/HB/FAMERP - 2008 - *Dados Provisórios

Os dados da tabela 2 são referentes a casos suspeitos NOTIFICADOS E INVESTIGADOS pelo NHE/HB/FAMERP e NÃO necessariamente confirmados



Segundo a Resolução nº 20 da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo de 22 de fevereiro de 2006:

Lista de Doenças de Notificação Compulsória

Acidentes por animal peçonhento
Botulismo *
Carbúnculo ou antrax *
Cólera *
Coqueluche
Dengue
Difteria *
Doença de Chagas (casos agudos) *
Doença de Creutzfeldt Jacob e outras Doenças priônicas
Doença Meningocócica * Meningite por Haemophilus Influenza * / Outras Meningites
Esquistossomose **
Eventos adversos pós-vacinação
Febre amarela *
Febre do Nilo Ocidental
Febre maculosa
Febre Tifóide *
Hanseníase **
Hantavirose *
Hepatites Virais
Hipertermia Maligna *
Influenza Humana
Infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
Intoxicação por agrotóxicos
Leishmaniose Tegumentar Americana
Leishmaniose Visceral
Leptospirose
Malária
Peste *
Poliomielite / Paralisia flácida aguda *
Raiva Humana *
Rubéola
Sarampo *
Sífilis Congênita
Sífilis em Gestante
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) *
Síndrome da Rubéola Congênita
Síndrome Febril Ictero-hemorrágica aguda *
Síndrome respiratória aguda grave *
Tétano Acidental
Tétano Neonatal *
Tracoma **
Tularemia *
Tuberculose **
Varíola *

Agravos inusitados, surtos e epidemias

*Notificação imediata

** Notificar apenas casos confirmados

Profissional de Saúde do HB, NOTIFIQUE ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia a ocorrência dos agravos relacionados acima.
Ramal 1380 (Segunda à Sexta-Feira das 8 às 17hs)
À noite, finais de semana e feriados notificar nos telefones de plantão da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde disponíveis com a telefonista do HB.

Nas próximas edições serão abordados temas de interesse dos diversos problemas de saúde da população que acontecem no Hospital de Base. Contamos com a colaboração dos profissionais interessados em indicar temas e/ou participar da elaboração do NHE/HB/FAMERP. e-mail: nhepidemiio.hbase@famerp.br



Expediente

Diretor Administrativo
Dr. Jorge Fares

Coordenação Técnica:
Dra. Maria Lúcia Machado Salomão
Dr. Moacir Fernandes de Godoy

Equipe de elaboração deste Boletim:
Dra. Fátima Grisi Kuyumjian
Dr. Irineu Luis Maia
Dra. Márcia Wakai Catelan
Dra. Maria Lúcia Machado Salomão

Equipe de investigação do NHE/HB/2008:
Enf. Ana Maria Celestino Gonçalves
Digitador Ricardo Del Corsi dos Reis
A.E. Fabiana Cristina Moraes
Dra. Fátima Grisi Kuyumjian
Dra. Márcia Wakai Catellan
Dra. Maria Lúcia Machado Salomão

Projeto Gráfico:

Intermedia
comunicação empresarial

Patrocínio: Ministério da Saúde
Apoio: Secretaria de Estado da Saúde
Tiragem: 2.000 exemplares

NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA NHE / HB / FAMERP



São José do Rio Preto - SP

Este é o terceiro exemplar do Boletim Epidemiológico do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do Hospital de Base e Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (NHE/HB/FAMERP). Trata-se de uma publicação periódica voltada aos profissionais de saúde, especialmente médicos, enfermeiros e acadêmicos da área que atuam na interface com os principais problemas de saúde da população. Seus objetivos são divulgar e analisar os indicadores de saúde disponíveis na instituição, em especial os relacionados aos principais doenças e agravos que põem em risco a vida dos indivíduos. Dentre as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) investigadas pelo NHE/HB/FAMERP estão as doenças de transmissão respiratória, nas quais têm especial importância as Meningites, sendo preocupante a Doença Meningocócica (DM).

Doença Meningocócica

Introdução

A doença meningocócica (DM) representa um importante problema de saúde pública, principalmente pela sua evolução aguda, pelas formas graves e letais, assim como pelo seu potencial epidêmico. Habitualmente existe um aumento da DM no inverno. Contudo, existem medidas adequadas de controle e tratamento que, quando adotadas oportunamente, alteram de modo significativo na evolução e a letalidade desses casos. O agente etiológico é a *Neisseria meningitidis* (meningococo) sendo diplococo Gram-negativo, cujos principais sorogrupos são: A, B, C, Y e W135. O meningococo é transmitido por contato próximo e prolongado com portadores desta bactéria (assintomático ou doente), reforçando que a quimioprofilaxia oportuna para estes contatos é a medida de controle mais eficaz.

Clínica

Considera-se caso suspeito de DM todo paciente com sinais e sintomas de meningite aguda, tais como: febre alta, vômitos, cefaléia intensa, rigidez de nuca ou abaulamento de fontanela; acompanhados de toxemia (sonolência e /ou torpor e /ou irritação) com ou sem lesões cutâneas (petéquias e /ou púrpura). A transmissão ocorre por meio do contato direto com gotículas e secreções do trato respiratório do paciente ou portador assintomático.

O início do quadro clínico pode ser inespecífico, facilmente confundido com quadro gripal. A doença meningocócica pode apresentar-se sob três formas clínicas: pacientes com Meningococcemia, Meningite Meningocócica e Meningite Meningocócica com Meningococcemia.

As formas clínicas que apresentam meningococcemia (presença de petéquias na conjuntiva ocular e/ou pele e/ou mucosas) são as formas mais graves, podendo levar ao choque séptico, o que aumenta a gravidade e a letalidade do quadro, com óbito em 15 a 30% dos casos.

Laboratório

O diagnóstico laboratorial é fundamental para a confirmação etiológica do caso e seu tratamento adequado, assim como para fundamentar as medidas de prevenção e controle. Para o diagnóstico laboratorial é necessário a coleta de LCR e SANGUE, para a realização dos seguintes exames: bacterioscopia; cultura (padrão ouro); contraímunoelctroforese cruzada (CIEF); aglutinação pelo látex; identificação de genes por reação em cadeia da polimerase (PCR). O agente etiológico, também, pode ser recuperado por meio de raspado ou aspirado de petéquias. O diagnóstico etiológico é importante para a detecção precoce de novas cepas circulantes, que possam causar surtos/epidemias e para a realização de estudos para determinar a sensibilidade aos antibióticos. Exames complementares para avaliação inicial do quadro: hemograma completo com plaquetas; Na, K, uréia, creatinina, glicemia e gasometria arterial.

Tratamento

Segundo o infectologista Dr. Irineu Luis Maia, “tempo é cérebro”, isto quer dizer: quanto mais precoce for o tratamento, melhor será a resposta e prognóstico do paciente.

Todo paciente com suspeita de meningite e principalmente de meningococcemia, deverá receber cuidados de suporte contínuo e monitorização frequente, já que o quadro é de uma septicemia clássica por um bactéria Gram-negativa.

Além da antibioticoterapia precoce, merece atenção: correção dos distúrbios hidro-eletrolíticos, da gasometria e da necessidade ou não de drogas vasoativas.

Dexametasona: 0,60 mg/kg/dose(12 / 12 horas ou 6 / 6 horas) iniciar 30 minutos antes da antibioticoterapia.

Antibióticos (empírico: sem resultado da identificação do agente etiológico)

- Crianças: 0 – 2 meses, Cefalosporina 3ª geração ou Ampicilina + Aminoglicosídeo

- Crianças: 2 meses – 5 anos, Cefalosporina 3ª geração ou ampicilina + Clorafenicol

- Crianças maiores de 5 anos e adultos, Cefalosporina 3ª geração ou Penicilina Cristalina ou Ampicilina

É importante considerar que esse paciente é um dos casos que necessita de cuidados intensivos mesmo que ele não esteja na UTI(Unidade Terapia Intensiva).

Em caso de ocorrência de óbito, sem elucidação diagnóstica, encaminhar para Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

Medidas de Controle

São fundamentais para que esta doença não ponha em risco a saúde da população que as medidas de controle sejam adotadas oportunamente, em especial a quimioprofilaxia. Deve ser realizado o mais breve possível, para os contatos íntimos e prolongados com o doente. Para os profissionais de saúde, a quimioprofilaxia não está indicada, somente deve ser administrado àqueles que tiveram contato com secreções do trato respiratório do paciente, sem o uso de equipamento de proteção individual (EPI), ou seja, sem o uso de máscara e luva. A quimioprofilaxia é realizada pela Vigilância Epidemiológica local, mediante a notificação de caso. No Brasil, na padronização da quimioprofilaxia a droga de escolha é a rifampicina.

No Brasil, as vacinas contra o meningococo A e C só estão indicadas em situações específicas de surtos/epidemias. No atual momento, não se encontram disponíveis na rotina dos serviços de saúde. Não há vacina eficaz contra o meningococo B. Portanto, é importante a determinação do agente etiológico e respectivo sorogrupo, a fim de viabilizar de forma oportuna e eficaz as ações de vacinação, em situações inusitadas de surtos ou epidemias.

Atualização dos Aspectos Epidemiológicos

Durante a década de 90, ocorreu aumento expressivo da incidência de DM em todas as regiões do Brasil, conforme figura 1. Esse aumento foi devido a epidemias provocadas pelo meningococo dos sorogrupos B e C. As regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores incidências nesse período. Nos últimos anos, porém, observa-se uma tendência de redução dos casos da DM no país e no estado de São Paulo. Os surtos detectados foram controlados, tanto com quimioprofilaxia oportuna como quando indicado em determinadas áreas com vacina com o sorogrupo específico.

Na região de São José do Rio Preto bem como no município de São José do Rio Preto e no Hospital de Base, o comportamento da DM foi conforme figura 2

Para o NHE/HB/FAMERP observa-se o padrão semelhante ao município e DRS-15 na maioria dos anos.

Para o Estado de São Paulo a distribuição dos casos por sorogrupo B, C,

W135 e outros mostrou-se variável conforme figura 3.

Recentemente, de acordo com nota técnica do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde, houve relato de provável surto de DM notificado em 21/07/2008, em São José do Rio Preto.

A Nota técnica referente ao Surto de DM por sorogrupo C em São José do Rio Preto/SP fez considerações como:

Em 2007, o município de SJRP apresentou um coeficiente de incidência (CI) de DM de 2,12 casos/100.000 habitantes (9 casos). Em 2008 foram confirmados 17 casos de DM, 14 definidos como sorogrupo C, 2 sorogrupo B e 1 indefinido, com coeficiente de 4,10 casos/100.000 habitantes. A letalidade observada em 2007 foi 11 % e em 2008, de 23%, com quadros clínicos predominantes de meningococcemia.

Houve a caracterização da ocorrência de surto de DM pelo sorogrupo C, localizado apenas no bairro Solo Sagrado, na região noroeste do município, cujos casos concentraram-se na faixa etária de 10-14 anos.

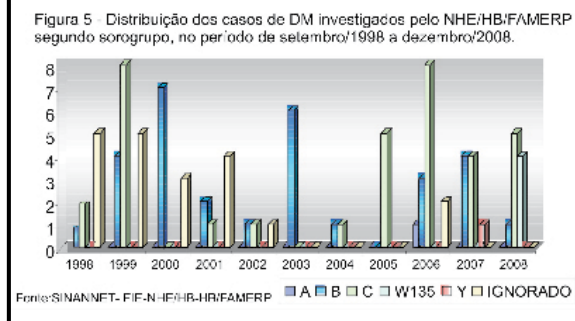
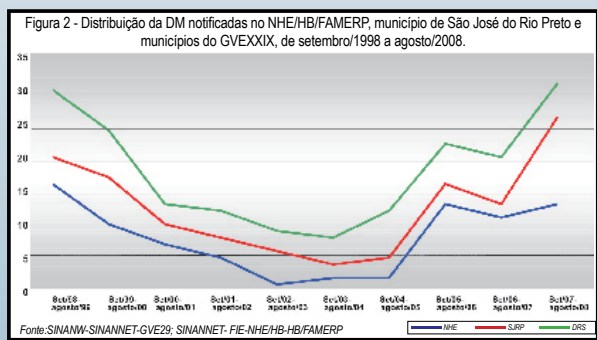
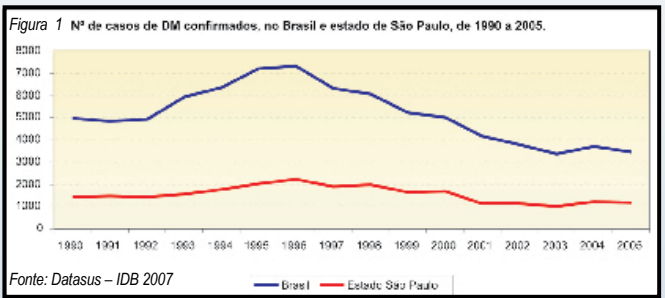
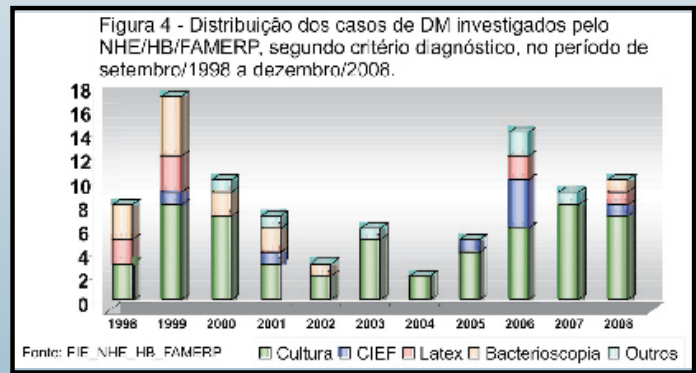
Vale ressaltar, o não aparecimento de casos secundários no município de São José do Rio Preto, reforçando a oportunidade das medidas de controle efetuadas, após a notificação dos casos suspeitos de DM.

Considerando que a utilização de vacinas específicas contra o meningococo dos sorogrupos A e C está indicada apenas em situações de surto ou epidemia, segundo critérios técnicos preconizados pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, a indicação das vacinas é dirigida diferentemente para grupos etários específicos e devem ser administradas exclusivamente nas áreas com evidência de transmissão de DM por sorogrupo específico. Esta conduta tem sido recomendada pelo Ministério da Saúde ao longo dos últimos anos em todas as situações de surtos de DM por sorogrupo C no país, alcançando sua contensão. Com consonância com estas normas, a vacinação contra o meningococo C (conjugada e polissacarídica) foi iniciada no bairro Solo Sagrado no dia 26/07/08, para a população residente situada na faixa etária de 2 meses a 19 anos, incluindo-se as creches e escolas do bairro.

Em reunião técnica realizada no dia 31/07/08, na Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP), na presença de representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde(SVS/MS), da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da SES/SP, do Instituto Adolfo Lutz (IAL), do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) e do Secretário de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto, reavaliando a situação epidemiológica atual concluíram que, no presente, não há indicação técnica de vacinação indiscriminada da população residente no município. A SVS/MS, em parceria com a SES/SP e a SSMH/SJRP, está monitorando permanentemente a situação epidemiológica deste agravo.

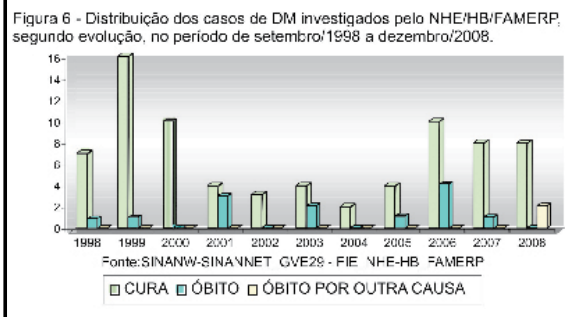
No Hospital de Base a DM no período de agosto de 1998 à dezembro de 2008, distribuiu-se conforme os dados a seguir. Contou com 91 casos de DM, predomínio do sexo masculino (54,9%). Em relação à idade, a maioria foi na faixa etária de 1 a 4 anos (27,4%), seguidos pela faixa de 30 a 39 anos (15%), e pela faixa etária de 5 a 9 anos (8,79%) e 48,81% nas demais faixas etárias.

A maioria dos casos teve a confirmação diagnóstica, pelo critério cultura, como mostra figura 4.



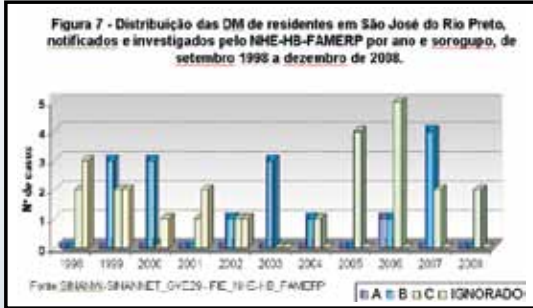
Nos sorogrupos identificados observou-se variação com relação ao ano como mostra a figura 5.

Quanto à evolução observa-se que é variável para os diversos anos, conforme figura 6, sendo em 2008 a letalidade zero (0%) dos casos no NHE em relação aos achados de 23% para o município.



Nº de dias	Porcentagem
No mesmo dia	43,50%
1 dia	35,30%
2 dias	12,90%
3 dias	5,90%
4 dias	2,40%
Total	100,00%

Com relação à data de coleta do LCR e o início das atividades de investigação, que predomina os casos cuja investigação foi no mesmo dia da coleta (43,50%), seguidos do intervalo de 1 dia (35,30%), como mostra a tabela 1.



Os casos de DM de residentes em São José do Rio Preto de setembro de 1998 a dezembro de 2008, atendidos no Hospital de Base tiveram a distribuição por sorogrupo na figura 7, segundo a evolução dos casos conforme figura 8, a letalidade nesta série foi variável.

O maior valor observado foi de 66,7% em 2001, seguida por 33,3 em 2003, 25% em 2005 e 14,3% em 2006 e 2007, sendo que nos demais anos inclusive em 2008 a letalidade foi zero.

Os casos de Doença Meningocócica estudados no NHE do HB da FAMERP são significativos no atendimento deste agravo no município e região, portanto é fundamental o trabalho conjunto(GVE-29, VE da SSMH/SJRP e NHE/HB/FAMERP) para monitorização da DM, bem como a adoção das medidas de controle preconizadas oportunamente, conforme padronização da Coordenação de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratórias e Imunopreveníveis do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e do Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) – Secretaria da Saúde de São Paulo.

