

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº016/2023 - DIVE/LACEN/SUV/SES/SC

Assunto: ORIENTAÇÃO PARA NOTIFICAÇÃO, MANEJO E ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRA NOS CASOS SUSPEITOS DE MENINGITE VIRAL.

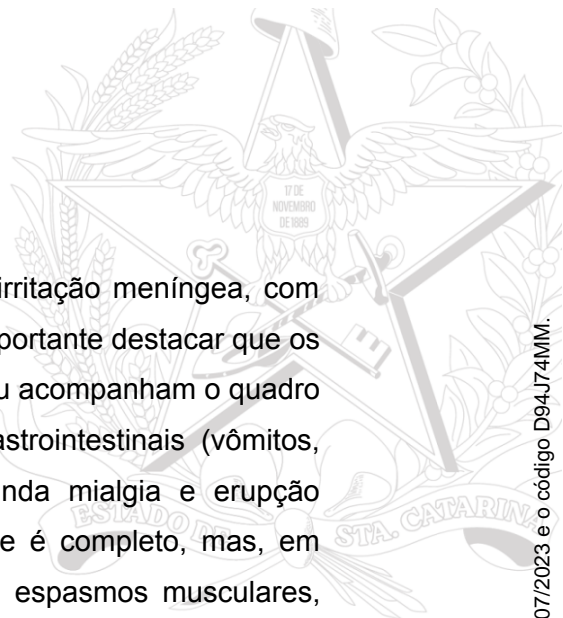
A meningite é uma doença de notificação e investigação compulsória. É caracterizada por um processo inflamatório das meninges, membranas que revestem o encéfalo e a medula espinhal e pode ser causada por qualquer agente etiológico que adentrar neste espaço.

As meningites virais são as mais comuns (ocorrem com maior frequência), geralmente são infecções autolimitadas, nas quais a recuperação do paciente é completa. Na maior parte dos casos são causadas pelo gênero *Enterovírus*. Nesse grupo estão incluídos os três tipos de poliovírus, 28 tipos antigênicos do *Echovírus*, 23 tipos do vírus *Coxsackie A*, seis do vírus *Coxsackie B*, e cinco outros enterovírus. Entretanto, outros vírus como arbovírus, vírus da caxumba, Arenavírus, HIV-1, vírus do sarampo, adenovírus, vírus do grupo herpes, Varicela-Zóster, Epstein-Barr e citomegalovírus também podem causar meningite viral.

O modo de transmissão é geralmente fecal/oral, mas também pode ocorrer a transmissão pela via respiratória. O período de incubação comumente varia entre 7 e 14 dias para enterovírus, podendo variar de 2 a 35 dias considerando outros vírus. O período de transmissibilidade também varia dependendo do vírus. No caso dos enterovírus, estes podem ser eliminados nas fezes por diversas semanas e pelas vias aéreas superiores por períodos que variam de 10 a 15 dias. As crianças constituem o grupo mais vulnerável às infecções causadas pelos enterovírus.

1. Manifestações clínicas e complicações

Quando se trata de enterovírus, as manifestações clínicas mais frequentes são: febre, mal-estar geral, náusea e dor abdominal na fase inicial do quadro; seguidas,



após aproximadamente de um a dois dias, de sinais de irritação meníngea, com rigidez de nuca, geralmente acompanhada de vômitos. É importante destacar que os sinais e os sintomas inespecíficos que mais antecedem e/ou acompanham o quadro da meningite viral por enterovírus são manifestações gastrointestinais (vômitos, anorexia e diarreia), respiratórias (tosse, faringite), e ainda mialgia e erupção cutânea (rash). Em geral, o restabelecimento do paciente é completo, mas, em alguns casos, pode permanecer alguma debilidade, como espasmos musculares, insônia e mudanças de personalidade. A duração do quadro é geralmente inferior a uma semana (Guia de Vigilância em Saúde, 2022).

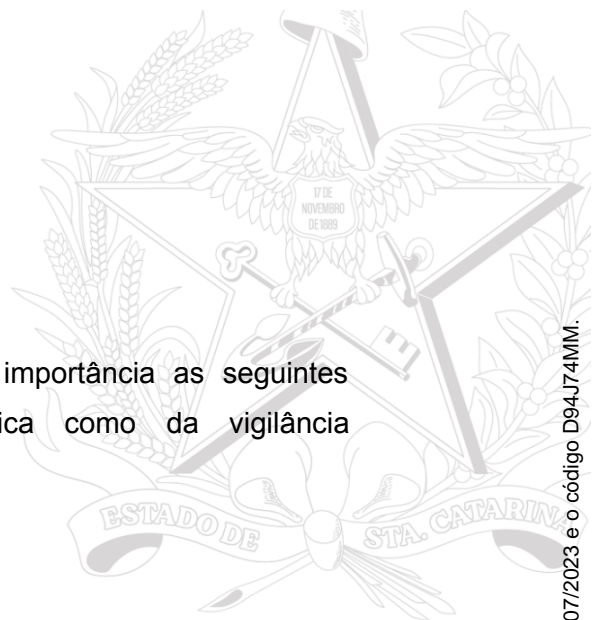
Habitualmente, nos casos de enterovírus, não há complicações, a não ser que o indivíduo seja portador de alguma imunodeficiência.

2. Suspeita diagnóstica

Indivíduo que apresente os seguintes sinais e sintomas (verificar no item 1 os sintomas inespecíficos que podem anteceder ou acompanhar o quadro):

- Febre (temperatura axilar maior ou igual a 37,8°C);
- Cefaleia e vômitos, acompanhado por sinais meníngeos (rigidez de nuca, Kernig, Brudzinsky, raramente observados em recém-nascidos e lactentes jovens);
- Toxemia;
- Sinais neurológicos localizatórios, alteração do sensório.

LEMBRETE: Na presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas é fundamental suspeitar de meningococemia e iniciar prontamente investigação diagnóstica e tratamento.



3. Anamnese e Exame físico

Na investigação do caso suspeito é de fundamental importância as seguintes informações para avaliação tanto da equipe clínica como da vigilância epidemiológica:

Anamnese

- Faixa etária;
- Procedência (importante em meningites por agentes específicos);
- História: o tempo de duração da doença;
- Sintomas associados: variações da temperatura corpórea, anorexia, adinamia, vômitos, cefaleia, sonolência, crises convulsivas. Em RNs pode ocorrer hipotermia e irritabilidade, inclusive nos lactentes;
- Contato recente com pessoas com quadro clínico semelhante;
- Presença de doença de base;
- Utilização prévia de antimicrobianos: alguns antibióticos podem atravessar a membrana líquórica dificultando a interpretação do líquor ou líquido cefalorraquidiano (LCR).

Exame Físico

- Estado geral: presença ou não de toxemia;
- Estado de hidratação: hidratado / desidratado leve / desidratado moderado / choque;
- Presença de sinais meníngeos: rigidez de nuca, sinais de Kernig e/ou Brudzinski ou abaulamento de fontanela;
- Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas (retirar toda a roupa da criança ao exame);
- Sinais de choque: frequência cardíaca, perfusão periférica, pulsos, pressão arterial sistêmica (com manguito adequado para o tamanho e idade do paciente) e diurese;
- Sinais de insuficiência cardíaca: frequência cardíaca, frequência respiratória, hepatomegalia, estertores pulmonares;
- Nível de consciência: ativo ou alerta / sonolento / torporoso / comatoso - utilizar escala de Glasgow;



- Pupilas (tamanho e fotorreatividade);
- Sinais neurológicos localizatórios.

4. Diagnóstico diferencial

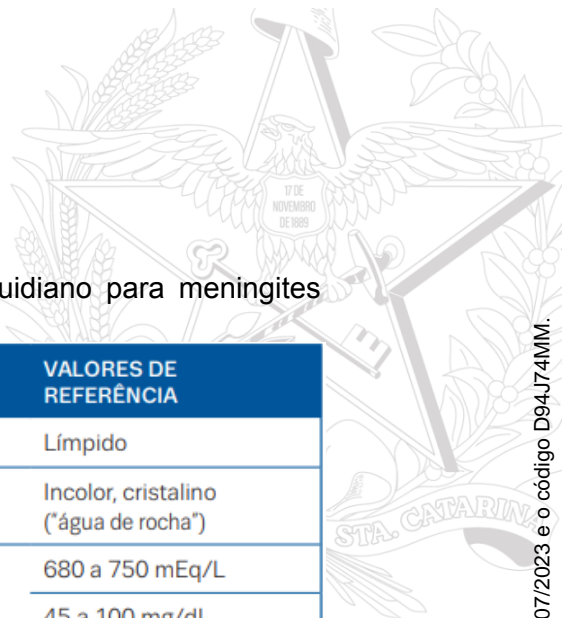
O diagnóstico diferencial deve ser realizado com outras afecções neurológicas, como outras meningites, abscessos, encefalites, meningites bacterianas parcialmente tratadas ou neoplasias e com as afecções comuns no paciente com Aids, como toxoplasmose, tuberculose, histoplasmose, linfoma e a leucoencefalopatia multifocal progressiva (Guia de Vigilância em Saúde, 2022).

Também deve-se afastar: intoxicações medicamentosas, convulsão febril, alterações metabólicas (como hipernatremia/uremia/cetoacidose diabética) e meningismo que pode ocorrer em presença de febre, otite média aguda ou pneumonia de ápice (Protocolo do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus SP).

5. Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico etiológico dos casos suspeitos de meningite viral é de extrema importância para a vigilância epidemiológica, especialmente quando se trata de situação de surto. Os principais exames para o esclarecimento diagnóstico de casos suspeitos de meningite viral dependem do agente etiológico, podendo ser realizados o isolamento viral em cultura celular (LCR e fezes); reação em cadeia da polimerase (PCR) em LCR, soro e outras amostras e exame quimiocitológico do LCR.

Após a suspeição clínica de meningite é realizada punção lombar para análise do LCR que deve apresentar aspecto límpido e incolor. Nos processos infecciosos, ocorre o aumento de leucócitos que, em geral, nas meningites virais, pouco alteram macroscopicamente o aspecto do LCR, devido à baixa celularidade; porém são esperadas alterações bioquímicas, conforme detalhado no Quadro 1.



Quadro 1 - Alterações encontradas no líquido cefalorraquidiano para meningites virais

CARACTERÍSTICAS	MENINGITE VIRAL	ENCEFALITE	VALORES DE REFERÊNCIA
Aspecto	Límpido	Límpido	Límpido
Cor	Incolor ou opalescente	Incolor	Incolor, cristalino ("água de rocha")
Cloretos	Normal	Normal	680 a 750 mEq/L
Glicose			45 a 100 mg/dL
Proteínas totais	Levemente aumentadas	Discretamente aumentadas	15 a 50 mg/dL
Globulinas	Negativa ou positiva	Aumento discreto (gamaglobulina)	Negativa
Leucócitos	5 a 500 linfócitos	1 a 100 linfócitos	0 a 5 mm ³

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, 2022.

As amostras de LCR de casos suspeitos de meningite viral devem ser coletadas preferencialmente no ato do 1º atendimento (fase aguda da doença). Em situações de aumento de casos e surtos, as amostras devem ser encaminhadas ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/SC). Para isso, deve-se cadastrar adequadamente os exames no GAL e seguir as orientações para a coleta, o armazenamento e o transporte das amostras conforme o [Manual Interativo de Exames-Biologia Médica](#).

Fluxo de encaminhamento de Amostras biológicas para o LACEN/SC (meningites virais)

O LACEN/SC receberá amostras de LCR e fezes para investigação de meningites virais nas situações de aumento de casos e surtos e após contato prévio com área técnica das meningites da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC)..

Cadastro no GAL

A requisição deve ser preenchida seguindo as orientações abaixo:



Dados clínicos gerais

Agravo/doença: *Meningite*

Data dos primeiros sintomas: *informar a data*

Detalhes do agravo

Caso: *Suspeito*

O paciente tomou vacina: *SIM/NÃO*

Qual vacina tomou:

Amostra

Amostra: *Líquor/Fezes*

Material clínico: *Amostra "in natura"*

Data coleta: *informar a data da coleta*

Hora coleta: *informar a hora da coleta*

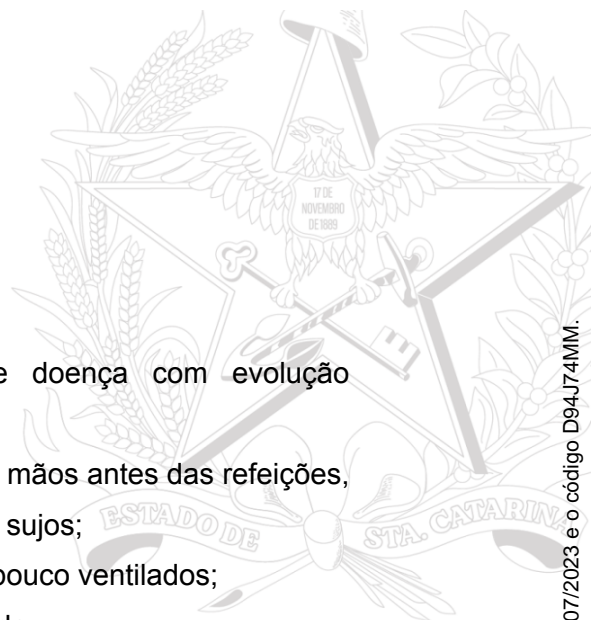
Pesquisa/Exame

Nova pesquisa: *Lab. Externo - Meningite - PCR*

Observações: *No campo observações, registrar os sintomas do paciente e os resultados das análises bioquímica, citológica e microbiológica do LCR.*

6. Tratamento

O tratamento antiviral específico não tem sido amplamente utilizado. Em geral, utiliza-se o tratamento de suporte, com avaliação criteriosa e acompanhamento clínico. Tratamentos específicos somente estão preconizados para a meningite herpética (HSV 1 e 2 e VZV) com aciclovir endovenoso.



7. Medidas de prevenção e controle

- Acalmar a população explicando tratar-se de doença com evolução geralmente benigna e autolimitada;
- Cuidar da higiene pessoal, principalmente lavar as mãos antes das refeições, após utilizar sanitários, manusear fraldas e objetos sujos;
- Evitar os lugares muito frequentados, multidões e pouco ventilados;
- Manter boa higiene ambiental e ventilação adequada;
- O ideal é cobrir a boca e o nariz (com lenço descartável) sempre que espirrar, tossir e até falar, para evitar a transmissão dos vírus quando em contato com pessoas próximas;
- Na fase aguda da doença (primeira semana) o ideal é que as crianças com meningite viral não frequentem a escola, pois nessa fase a transmissão é tanto respiratória quanto fecal.

8. Notificação dos casos

Devem ser notificados todos os casos de meningite que se encaixem na definição de caso suspeito:

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

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

Serão classificados como casos confirmados para meningite viral:

- Todo caso suspeito com exame quimiocitológico do LCR sugestivo de meningite viral;

- Todo caso suspeito cujo diagnóstico seja confirmado por meio dos exames laboratoriais específicos: isolamento viral e/ou PCR;
- Todo caso suspeito que apresente história de vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente para vírus causador de meningite por um dos exames específicos, mas que não tenha realizado nenhum deles;
- Todo caso suspeito com clínica sugestiva de meningite viral.

As amostras biológicas somente devem ser encaminhadas após contato prévio da área técnica das meningites da Gerência Regional de Saúde com área técnica das meningites na DIVE/SC e ao sobreaviso nos finais de semana e feriados. As situações de aglomerados de casos e/ou surtos devem ser notificados imediatamente à esfera hierárquica superior e ao nível central através do e-mail: notifica@saude.sc.gov.br.

Florianópolis, 06 de outubro de 2023.

Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DIVE/SUV/SES/SC

Laboratório Central de Santa Catarina
LACEN/SUV/SES/SC



Referências consultadas e material de apoio

<https://dive.sc.gov.br/index.php/component/phocadownload/category/50-meningite?download=690:apostila-meningite>

<https://dive.sc.gov.br/index.php/component/phocadownload/category/50-meningite?download=691:informe-tecnico-vigilancia-das-meningites-no-estado-de-santa-catarina>

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/HIMJ_protocolo_meningites_1254773684.pdf

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-norte/hdt-uft/acesso-a-informacao/gestao-documental/protocolo/divisao-medica/protocolo-014-atendimento-de-criancas-com-diagnostico-de-febre-sem-sinais-localizatorios.pdf/view>



Assinaturas do documento



Código para verificação: **D94J74MM**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



JOÃO AUGUSTO BRANCHER FUCK (CPF: 060.XXX.189-XX) em 06/10/2023 às 17:13:41

Emitido por: "SGP-e", emitido em 28/03/2019 - 14:42:44 e válido até 28/03/2119 - 14:42:44.

(Assinatura do sistema)



MARLEI PICKLER DEBIASI DOS ANJOS (CPF: 824.XXX.329-XX) em 06/10/2023 às 17:16:07

Emitido por: "SGP-e", emitido em 01/04/2019 - 10:31:29 e válido até 01/04/2119 - 10:31:29.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAwNzA0MDdfNzExODBfMjAyM19EOTRKNzRNTQ==> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00070407/2023** e o código **D94J74MM** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.