

Boletim Epidemiológico das Meningites na Bahia - 2017

Nº 01, Ano 2018

Caso suspeito de meningite

O caso suspeito de meningite (criança ou adulto) apresenta os seguintes sinais e sintomas: dor de cabeça, vômito, febre alta, rigidez de nuca, sonolência, prostração, sinais de irritação meníngea (Kernig/Brudzinski) e convulsões.

Crianças menores de 1 ano podem apresentar os sintomas descritos acima, inclusive: irritabilidade aumentada, como choro persistente e abaulamento de fontanela.

Doença meningocócica

A DM é uma infecção causada pela bactéria *Neisseria meningitidis* (meningococo) e apresenta um amplo espectro clínico que pode variar desde portador são até meningococemia fulminante.

A meningococemia apresenta os seguintes sinais e sintomas: início abrupto de febre, vômito, dor de cabeça e manchas no corpo (sufusões hemorrágicas, petéquias e equimoses). Além disso, atentar para sinais e sintomas inespecíficos (sugestivos de septicemia), como hipotensão, diarreia, dor abdominal, dor em membros inferiores, mialgia, rebaixamento do sensório, entre outros.

Um indivíduo pode apresentar as duas formas clínicas associadas, meningite com meningococemia.

O que fazer quando um caso suspeito de meningite ou meningococemia é identificado?

O caso suspeito deve ser atendido pelo médico, que realizará os procedimentos necessários e, quando confirmado o diagnóstico, tem a indicação de internação e intervenção terapêutica, em conformidade com o protocolo para atendimento dos casos suspeitos das doenças. A notificação à autoridade sanitária (Secretaria Municipal de Saúde, Regionais ou Secretaria Estadual de Saúde) deve ser imediata por telefone ou outro meio. Além disto deve-se iniciar a investigação epidemiológica do caso e notificar no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Em 2017, a Bahia confirmou 461 casos de meningites (incidência de 3,06/100 mil habitantes) e 48 óbitos com letalidade de 10,4%. Comparando-se com o ano de 2016, observa-se uma redução de 10,8% no número de casos. Da mesma forma, foi registrado decréscimo de 17,2% no número de óbitos e de 7,1% na letalidade (Tabela 1).

Tabela 1. Casos, Proporção, Incidência, Óbitos e Letalidade das Meningites por Etiologia, Bahia, 2016-2017*

ETIOLOGIA	2016					2017				
	CASO	%	INCID.	ÓBITO	LET.	CASO	%	INCID.	ÓBITO	LET.
BACTERIANA	151	29	1,00	32	21,2	154	33	1,02	27	17,5
VIRAL	210	41	1,40	3	1,4	179	39	1,19	6	3,4
OUTRA ETIOLOGIA	16	3	0,11	1	6,3	10	2	0,07	3	30,0
NÃO ESPECIFICADA	140	27	0,93	22	15,7	118	26	0,78	12	10,2
TOTAL	517	100	3,44	58	11,2	461	100	3,06	48	10,4

Fonte: Sinanet/ Divep/Sesab

*Dados parciais até a 52ª Semana Epidemiológica (30/12/2017).

A proporção de casos de meningites bacterianas diagnosticados por cultura, látex e PCR, no Estado da Bahia demonstrou uma elevação significativa passando de 44,6% (2016) para 55,3% (2017), ultrapassando a meta (50%) pactuada para 2017. Analisando-se o indicador por Núcleo Regional de Saúde (NRS), 06 (67,7%) dos NRS alcançaram a meta estabelecida, sendo eles: Norte (100%), Extremo Sul (100%), Nordeste (100%), Oeste (90%), Centro leste (70,6%) e Sul (61,5%). Possivelmente, o baixo desempenho de alguns núcleos esteja relacionado: à ausência de profissionais capacitados para punção líquórica em alguns municípios; prática de antibioticoterapia antes da coleta de amostras clínicas, dificultando a identificação do agente etiológico; condições inadequadas das amostras enviadas ao IACEN; dificuldade de alguns municípios em cumprir o fluxo laboratorial; inconsistências no sistema de informação (Figura 1).



Figura 1. Proporção de Casos de Meningites Bacterianas Encerrados por Cultura, Látex e PCR, segundo NRS, Bahia, 2017

Fonte: Banco Paralelo/Divep/Sesab

*Dados parciais até a 52ª Semana Epidemiológica 34 (30/12/2017)

O Grupo Técnico das Meningites da Divep/Sesab trabalha com um banco de dados paralelo de Doença Meningocócica (DM) e de Meningite por *Haemophilus influenzae* (MH), a fim de monitorar os casos e óbitos de forma oportuna, uma vez que a notificação no Sinan não ocorre em tempo real. Desde a introdução da vacina contra *Haemophilus influenzae b* no calendário básico da criança em 1999, a Bahia vem registrando queda no número de casos confirmados de meningite por este agente etiológico, sendo que em 2017 foram registrados 04

Boletim Epidemiológico das Meningites na Bahia - 2017

De acordo com os dados do banco paralelo de DM, foram confirmados 29 casos e 05 óbitos. Estratificando-se por faixa etária, verifica-se que a mais acometida foi a de <1 ano (1,5/100 mil habitantes).

Quanto à distribuição por município de residência dos casos de DM, os maiores coeficientes encontram-se nos municípios de Itamarí (12,9/100 mil hab.), Buerarema (10,7/100 mil hab.), Itapé (9,1/100mil hab.) e Tabocas do Brejo Velho (8,7/100 mil hab.). Salvador apresentou a menor incidência de 0,2/100 mil hab. Ressalta-se que, em 2017, o município de Alagoinhas registrou 06 casos (4,9/100mil hab.) e 02 óbitos com letalidade de 33% (Figura 2). Em 2016, não houve registro de DM no referido município.

Dos 29 casos de DM notificados este ano, 17 (58,6%) foram sorogrupados, sendo 16 (94,1%) sorogrupo C e 01 (5,9%) sorogrupo B, demonstrando que o sorogrupo C continua sendo o mais prevalente em nosso estado (Tabela 2).

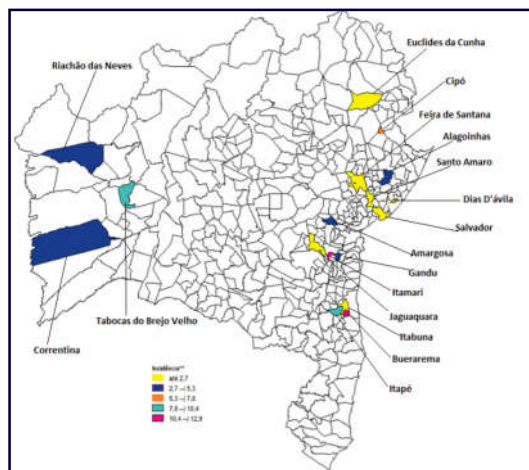


Figura 2 .Distribuição Espacial dos Casos de DM por Residência, Bahia, 2017

Fonte: Banco Paralelo/Gt Meningites/Divep/Sesab

*Dados até a S.E. 52 (30/12/2017)

Tabela 2. Casos de Doença Meningocócica Sorogrupados, Bahia, 2016-2017*

Ano	2016					2017				
	Sorog. C	Sorog. W	Sorog. B	Sorog. Y	Sorog. A	Sorog. C	Sorog. W	Sorog. B	Sorog. Y	Sorog. A
Bahia	12	1	2	3	0	16	0	1	0	0
Salvador	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0

Fonte: Banco Paralelo/Divep/Sesab

*Dados parciais até a Semana Epidemiológica 52 (30/12/2017)

Em Salvador, foram confirmados 06 casos (inc. 0,2/100 mil habitantes) de DM até este período, com uma redução de 40% no número de casos em relação a 2016 e nenhum registro de óbito. Diferentemente do observado em 2016, quando a faixa etária de 40 a 44 anos (1,5/100 mil hab.), apresentou a maior incidência, este ano, o grupo de menores de 1 ano (inc.2,3/100.mil hab) registrou o maior risco de adoecimento. Dos 06 casos notificados, 03 foram confirmados pelo teste de aglutinação pelo látex, os outros 03 foram confirmados pela PCR, cultura e pelo critério clínico. Apenas um caso foi sorogrupo com identificação do sorogrupo C (Figura 3).O diagrama de controle revela que o maior número de casos ocorreu não semana epidemiológica 21, chegando a ultrapassar o limite superior para o período (Figura 3).

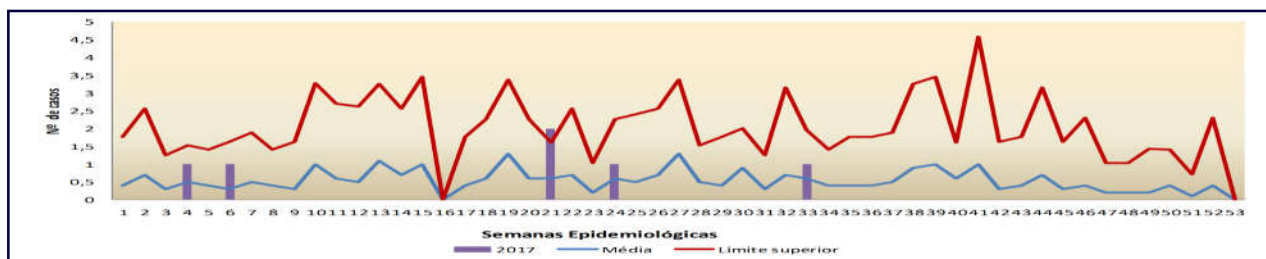


Figura 3. Diagrama de Controle da Doença Meningocócica por Semana Epidemiológica, Salvador-BA, 2017

Fonte: Banco Paralelo/Divep/Sesab

*Dados parciais até a Semana Epidemiológica 52 (30/12/2017)

RECOMENDAÇÕES

- Manter o ambiente sempre ventilado, pois a bactéria que causa a Doença Meningocócica não resiste à luz solar e à ventilação natural;
- Toda pessoa com suspeita de Meningite ou Meningococcemia deve ser hospitalizada. Em Salvador, a referência na Rede Pública é o Hospital Especializado Couto Maia;
- Notificar imediatamente à vigilância epidemiológica municipal para que sejam adotadas as medidas emergenciais de controle;
- Realizar a Quimioprofilaxia dos contatos próximos dos casos confirmados de Doença Meningocócica e Meningite por *Haemophilus influenzae* b em tempo oportuno (ideal: até 48 horas após a data dos primeiros sintomas);

EXPEDIENTE

Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP
Maria Aparecida Araújo Figueiredo

Coordenação de Imunizações e Vigilância Epidemiológica das Doenças Imunopreveníveis - CIVEDI
Ramon da Costa Saavedra - Coordenador

Elaboração: GT Meningites/DIVEP

Raquel Soares
Vânia Leão

civedi-saude@saude.ba.gov.br / (71) 3116.0036