

SARA
Sistema de Alerta e Resposta Apropriada

MENINGITES

NORMAS DE PROCEDIMENTO



Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde

SARA

Sistema de Alerta e Resposta Apropriada

MENINGITES

NORMAS DE PROCEDIMENTO

2ª edição

Direcção-Geral da Saúde

Lisboa, 1999

SARA. Sistema de Alerta e Resposta Apropriada
Meningites: normas de procedimento. – 2ª edição. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde,
1999. - 25.p.

ISBN 972 – 9425 – 68 — X

Meningite – prevenção e controlo

Autor

SARA. Divisão das Doenças Transmissíveis

Editor

Direcção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049 - 005 Lisboa

Telef.21 843 05 00 Fax 21 843 05 30

Capa

Vítor Alves

Composição e impressão

Direcção-Geral da Saúde

Tiragem

1500 exemplares

Sumário

Meningite Meningocócica	7
INFECÇÃO	7
MEDIDAS DE CONTROLO	10
Meningite por <i>Haemophilus Influenzae</i> Tipo b	15
INFECÇÃO	15
Meningite Pneumocócica	21
Meningites Virais	22
MEDIDAS DE CONTROLO	24

Meningite Meningocócica

INFEÇÃO

O agente da infecção é a *Neisseria meningitidis*, cuja disseminação resulta em doença meningocócica invasiva, geralmente septicemia e/ou meningite. A *Neisseria meningitidis* é um diplococo gram negativo, cujos serogrupos mais importantes são o A, o B e o C e ainda o W135, o X, o Y e o Z.

A incidência da infecção meningocócica invasiva tende a ser cíclica, com preferência pelos primeiros meses do ano, podendo apresentar-se como casos isolados, surtos localizados ou epidemia.

Em Portugal, as infecções meningocócicas, incluindo as meningites, são doenças de declaração obrigatória. No quinquénio 1991-1995, o número de notificações anuais de infecções meningocócicas, excluindo as meningites, oscilou entre 63 (1994) e 101 (1993), num total de 379 casos nos cinco anos. No mesmo período, foram notificados 877 casos de meningite meningocócica, sendo o número máximo registado em 1993 — 222 — e o mínimo em 1995 — 113 (Divisão de Epidemiologia, 1996).

Num estudo português, baseado na casuística hospitalar de meningites bacterianas agudas, com identificação do agente (Henrique Lecour, 1992), a distribuição dos casos revelou um predomínio da meningite meningocócica (55% dos casos). Na reduzida amostra de meningites meningocócicas, cuja serogrupagem foi efectuada, o serogrupo B foi o mais frequente, tal como se verifica na maioria dos países ocidentais, seguido pelo C.

As infecções meningocócicas invasivas continuam a ser doenças graves. No entanto, as taxas de letalidade, que antes excediam os 50%, apresentam, actualmente, valores inferiores a 10%, graças a

diagnósticos mais precoces e terapêuticas mais eficazes. Além do problema da letalidade, um número significativo de indivíduos fica com sequelas da doença.

RESERVATÓRIO E FONTE DE INFECÇÃO

O reservatório da *Neisseria meningitidis*, e o foco a partir do qual se propaga, é a orofaringe humana dos doentes e portadores sãos, sendo estes últimos a principal fonte de infecção. A colonização assintomática da árvore respiratória superior é frequente, com alguns estudos referindo taxas de portadores próximas de 10% no grupo 0-14 anos, que atingem 30% no grupo 15-20 anos e que diminuem após estas idades.

Esta situação varia com o aparecimento de um caso de doença. Assim, na ausência de casos, a taxa de portadores em meio familiar varia entre 2 e 18%, subindo para 10 a 50% quando surge um caso no agregado familiar. Verifica-se o mesmo em meio escolar, em que a taxa de portadores aumenta de 20% para 40% quando aparece um caso (sendo mais elevada nos colegas de sala com contactos mais próximos do caso índice).

A duração do estado de portador é longa, desde 5 a 15 semanas até 9 a 16 meses.

MECANISMO DE TRANSMISSÃO

Considera-se que o contacto directo é o único meio de transmissão, dada a fragilidade da bactéria fora do organismo humano. A transmissão faz-se, fundamentalmente, através das gotículas e secreções rinofaríngeas e é favorecida pela tosse, pelos espirros, pelos beijos e pela proximidade física. Geralmente, a contaminação pelo meningococo e a colonização resultante são assintomáticas ou provocam uma faringite inespecífica.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Oscila entre 1 e 10 dias, mas, em geral, não ultrapassa os 4 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

Persiste até que o meningococo desapareça da rinofaringe. Em geral, o contágio deixa de existir 24 horas após o início de terapêutica eficaz.

SUSCEPTIBILIDADE E RESISTÊNCIA

A susceptibilidade à doença clínica é pequena e diminui com a idade. A doença é mais frequente em crianças com menos de 5 anos, com um pico de incidência no primeiro ano de vida. Os contactos próximos de doentes com doença meningocócica apresentam um risco maior de desenvolver a infecção invasiva.

Noventa por cento dos portadores são desenvolvidores anticorpos protectores contra a estirpe de que são portadores e, por imunização cruzada, 80% deles desenvolvem anticorpos, pelo menos em relação a uma das outras estirpes. Por esse motivo, a maior parte dos adultos que esteve em contacto com o meningococo possui anticorpos que asseguram a sua protecção contra as estirpes mais frequentes no seu meio.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DA DOENÇA

Caso esporádico: aparece um só caso de doença na comunidade, sem que tenha relação evidente, no lugar ou no tempo, com outro caso.

Cluster: aparecem, no prazo de um mês e provocados pelo mesmo **serogrupo**, dois ou mais casos relacionados entre si, por contactos pessoais ou espaços comuns de exposição.

Um caso é secundário quando ocorre, pelo menos, 24 horas depois do primeiro caso diagnosticado. Se surge antes das 24

horas, considera-se caso coprimário.

Surto: verifica-se, numa população definida, um número de casos superior ao esperado, de acordo com a situação endémica da zona, e pelo menos um dos casos não tem relação pessoal ou de espaço comum de exposição com o resto dos casos. Define um aumento da transmissão de *Neisseria meningitidis* na comunidade.

MEDIDAS DE CONTROLO

CONCEITOS GERAIS

Caso suspeito: caso clinicamente compatível.

Caso provável: caso clinicamente compatível, com pesquisa de antígenos positiva no líquido cefalorraquidiano (LCR), ou púrpura fulminante, na ausência de hemocultura positiva.

Caso confirmado: caso clinicamente compatível, confirmado pelo isolamento laboratorial da *Neisseria meningitidis* num produto biológico normalmente estéril.

Contactos íntimos: pessoas que, nos 10 dias precedentes à hospitalização de um doente, se encontrem numa das seguintes situações:

a) conviventes no domicílio do doente, pessoas que tenham partilhado o mesmo quarto, assim como quaisquer pessoas expostas às suas secreções orais, nomeadamente através dos beijos, partilha de escovas de dentes ou utensílios de mesa.

b) adultos e crianças que, mesmo não tendo qualquer relação de proximidade com o doente, tenham frequentado as mesmas creches, amas ou jardins de infância.

c) indivíduos que tenham tido contacto estreito e frequente com o doente, em escolas do ensino básico e secundário. Em geral, não se consideram contactos íntimos os colegas cuja única relação com o doente é o facto de frequentarem a mesma sala.

Em qualquer caso, e perante situações de risco especial, a definição de contacto íntimo pode ampliar-se, de acordo com a avaliação específica feita pela Autoridade de Saúde, a partir das características da população afectada.

ACTUAÇÃO NAS SITUAÇÕES EM QUE HÁ UM CASO OU UM *CLUSTER*

Identificação do serogrupo da *Neisseria meningitidis*

Vigilância clínica dos contactos íntimos do caso

Todos os contactos íntimos devem ficar sob cuidadosa vigilância, nos 10 dias que se seguem à hospitalização do doente, para detectar sinais precoces de doença, compatíveis ou suspeitos de meningite meningocócica. Os contactos que apresentarem febre devem submeter-se, rapidamente, a uma avaliação médica.

Profilaxia dos contactos íntimos do caso

A quimioprofilaxia está indicada nos contactos íntimos de cada doente, administrando-se, preferencialmente, nas primeiras 24 horas que se seguem à hospitalização do doente. Os benefícios atribuídos à quimioprofilaxia diminuem com o passar dos dias, não se recomendando após o décimo dia de aparecimento do caso inicial.

Fármaco de eleição

O fármaco de eleição é a **Rifampicina**, embora seja contra-indicada nos casos de hipersensibilidade à droga, antecedentes de hepatopatia grave, porfíria e alcoolismo. Na gravidez, a sua contra-indicação é relativa, devendo ser avaliados, em cada caso, os benefícios e os riscos. Devem ser tidas em atenção as interações com o uso de anticoagulantes, anticonceptivos orais e com o uso de lentes de contacto.

A terapêutica com Rifampicina provoca coloração avermelhada da urina, pelo que os doentes e familiares devem ser alertados para esse facto, a fim de evitar alarmes injustificados.

O esquema a observar é o seguinte:

Rifampicina

Idade < 1 mês — 5 mg / Kg de peso, por via oral, de 12 em 12 horas, durante dois dias.

Idade ≥ 1 mês — 10 mg /Kg de peso, até ao máximo de 600 mg por dose, por via oral, de 12 em 12 horas, durante dois dias.

Adultos — 600 mg, por via oral, de 12 em 12 horas, durante dois dias.

Fármacos alternativos

Ceftriaxone

< 12 anos — uma só dose de 125 mg, por via intramuscular

≥12 anos — uma só dose de 250 mg, por via intramuscular

O Ceftriaxone é a **droga de eleição na grávida**.

Ciprofloxacina

≥ 18 anos — uma só dose de 500 mg, por via oral.

Não se recomenda a menores de 18 anos, a grávidas e lactantes. Esta droga pode ser útil no caso de surtos, em que tem de ser feita quimioprofilaxia em massa, devido ao risco de aparecimento de resistência à Rifampicina.

Interrupção da transmissão pelo doente

Mesmo depois de ter terminado o tratamento, que em princípio não inclui Rifampicina, o doente deverá ser medicado com

Rifampicina, segundo o esquema referido, especialmente se vai reingressar numa instituição (infantário, creche, ama), uma vez que

o tratamento nem sempre evita o estado de portador.

Notificação

A meningite meningocócica é uma doença de declaração obrigatória (DDO) e, assim, **qualquer médico que diagnostique ou suspeite de um caso de meningite meningocócica tem obrigação de o declarar**, de duas formas:

Declaração urgente — por telefone ou por fax para as autoridades de saúde (SARA)

Declaração utilizando o modelo adequado — de acordo com o que está recomendado para todas as DDO, seguindo as cópias do referido modelo os circuitos habituais. Sempre que o clínico tenha conhecimento do serogrupo implicado na infecção, deve fazer constar essa informação da respectiva notificação.

Informação ao público

A valorizar pela **Autoridade de Saúde** local.

ACTUAÇÃO QUANDO OS CASOS OCORREM EM CONTEXTO ESCOLAR

Em situações em que existe **algum caso numa escola** (à excepção das creches, jardins de infância e amas, onde, como já foi dito, todas as crianças são consideradas contactos íntimos), mantém-se a actuação profiláctica descrita anteriormente, considerando quatro hipóteses:

- a) se o **caso for único**, recomenda-se só a profilaxia dos contactos íntimos. No entanto, e como anteriormente foi referido (pág. 9), perante situações de risco especial, a autoridade de saúde pode considerar a extensão das medidas profilácticas a toda a turma;
- b) se, **no prazo de um mês**, aparecerem **dois ou mais casos numa sala/turma**, recomenda-se a profilaxia de todos os colegas de turma;

c) se, **no prazo de um mês**, aparecerem **dois casos na mesma escola mas em turmas diferentes**, recomenda-se a profilaxia de todos os alunos das duas turmas;

d) se, **no prazo de um mês**, aparecerem **três ou mais casos, em pelo menos duas turmas diferentes**, a Autoridade de Saúde decidirá, de acordo com as características do surto, a quem se recomenda a profilaxia (além dos colegas de turma dos doentes).

A Autoridade de Saúde informará a Direcção da Escola, que actuará de acordo com as indicações recebidas, nomeadamente em relação às informações a fornecer aos Encarregados de Educação.

Deve dar-se cumprimento à legislação em vigor acerca da evicção escolar (Decreto Regulamentar n.º 3/95 de 27 de Janeiro).

ACTUAÇÃO EM CASO DE SURTO EPIDÉMICO

Além das medidas já mencionadas, e que devem incluir a identificação dos **serogrupos** da *Neisseria meningitidis*, em **caso de surto devem ser enviadas amostras ao laboratório de referência, a fim de classificar os meningococos, para além dos serogrupos**.

Devem desenvolver-se medidas de vigilância epidemiológica activa, com atenção à ocorrência de novos casos nos hospitais da zona em que ocorre o surto.

As indicações de profilaxia aconselhadas para as situações de aparecimento de um caso ou de um *cluster* podem estender-se para além dos contactos íntimos, se as características do surto o indicarem.

A avaliação da necessidade de medidas adicionais, nomeadamente vacinação, dependerá do serogrupo envolvido e das características do surto, sendo **sempre** da competência exclusiva das autoridades de saúde.

Nota: *as medidas de controlo propostas para as meningites aplicam-se também à sepsis meningocócica.*

Meningite por *Haemophilus Influenzae* tipo b

INFEÇÃO

O *Haemophilus influenzae* é um cocobacilo Gram negativo, classificado em seis biotipos (I a VI), podendo dividir-se em estirpes capsuladas, de que se distinguem 6 tipos antigenicamente diferentes (de “a” a “f”), e estirpes não capsuladas, que não são tipáveis. A doença invasiva é causada por estirpes capsuladas, pertencentes ao tipo b (95% dos casos), das quais a maior parte são do biótipo I.

A infecção invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) pode manifestar-se por **meningite** e outras doenças, como epiglote, pneumonia, artrite séptica, celulite, pericardite, empiema ou osteomielite.

A proporção em que se apresenta cada quadro clínico é muito variável, conforme as regiões, podendo as meningites representar 37 a 70% dos casos.

A incidência da infecção por Hib é sazonal, com preferência pela Primavera e Outono.

Em Portugal, as infecções meníngeas por Hib são Doenças de Declaração Obrigatória apenas desde Janeiro de 1999, sendo, portanto, difícil determinar o número aproximado de casos.

Num estudo português, baseado na casuística hospitalar de meningites bacterianas agudas com identificação do agente (Prof. Henrique Lecour 1992), as meningites por Hib representaram 12% (94) do total de casos estudados.

Cerca de 5% dos casos de meningite por Hib são mortais (3% no estudo do Professor Henrique Lecour) e cerca de 15 a 30% dos doentes podem apresentar sequelas neurológicas graves.

A incidência da doença invasiva por Hib apresentou um decréscimo

radical nos mais de 60 países que incluíram, a partir de 1990, a vacinação sistemática contra o Hib no seu calendário vacinal.

RESERVATÓRIO E FONTE DE INFECÇÃO

O reservatório do *Haemophilus influenzae* é o tracto respiratório superior do homem. A colonização com estirpes não capsuladas é frequente (60 a 90% das crianças estudadas). No entanto, só se isola o Hib em 2 a 5% das crianças, embora esta percentagem aumente, consideravelmente, nas que tiveram contacto recente com um doente. A proporção de crianças colonizadas tornou-se menor depois da introdução da vacinação generalizada.

MECANISMO DE TRANSMISSÃO

A infecção transmite-se por **contacto directo**, de pessoa a pessoa, através de gotículas e secreções nasofaríngeas de doentes ou portadores assintomáticos (tosse, espirros, beijos e proximidade física). A porta de entrada mais comum é a nasofaringe.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Desconhecido, mas provavelmente curto, de 2 a 4 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

Enquanto o microrganismo estiver presente, o que pode corresponder a um período de longa duração. Em geral, deixa de ser transmissível ao fim de **24 a 48 horas após o início de terapêutica eficaz**.

SUSCEPTIBILIDADE E RESISTÊNCIA

A susceptibilidade é universal, sendo mais comum em crianças dos 3 meses aos 3 anos de idade e rara depois dos 5 anos.

O recém-nascido possui anticorpos anticapsulares para o Hib, mas estes diminuem rapidamente, mantendo-se baixos entre os 5 e os 12 meses, idade em que se manifestam a maior parte dos casos, tornando a subir a partir desta idade, talvez pelo contacto com

com microrganismos que estimulam, por reacção cruzada, a produção de anticorpos anticapsulares. Aos 2 anos de idade, o nível de anticorpos já é superior ao do recém-nascido e aos 4 anos de idade os títulos são semelhantes aos do adulto.

A anemia de células falciformes, a asplenia e doenças que causam imunodeficiência, incluindo a infecção por VIH, são factores que predispoem, também, à doença invasiva por Hib.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DA DOENÇA

A doença apresenta-se geralmente sob a forma de **casos isolados** (são os casos primários ou endémicos), em que a transmissão se efectuou a partir dum portador assintomático. No entanto, podem ocorrer **casos secundários**, em que a transmissão se efectuou a partir de outro caso, e mesmo **surtos** (creches, infantários, amas).

As crianças que convivem, no domicílio, com doentes têm um risco maior de virem a sofrer de doença secundária, especialmente durante a 1ª semana de doença do caso primário. É mais controversa a possibilidade de que o contacto com um caso no infantário ou creche aumente o risco da doença secundária.

MEDIDAS DE CONTROLO

CONCEITOS GERAIS

Caso provável: um caso clinicamente compatível, com pesquisa de antígenos positiva no LCR.

Caso confirmado: um caso clinicamente compatível, confirmado pelo isolamento laboratorial do *Haemophilus influenzae* tipo b num produto biológico normalmente estéril.

Contacto domiciliário: indivíduo que resida com o doente ou tenha convivido em sua casa quatro ou mais horas diárias durante 5 dos 7 dias anteriores ao internamento.

Contacto numa instituição infantil (infantários, creches, amas): colegas e funcionários da instituição frequentada pelo doente.

ACTUAÇÃO NAS SITUAÇÕES EM QUE HÁ UM CASO

Vigilância clínica

Contactos domiciliários

Todos os contactos domiciliários com idade inferior a 6 anos devem ficar sob vigilância. Aqueles que apresentarem febre, quer estejam ou não imunizados contra o Hib, devem submeter-se a rápida avaliação médica.

Contactos em instituições (infantários, creches, amas)

Os contactos com idade inferior a 6 anos, que apresentem febre, devem ser submetidos a avaliação médica.

Profilaxia

Contactos domiciliários

A Rifampicina erradica o Hib da faringe em, aproximadamente, 95% das situações, mas não há consenso acerca da diminuição do risco de doença invasiva secundária nos contactos domiciliários. Apesar de tudo, está indicada a quimioprofilaxia, que deve ser iniciada tão precocemente quanto possível, até sete dias após o diagnóstico do caso inicial.

Se no domicílio do doente viver uma criança com **menos de 12 meses, vacinada ou não, todos os contactos** domiciliários devem fazer quimioprofilaxia.

Se no domicílio do doente viverem crianças **entre os 12 e os 48 meses** de idade, **não vacinadas correctamente** (todas as doses recomendadas para a idade) ou vacinadas correctamente mas imunodeprimidas, **todos os contactos domiciliários**, independentemente da idade, devem fazer quimioprofilaxia.

Se as crianças, entre os 12 e os 48 meses de idade, sem imunodeficiências, estiverem correctamente vacinadas, não é necessária quimioprofilaxia dos contactos.

Contactos em instituições (infantários, creches, amas)

É controversa a conveniência de administrar quimioprofilaxia nestes contactos quando só ocorreu um caso. No entanto, recomenda-se que nas instituições com crianças de **idade inferior a 2 anos, não vacinadas** contra o Hib, e quando o **contacto é superior a 25 horas/semana**, se faça quimioprofilaxia **a todos os contactos**.

Nas instituições com crianças de **idade igual ou superior a 2 anos**, independentemente de estas estarem ou não vacinadas, **não é necessária a quimioprofilaxia**.

Fármaco de eleição

Rifampicina

O esquema a observar é o seguinte:

Idade < 1 mês - 10 mg /Kg de peso, por via oral, de 24 em 24 horas, durante quatro dias.

Idade ≥ 1 mês - 20 mg /Kg de peso, até ao máximo de 600 mg por dose, por via oral, de 24 em 24 horas, durante quatro dias.

Adultos - 600 mg, por via oral, de 24 em 24 horas, durante quatro dias.

Nas **grávidas não está aconselhada** a quimioprofilaxia.

Interrupção da transmissão pelo doente

Mesmo depois de ter terminado o tratamento, que em princípio não inclui Rifampicina, o doente deverá ser medicado com **Rifampicina**, segundo o esquema referido no ponto anterior, especialmente se vai reingressar numa instituição (infantário, creche, ama), uma vez que o tratamento nem sempre evita o estado de portador.

Vacinação

Indicada em **crianças entre os 2 meses e os 5 anos** de idade, principalmente as incluídas nos seguintes grupos:

- Crianças com asplenia, anemia falciforme ou imunodeficientes.
- Crianças infectadas com VIH, assintomáticos ou sintomáticos.

Notificação

A **meningite por Hib** é uma doença de declaração obrigatória (DDO) e, assim, qualquer médico que diagnostique ou suspeite de um caso de meningite por Hib tem obrigação de o declarar, de duas formas:

Declaração urgente - por telefone ou por fax para as autoridades de saúde (SARA).

Declaração utilizando o modelo adequado - de acordo com o que está recomendado para todas as DDO, seguindo as cópias do referido modelo os circuitos habituais. Sempre que o clínico tenha conhecimento do serogrupo implicado na infecção, deve fazer constar essa informação da respectiva notificação.

Informação ao público

A valorizar pela **Autoridade de Saúde** local.

ACTUAÇÃO NAS SITUAÇÕES DE SURTO NUMA INSTITUIÇÃO

Quando ocorrerem **2 ou mais casos** de doença invasiva por Hib, em alunos da mesma instituição, **num prazo de 60 dias**, deverá administrar-se **Rifampicina a todas as crianças e aos funcionários** encarregados da sua supervisão. As doses recomendadas são as descritas anteriormente, mantendo-se todas as outras recomendações.

Meningite Pneumocócica

A infecção por *Streptococcus pneumoniae* é também causa importante de meningite.

A doença é mais frequente em lactentes e idosos e apresenta uma elevada taxa de letalidade. O **reservatório** é o homem, e a distribuição do microrganismo é universal.

Transmite-se por contacto directo, através de gotículas, ou por contacto indirecto, através de objectos contaminados com secreções das vias respiratórias.

Estas meningites apresentam-se, geralmente, como **casos isolados**, e não se recomenda nenhuma medida profiláctica aos contactos do doente.

Em caso de **surto numa instituição fechada** (quartéis, internatos, asilos, etc.), pode ponderar-se a utilização da vacina polivalente, excepto quando se sabe que a vacina não inclui o tipo de polissacárido do pneumococo que causou o surto.

Meningites Virais

Embora se tenha demonstrado que numerosos vírus podem causar meningite, em cerca de 50 a 70% dos casos de meningite linfocitária aguda não é possível isolar o agente. Salienta-se que nem todas as meningites linfocitárias agudas são de origem viral. Em períodos epidémicos, o vírus da parotidite é causa de mais de 25% dos casos conhecidos de meningites virais, embora a sua frequência tenha diminuído com a vacinação.

Em Portugal, nos últimos 2 anos, a parotidite foi a primeira causa de meningites virais. Além das meningites por vírus da parotidite, há a salientar as meningites por enterovírus.

Estas orientações centram-se nas meningites virais causadas pelos **enterovírus** e pelo vírus da **parotidite**, não só pela importância que estes têm como causadores de doença meníngea, mas também pela possibilidade de ocorrerem em **surto**, provocando inquietação social.

Os **enterovírus** pertencem ao grupo *Picornaviridae*. Ainda que todos possam provocar doença, só são isolados, com certa regularidade no LCR, os vírus Coxsackie B (6 tipos) e certos vírus Echo.

O vírus da **parotidite** pertence ao grupo *Paramyxoviridae*. A meningite provocada por este vírus evolui espontaneamente para a cura sem deixar sequelas.

RESERVATÓRIO E FONTE DE INFECÇÃO

Enterovírus: o homem

Vírus da parotidite: o homem

MECANISMO DE TRANSMISSÃO

Enterovírus: a transmissão faz-se por via fecal-oral e, possivelmente, oral-oral. A transmissão é favorecida por condições deficitárias de higiene e de salubridade. Nos climas temperados, o seu aparecimento é mais frequente no Verão e começo do Outono.

Vírus da parotidite: a transmissão faz-se pela disseminação de gotículas ou por contacto directo com a saliva de pessoas infectadas (espirro, tosse e beijo). O seu aparecimento é mais frequente no Inverno e na Primavera.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Enterovírus: de 3 a 6 dias

Parotidite: de 12 a 25 dias, com um pico aos 16, 18 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

Enterovírus: durante a fase aguda da doença até várias semanas depois do início da infecção, pois a excreção de vírus nas fezes persiste, mesmo na presença de altos níveis de anticorpos séricos.

Parotidite: 6 a 7 dias antes do início da doença até 9 dias depois.

SUSCEPTIBILIDADE E RESISTÊNCIA

Enterovírus: a susceptibilidade à infecção é universal. A imunidade adquire-se, provavelmente, depois da infecção clínica ou subclínica, desconhecendo-se a sua duração.

Parotidite: a susceptibilidade à infecção é geral, mas cerca de um terço dos casos não chegam a manifestar-se clinicamente. Os sinais meníngeos podem ocorrer em até 15% dos casos de parotidite. A meningite pode manifestar-se sem evidência clínica de parotidite, precedê-la, anteceder-la ou manifestar-se em simultâneo.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO

Tanto os enterovírus como os vírus da parotidite podem ocasionar **casos isolados** ou **surtos**.

MEDIDAS DE CONTROLO

CONCEITOS GERAIS

Caso: as meningites devidas a enterovírus e vírus da parotidite são, pelo menos de início, classificadas como “meningites linfocitárias” ou como “meningites virais”. A etiologia pode ser indiciada por factores gerais, como a sazonalidade ou a situação epidémica (por exemplo, é raro que o vírus da parotidite produza um surto de meningite na ausência de casos de parotidite clínica) e por factores clínicos (alguns vírus Coxackie e Echo caracterizam-se por apresentar uma erupção similar à da rubéola; também podem aparecer vesículas e petéquias).

Nos surtos, é particularmente importante identificar o vírus responsável.

Caso por enterovírus: isolamento do vírus nas fezes ou aumento do título de anticorpos em duas amostras de sangue, sendo a primeira colhida no começo da doença e a segunda quatro semanas depois.

Caso por vírus da parotidite: isolamento do vírus na urina, exsudado faríngeo, **LCR** ou **sangue**, sendo as provas serológicas úteis para a confirmação do diagnóstico.

PREVENÇÃO DE CASOS SECUNDÁRIOS

Meningite por enterovírus

Caso isolado: informação à Autoridade de Saúde (**SARA**), reforçar as medidas de higiene individual e geral, incluindo uma boa

ventilação das habitações, e evitar as aglomerações.

Surto epidémico: as mesmas medidas referidas para o caso isolado.

Meningite por vírus da parotidite

Caso isolado: informação à Autoridade de Saúde (**SARA**), evicção escolar - DR n.º 3/95 de 27 de Janeiro - e vacinação dos contactos não vacinados. Todas as parotidites deverão ser notificadas através do sistema de notificação das DDO.

Surto epidémico: As mesmas medidas recomendadas para os casos isolados. As Autoridades de Saúde valorizarão a conveniência de recomendar que os contactos susceptíveis não vacinados sejam sujeitos a evicção escolar. **Não são considerados susceptíveis todos aqueles que estejam adequadamente vacinados ou em que haja confirmação clínica de terem sofrido a doença.**

INFORMAÇÃO AO PÚBLICO

A valorizar pela **Autoridade Saúde** local.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Pediatrics. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 24 th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997.
- Benenson A S, ed. 1995. Control of Communicable Diseases Manual. 16th ed. Washington : American Public Health Association; 1995.
- Centers for Disease Control. Case definitions for public health surveillance. MMWR 1990; 39 (No. RR-13).
- Centers for Disease Control and Prevention. Control and prevention of meningococcal disease and Control and prevention of serogroup C meningococcal disease: evaluation and management of suspected outbreaks: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1997; 46 (No. RR-5).
- Dirección Xeral de Saúde Pública - Servicio Galego de Saúde. Meninxite infecciosa: protocolos de actuación fronte ás infeccións que son a causa da meirande parte das meninxites agudas no noso medio. Guías de Saúde Pública; serie I:seccion Meninxite. Informe 1.
- WHO. WHO Recommended Surveillance Standards. WHO/EMC//DIS/97.1.