	<b>PROTOCOLO CLÍNICO</b>	Nº DOCUMENTO	DATA
		PTC.DEA.002	08/2022
		REVISÃO	PÁGINAS
		08/2024	1/11

## Atendimento ao paciente com suspeita de Meningite

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. REFERÊNCIAS
5. DEFINIÇÕES E SIGLAS
6. EXIGÊNCIAS
7. RESPONSABILIDADES
8. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO
  - 8.1. Fluxo de Atendimento
  - 8.2. Quimioprofilaxia para contactantes de casos de meningites bacterianas
9. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS
  - 11.1. Anexo I - Ficha de Notificação Compulsória Meningite
  - 11.2. Anexo II - Fluxo de Atendimento de Paciente com Meningite
  - 11.3. Anexo III – Solicitação de Antibióticos

### RESUMO DE REVISÕES

MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓX. REVISÃO
05/2015	Emissão inicial	08/2024
04	Primeira revisão	

### APROVAÇÕES

ELABORAÇÃO	CHEFIA/DIVISÃO	QUALIDADE	PRESIDÊNCIA/DIREÇÃO
Andrea Garcia Denisse Araujo	Alessandrea Lopes	Zorahyde Pires Cristiane Pacheco	Dr. Daniel da Mata

## Atendimento ao paciente com suspeita de Meningite

### 1. INTRODUÇÃO

A meningite é caracterizada por uma inflamação que acomete as meninges que envolvem as duas membranas cerebrais (pia-máter e aracnoide) e o líquido cefalorraquidiano (LCR). Pode ser causada por diversos fatores, infecciosos (vírus, bactérias, fungos, parasitas) ou não (TEIXEIRA, 2018).

### 2. OBJETIVO

Padronizar o fluxo do atendimento ao paciente suspeito de meningite.

### 3. ABRANGÊNCIA

Todas as Unidades de Pronto Atendimento de Saúde e Coordenações de Emergências Regionais geridas pela RioSaúde.

### 4. REFERÊNCIAS

- TEIXEIRA, Andréa Bessa *et al.* **Meningite bacteriana: uma atualização**: Bacterial meningitis: an update. 4. ed. Revista Brasileira de Análises Clínicas, 7 nov. 2018. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2019/04/RBAC-vol-50-4-2018-edi%C3%A7%C3%A3o-completa-corre%C3%A7%C3%B5es.pdf#page=29>. Acesso em: 29 ago. 2022.
- HOSPITAL MUNICIPAL INFANTIL MENINO JESUS. **PROCOLO SOBRE MENINGITES**. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/HIMJ\\_protocolo\\_meningites\\_1254773684.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/HIMJ_protocolo_meningites_1254773684.pdf). Acesso em: 29 ago. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume 1 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

## Atendimento ao paciente com suspeita de Meningite

- BRASIL. Guia de vigilância em saúde. 5ª edição. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. 5ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em < [Guia de Vigilância em Saúde 5ed 21nov21 isbn5 \(1\).pdf](#) > Acesso disponível em 2021.

## 5. DEFINIÇÕES E SIGLAS

### 5.1. Definições

**Meningite** - Possui um quadro clínico de aparição súbita de cefaleia, fotofobia, rigidez de nuca, náuseas, vômitos em jato, convulsões, febre, choro persistente, abaulamento de fontanela e irritabilidade. O diagnóstico é feito através da realização da punção lombar. É de notificação compulsória imediata.

**Sinal de Brudzinski** – Ocorre quando ao se tentar fletir a cabeça do paciente acontece flexão involuntária da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia.

**Sinal de kernig** – Resposta em flexão da articulação do joelho, quando a coxa é colocada em certo grau de flexão, relativamente ao tronco.

### 5.2. Siglas

**CAP** - Coordenação de Área Programática

**CIEVS** - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

**DVS** - Divisão de Vigilância em Saúde

**EAS** – Elementos Anormais do Sedimento

**EPI** – Equipamento de Proteção Individual

**NIR** – Núcleo Interno de Regulação

**RX** – Raio-x

## Atendimento ao paciente com suspeita de Meningite

TC – Tomografia Computadorizada

### 6. EXIGÊNCIAS

**Lei 6.259/1975** – Lei que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

### 7. RESPONSABILIDADES

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
7.1. Identificar o caso suspeito	Médico Plantonista/Enfermeiro
7.2. Isolamento do paciente	Enfermagem
7.3. Preencher a ficha de notificação de Meningite	Coordenação de Enfermagem
7.4. Contato com a CAP/DVS e/ou CIEVS para informar o caso	Coordenação de Enfermagem
7.5. Revisão e Qualificação da ficha de notificação	Coordenação de Enfermagem/ Coordenação de Vigilância

## Atendimento ao paciente com suspeita de Meningite

### 8. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

#### 8.1. Fluxo de Atendimento

- Os pacientes que apresentam os sintomas descritos abaixo devem ser classificados de acordo com a gravidade e encaminhados para atendimento médico conforme fluxo em anexo.

**Sinais e sintomas não específicos:** Febre, Vômitos/Náuseas, Letargia, Irritabilidade, Recusa alimentar, Cefaleia, Dor muscular/articular, Dificuldade respiratória.

**Sinais e sintomas específicos:** Petéquias, rigidez na nuca, alteração no estado mental, tempo de enchimento capilar >2 segundos, alteração na cor da pele, choque, hipotensão, dor na perna, extremidades frias, abaulamento da fontanela, fotofobia sinal de kernig, sinal de brudzinski, inconsciência, estado clínico precário/tóxico, paresia, déficit neurológico focal e convulsões.

#### Sinais de irritação meníngea:

- Sinal de kernig** – O sinal de Kernig está presente quando qualquer tentativa de estender os MMII é inútil e dolorosa.
- Sinal de Brudzinski** – Ocorre quando ao se tentar fletir a cabeça do paciente acontece flexão involuntária dos membros inferiores.

## Atendimento ao paciente com suspeita de Meningite

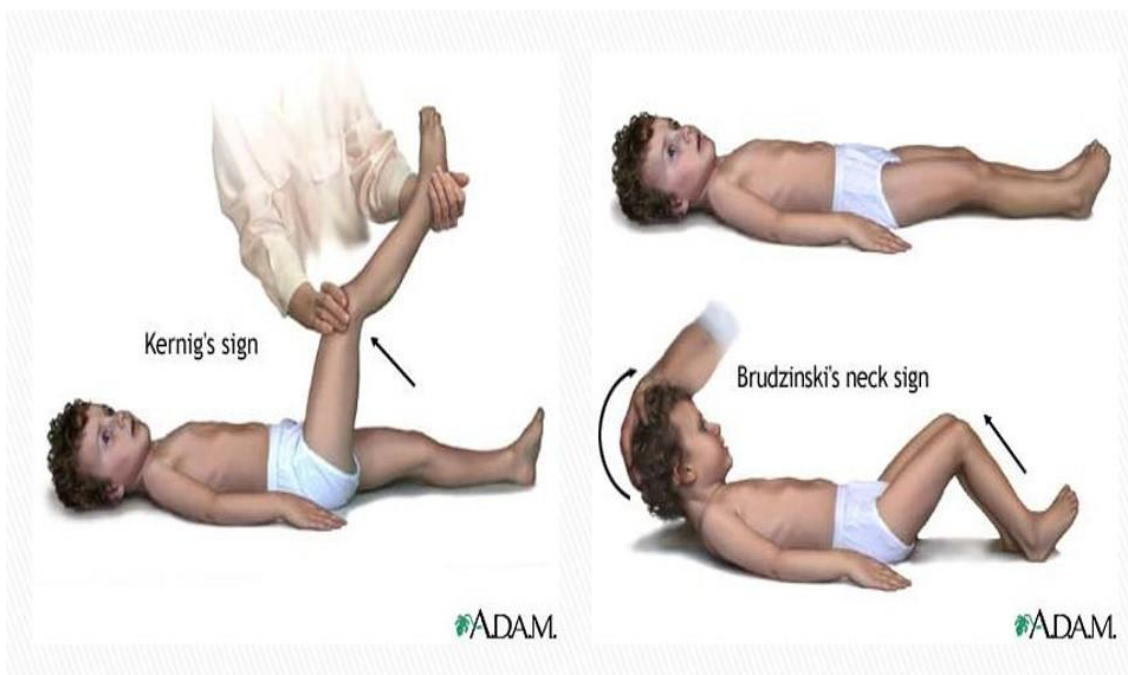


Figura 1. Sinais de irritação meníngea

- O médico plantonista deve comunicar **imediatamente** a coordenação médica e/ou de enfermagem e/ou Serviço Social sobre todo paciente suspeito de meningite;
- O médico deve solicitar o isolamento do paciente e solicitar: hemograma, EAS, radiografia de tórax, TC de crânio e realizar a punção lombar;
- O paciente deve ter isolamento respiratório por gotículas sendo preferencialmente em quarto privativo, entretanto se não for possível, o paciente deverá utilizar máscara cirúrgica;
- Em seguida o médico deve ligar para 2291-3131 R: 3652/ 2332-7165/ 2332-8639 (Hospital Federal dos Servidores – São Sebastião) e informar nome do paciente, idade, caso clínico (resultado do hemograma, EAS, RX de Tórax e TC de crânio “Quando houver dificuldade de realizar a tomografia, informar ao plantonista no São Sebastião”).
- Após contato de médico para médico e autorizado, a ambulância da unidade deverá encaminhar o paciente com médico e técnico de enfermagem e exames para o hospital.
- A coordenação de enfermagem deverá notificar imediatamente o caso suspeito, realizando o preenchimento da ficha de notificação de meningite em até 24 horas (Anexo I);

## Atendimento ao paciente com suspeita de Meningite

- No caso de criança menor de cinco anos, incluir cópia da caderneta de vacinação junto com a notificação, caso a mãe possua;
- Avisar a CAP de referência de sua unidade (De segunda a sexta-feira de 08 às 17 horas). Final de semana, feriado e após às 17 horas, informar ao plantão CIEVS, telefone: 98000-7575 os casos de meningite;
- Registrar no prontuário todo caso notificado.

### 8.2. Quimioprofilaxia para contactantes de casos de meningites bacterianas

Profissionais de saúde que tenham se exposto a secreções respiratórias de pacientes com suspeita de doença meningocócica, com menos de 24 horas, sem uso de máscara cirúrgica, durante: intubação traqueal, aspiração de secreções ou exame de fundo de olho.

- Não há indicação de quimioprofilaxia aos profissionais que somente entraram no quarto de atendimento ou verificaram sinais vitais, como pulso e temperatura ou punccionaram acesso periférico.

Esquemas de profilaxia recomendados: Deve ser iniciado preferencialmente **até 48 horas da exposição**, admitindo-se prazo máximo de sete dias.

- **Rifampicina (12h/12h por 2 dias):** Crianças: <1mês: 5mg/kg/dose

≥ 1 mês e adultos: 10mg/kg/dose

Na indisponibilidade ou contra-indicação clínica do uso de Rifampicina, pode utilizar as seguintes alternativas:

- **Ceftriaxone (dose única):** Crianças: < 12 anos: 125mg IM

≥ 12 anos: 250mg IM dose

- **Ciprofloxacino (dose única):** Adultos: >18 anos: 500mg VO

**Atendimento ao paciente com suspeita de Meningite****9. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS**

Anexo I - Ficha de Notificação Compulsória Meningite.

**10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR**

Revisão	Alteração	Data	Elaboração	Verificação	Aprovação
00	Emissão inicial	04/05/2015	Larissa Pujales	Diretor Executivo Assistencial	Diretor Executivo Assistencial
01	Inclusão Meningite Viral e Isolamento	04/10/2016	Bianca Esser	Diretor Executivo Assistencial	Diretor Executivo Assistencial
02	Responsabilidade 3.3 e 3.4. para serviço social; caderneta de vacinas para menores de 5 anos; local de armazenamento das fichas	08/06/2017	Danielle Madeira	Coordenadora de enfermagem	Diretor Executivo Assistencial
03	Validação anual	23/07/2018	_____	_____	Jaqueline Fuly
04	Inclusão da exigência legal, sinais e sintomas, colocação na norma zero, fluxograma em anexo. Alteração da codificação do documento PAP E-01-01	29/08/2022	Denisse Araujo Andrea Garcia	Alessandra Lopes	Dr. Daniel Lopes



## Atendimento ao paciente com suspeita de Meningite

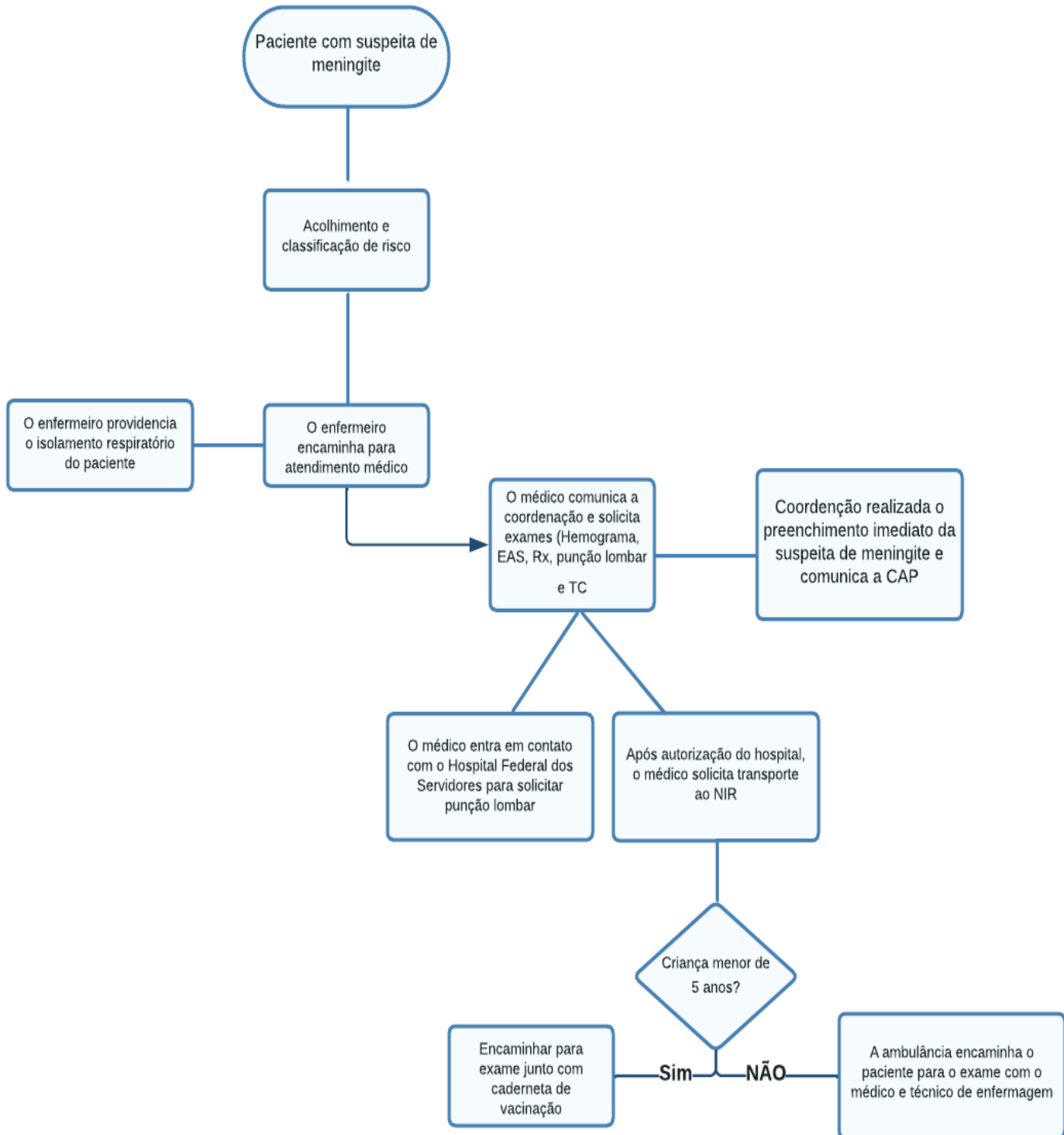
### 11. ANEXOS

#### 11.1. Anexo I – Ficha de Notificação Compulsória Meningite


República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE INVESTIGAÇÃO <b>MENINGITE</b>				
<b>CASO SUSPEITO:</b> Criança acima de nove meses e/ou adulto com febre, cefaléia, vômitos, rigidez de nuca, outros sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski), convulsão, sufusões hemorrágicas (petéquias) e torpor. Crianças abaixo de nove meses observar também irritabilidade (choro persistente) ou abaulamento de fontanela.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2 Agravado/ença		<input checked="" type="checkbox"/> 1 - DOENÇA MENINGOCÓCICA <input type="checkbox"/> 2 - OUTRAS MENINGITES	
	4 UF		5 Município de Notificação	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	
Notificação Individual	12 Gestante		13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 UF		18 Município de Residência	
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	
	17 UF		18 Município de Residência	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	
<b>Dados Complementares do Caso</b>				
Aspectos Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação	
	33 Vacinação		34 Doenças Pré-existentes	
	35 Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Meningite (até 15 dias antes do início dos sintomas)		36 Nome do Contato	
	38 Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)		39 Caso Secundário	
	40 Sinais e Sintomas		41 Outros	
	42 Sinais e Sintomas		43 Outros	
	44 Sinais e Sintomas		45 Outros	
	46 Sinais e Sintomas		47 Outros	

## Atendimento ao paciente com suspeita de Meningite

### 11.2. Anexo II – Fluxo de Atendimento de Paciente com Meningite



**Atendimento ao paciente com suspeita de Meningite****11.3. Anexo III – Solicitação de Antibióticos**

 <b>RIO</b> PREFEITURA RIOSAUDE	<b>SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> FORM.001 POP D-02-11 <b>Número controle (farmácia)</b>	
<b>Unidade:</b>		Coleta prévia de culturas? ( ) sim ( ) não	
<b>Nome do paciente:</b>		<b>BAE:</b>	
<b>Localização do paciente:</b> ( ) Sala vermelha ( ) Sala amarela adulto ( ) Sala amarela pediatria ( ) Isolamento ( ) Sala verde		Leito:	
<b>Antibióticos:</b>	<b>Posologia:</b>	<b>Intervalo:</b>	<b>Tempo provável:</b>
1- _____	_____	_____	_____ dias
2- _____	_____	_____	_____ dias
3- _____	_____	_____	_____ dias
<b>Indicação terapêutica:</b>	<b>Indicação profilática:</b>		
<b>Doença de base:</b>			
<b>Data:</b>	<b>Assinatura e carimbo médico:</b>		