

MENINGOENCEFALITIS

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso

1- Caso probable de M bacteriana: Paciente que presenta criterio clínico y de laboratorio.

Criterio Clínico: Fiebre súbita (mayor o igual a 38°C) y cefalea asociados a uno o más de los siguientes signos y/o síntomas: Rigidez de nuca, signos de Kernig, Brudzinsky, alteración de conciencia, manifestaciones hemorrágicas de la piel, vómitos incoercibles, fotofobia, otros signos de sepsis o shock séptico. En niños menores de 1 año pueden presentar hipotermia o fiebre. En adultos mayores puede no existir hipertermia, rigidez de nuca o rash maculopapular. Inmunocomprometidos pueden manifestar formas agudas o subagudas con cefalea y fiebre de inicio gradual y progresivo.

Criterio de Laboratorio: Líquido cefalorraquídeo (LCR): Aspecto turbio, leucocitos mayor de 100/mm³, proteínas mayor de 100 mg/dl, glucorraquia menor de 40 mg/dl o menor del 50% de la glucemia, diplococos Gram negativos (probable *Neisseria meningitidis*), diplococos Gram positivos (probable *Streptococcus pneumoniae*), cocobacilos gramnegativos (probable *H influenzae*) en el examen directo. Detección de antígeno bacteriano por látex o coagulación en LCR.

Caso Confirmado de Meningitis Bacteriana: Caso probable confirmado por cultivo o PCR en LCR; o a través de nexos epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

2- Caso probable de Meningitis o Meningoencefalitis Virales: Paciente que presenta

Criterio Clínico: Fiebre de comienzo súbito, con signos y síntomas de síndrome Meníngeo, pleocitosis en el LCR más frecuente mononuclear; a veces polimorfonuclear) glucorraquia normal y ligero aumento de proteínas.

Criterio de laboratorio: Paciente con estudio bacteriológico negativo.

Caso Confirmado de Meningitis o Meningoencefalitis o Encefalitis Virales: Es un caso probable con identificación del agente específico en LCR por técnicas moleculares para Enterovirus; Virus de Fiebre Urbana; Arbovirus; Herpes Simple.

3- Meningitis Parasitarias: Caso confirmado de meningitis parasitaria: caso probable y pruebas de laboratorio confirmatorias para agentes parasitarios.

4- Meningitis Fúngicas: Caso confirmado de meningitis fúngica: caso probable y pruebas de laboratorio confirmatorias para agentes fúngicos.

CLASIFICACIÓN INICIAL

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Caso probable de meningoencefalitis bacteriana | <input type="checkbox"/> | Caso probable de meningitis, meningoencefalitis o encefalitis viral | <input type="checkbox"/> |
| Caso confirmado de meningoencefalitis viral - urliana | <input type="checkbox"/> | Caso confirmado de meningoencefalitis viral - enterovirus | <input type="checkbox"/> |
| Caso confirmado de encefalitis por herpes simple | <input type="checkbox"/> | Caso confirmado de meningoencefalitis viral otros agentes | <input type="checkbox"/> |
| Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana otros agentes | <input type="checkbox"/> | Caso confirmado de meningoencefalitis viral sin especificar agente | <input type="checkbox"/> |
| Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana <i>Streptococcus pyogenes</i> | <input type="checkbox"/> | Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - <i>Haemophilus influenzae</i> | <input type="checkbox"/> |
| Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana <i>Streptococcus pneumoniae</i> | <input type="checkbox"/> | Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - <i>Neisseria meningitidis</i> | <input type="checkbox"/> |
| Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana sin especificar agente | <input type="checkbox"/> | Meningoencefalitis secundaria | <input type="checkbox"/> |
| Caso confirmado de meningitis fúngica | <input type="checkbox"/> | Caso confirmado de meningitis parasitaria | <input type="checkbox"/> |
| Caso de meningitis inadecuadamente investigado | <input type="checkbox"/> | Meningoencefalitis sin agente etiológico identificado | <input type="checkbox"/> |
| Meningitis tuberculosa | <input type="checkbox"/> | Encefalitis por arbovirus | <input type="checkbox"/> |

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo al nacer: M F Indeterminado

Sexo legal: M F No binario Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono Propio o vecino: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

En caso que el paciente sea un menor, o este incapacitado para responder, se deberá consignar quien brinda la información:

Madre: Padre: Otros: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____

Fecha de primera consulta: ____/____/____

Signos y Síntomas

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agitación | <input type="checkbox"/> Cefalea intensa | <input type="checkbox"/> Hiperventilación |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones motoras o sensitivas o de los pares craneales | <input type="checkbox"/> Somnolencia | <input type="checkbox"/> Irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> Signos de irritación meníngea: Kernig. Brudzinsky | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Letargia |
| <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Vómitos incoercibles | <input type="checkbox"/> Náuseas |
| <input type="checkbox"/> Confusión mental | <input type="checkbox"/> Estupor | <input type="checkbox"/> Petequias |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Fiebre (mayor o igual a 38°) | <input type="checkbox"/> Púrpura |
| <input type="checkbox"/> Decaimiento | <input type="checkbox"/> Fontanelas abultadas | <input type="checkbox"/> Rechazo del alimento |
| <input type="checkbox"/> Equimosis | <input type="checkbox"/> Fotofobia | <input type="checkbox"/> Rigidez de nuca |

Recibió antibiótico previamente Sí No Fecha: ____/____/____ Días de tratamiento: _____

Nombre del antibiótico: _____

DATOS DE VACUNACIÓN

BCG al nacimiento: Sí No

Antineumocócica VPN23: ____/____/____

Cuádruple: última dosis: ____/____/____

Antineumocócica grupo B: ____/____/____

Pentavalente: última dosis: ____/____/____

Triple Viral: ____/____/____

Antineumocócica CVN13: ____/____/____

Esquema completo para la edad: Sí No

DATOS LABORATORIO

LCR

Líquido pericárdico

Líquido pleural

Líquido articular

Sangre entera

Suero

Aspecto _____

N° células _____

PMN % Prot. _____

Linfoc. % Gluc. _____

Monoc. %

Examen directo del LCR

Ausencia de germen	<input type="checkbox"/>
Diplococo Gram (-) Meningococo	<input type="checkbox"/>
Diplococo Gram (+) Neumococo	<input type="checkbox"/>
Cocobacilo Gram (-) H. Influenzae	<input type="checkbox"/>
Otro germen:	<input type="checkbox"/>

Hemocultivo: Sí No Fecha de toma: ____/____/____ Resultado: _____

Otros: _____ Sí No Fecha de toma: ____/____/____ Resultado: _____

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Factores de riesgos/ Vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés.

Contacto con casos similares

Período estival: Fines de verano - comienzo del otoño

Contacto estrecho y prolongado con personas infectadas

Estudio de contacto

Contacto con casos sospechosos: Si No N° contactos del caso (totales): _____

N° contactos < de 1 año: _____ N° contactos embarazadas: _____ N° contactos vacunados: _____

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

1- Meningitis Bacteriana (ante diagnóstico de Meningococo o Haemophilus dar aviso telefónico)

Manejo de Caso:

Meningocócica: Aislamiento respiratorio hasta cumplir 24 hs de tratamiento antibiótico.

Haemophilus Influenza tipo b: Se deben tomar precauciones estándar más precauciones de gota y mantenerlas hasta haber cumplido 24 hs de tratamiento efectivo.

Manejo de Contactos:

Meningitis meningocócica: si es un contacto cercano de alto riesgo deben recibir la quimioprofilaxis de inmediato independientemente de su estado de vacunación (dentro de las 24 hs). No está indicada si transcurrieron más de 2 semanas.

Alto riesgo: Conviviente. Contacto en guardería o jardín de infantes (sólo la Sala del paciente y el personal que trabaja en ella; NO todo el jardín), exposición directa a las secreciones, contacto sin EPP durante reanimación o intubación, o dormir en la misma vivienda durante los 7 días anteriores al inicio de la enfermedad.

Bajo riesgo: Cuando no hay contacto directo a las secreciones del paciente, NO se recomienda quimioprofilaxis.

Antibióticos recomendados Dosis:

Adultos: Rifampicina 600 mg. cada 12 hs. durante dos días.

Niños mayores de 1 mes: Rifampicina 20 mg/kg/dosis cada 12 hs durante 2 días (máximo 600mg).

Menores de 1 mes: Rifampicina 10 mg/kg/dosis cada 12 hs durante 2 días. Embarazadas: Ceftriaxona 250 mg. IM única dosis.

Meningitis por Haemophilus influenzae tipo b:

Manejo de contactos:

Iniciar quimioprofilaxis dentro de las 24 hs del diagnóstico a todos los contactos domésticos (excepto embarazadas), de cualquier edad, entre los cuales haya un menor de 4 años no inmunizado o con inmunización incompleta. Todos los contactos domésticos donde haya un paciente inmunodeprimido; cualquiera sea su edad, aunque tenga inmunización completa. Todos los contactos de guarderías y jardines, cualquiera sea la edad, cuando ocurren 2 o más casos de enfermedad invasiva por Hib en el término de 60 días. Todos los contactos domésticos entre los cuales haya un niño menor de 12 meses, pues no recibió aún la dosis de refuerzo.

Antibióticos recomendados

Niños menores de 1 mes: 10mg/kg/día (4 dosis).

Niños mayores de 1 mes: 20mg/kg/día (4 dosis)

Adultos: 600mg/día (4 dosis)

Las mujeres gestantes que requieran profilaxis deben recibir ceftriaxona en una dosis única de 250 mg IM.

2-Meningitis virales: En caso de enterovirus están indicadas las precauciones de tipo entéricas durante 7 días después de haber comenzado la enfermedad. Inmunización de contactos: si corresponde a la enfermedad específica.

Contactos Identificados al momento de la notificación.

Apellido y Nombres	Edad	Parentesco/Relacion	Se indica vacuna	Se indica quimioprofilaxis

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e- mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ____/____/20____

firma y sello del notificador