

# 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/mm<sup>3</sup>, 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 Urtiana; 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>Streptococco pyogenes</i>  | <input type="checkbox"/> | Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - <i>Haemophilus influenzae</i> | <input type="checkbox"/> |
| Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana <i>Streptococco neumoniae</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