

A scanning electron micrograph showing several chains of meningococci bacteria. The bacteria are small, spherical, and arranged in long, thin chains. The background is a reddish-brown color.

MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA

PROGRAMA PROVINCIAL DE
**CONTROL DE ENFERMEDADES
INMUNOPREVENIBLES**

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA

Enfermedad inmunoprevenible que afecta especialmente a niños de 2 meses a 5 años. Puede tener como consecuencia discapacidades permanentes como daño cerebral, secuelas auditivas en niños. Puede estar asociada a sepsis generalizada (enfermedad invasiva), y causar daño en tejidos, fallo multiorgánico y muerte.

Agentes etiológicos bajo vigilancia

- *Neisseria meningitidis* (meningococo)
- *Haemophilus influenzae*
- *Streptococcus pneumoniae* (neumococo)

Transmisión

De persona a persona a través de secreciones nasofaríngeas durante el período infectante, puede ser duradero incluso sin secreciones nasales.

Reservorio

El hombre es el único reservorio.

Periodo de incubación

Su comienzo es agudo e insidioso, entre 1 a 4 días, con desarrollo progresivo de signos y síntomas. La meningitis meningocócica puede variar de 2 a 10 días.

Periodo de transmisión

La enfermedad deja de ser transmisible durante las 24 a 48 horas posteriores al comienzo del tratamiento eficaz con antibióticos.

Características clínicas

Puede presentarse en forma insidiosa, con desarrollo progresivo de los signos y síntomas en el curso de uno a varios días o en forma aguda y fulminante. En el neonato es difícil diferenciar los cuadros de sepsis de la meningitis. Puede aparecer hipertermia o hipotermia, ictericia, cianosis, dificultad respiratoria, rechazo del alimento, vómitos, diarrea, aumento de residuo gástrico, letargo, irritabilidad e hipotonía. El 40% de los neonatos presentan convulsiones y alrededor de un tercio hipertensión de fontanela. Los lactantes tienen en su mayoría fiebre, acompañado de irritabilidad, ceño fruncido, fijeza de la mirada, rechazo del alimento, fontanela bombé y rigidez de nuca entre otros signos y síntomas. Los niños mayores y adultos pueden referir cefalea y fotofobia. Los signos de Kernig y Brudzinki son más evidentes. Las petequias pueden aparecer a cualquier edad y si bien no son exclusivos, se observan con frecuencia asociados a la infección meningocócica. Los déficits neurológicos focales no son frecuentes en los estadios iniciales de la meningitis bacteriana.

Tratamiento

El inicio de los antibióticos debe ser precoz dado que su retraso se asocia con un potencial incremento en la morbilidad y mortalidad. Debe indicarse tratamiento con corticoides a pacientes con meningitis por neumococo o haemophilus dado que disminuye el riesgo de complicaciones (disminución del edema cerebral, la hipertensión endocraneana, la alteración del flujo sanguíneo cerebral, vasculitis cerebral e injuria neuronal, reducen la pérdida de la audición).

Prevención

Vacunación antineumocócica, antimeningocócica y antihaemophilus b (incluida en la quintuple) según Calendario Nacional.

Profilaxis antibiótica con Rifampicina a contactos estrechos.

Vigilancia Epidemiológica de Meningoencefalitis bacteriana (MEB)

Modalidad de notificación

INDIVIDUAL e INMEDIATA ante la detección de un caso sospechoso.

Notificación en SNVS: Grupo de eventos / Evento: Meningoencefalitis.

Definiciones

de

caso

Caso sospechoso de ME por Meningococo

Caso compatible clínicamente sin aislamiento de germen con:

1.- el examen microscópico de frotis teñido por técnica de Gram del material obtenido (LCR., otros fluidos y eventualmente petequias) puede orientarnos en el diagnóstico si se observan "DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS" o

2.- la identificación de polisacáridos meningocócicos con especificidad de grupo en el líquido cefalorraquídeo y otros fluidos, por medio de aglutinación con partículas de látex, contraelectroforesis y técnicas de coagulación, también orienta a un caso sospechoso altamente compatible.

TODA MUESTRA POSITIVA PARA MENINGOCOCO DEBE SER REMITIDA AL INSTITUTO MALBRÁN PARA SU TIPIFICACIÓN.

Caso sospechoso de ME por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)

Caso compatible clínicamente sin aislamiento de germen con:

- 1.- el examen microscópico de frotis teñido por técnica de Gram del material obtenido (LCR., otros fluidos) puede orientarnos en el diagnóstico si se observan "COCO-BACILOS GRAM NEGATIVOS" o
- 2.- identificación de polisacáridos capsular específico por contraelectroforesis y técnicas de aglutinación de látex (líquido cefalorraquídeo y otros fluidos).

Caso sospechoso de ME por *Neumococo*

Caso compatible clínicamente sin aislamiento de germen. El examen microscópico de frotis teñido por técnica de Gram del material obtenido (LCR., otros fluidos) puede orientarnos en el diagnóstico si se observan "*Diplococos Gram Positivos*".

También orienta al diagnóstico si se identifican polisacáridos capsulares específicos por contraelectroforesis y técnicas de aglutinación de látex (líquido cefalorraquídeo y otros fluidos).

Caso confirmado

Caso sospechoso con aislamiento del meningococo, haemophilus o neumococo en el líquido cefalorraquídeo, sangre y otros fluidos.

Medidas de prevención y control

- Se actúa frente al caso sospechoso, no esperar resultado de laboratorio.
- Aislamiento respiratorio del caso hasta cumplir 24 horas de tratamiento antibiótico.
- Indicación de quimioprofilaxis a contactos (ver más abajo) preferentemente dentro de las 24 hs de la sospecha del caso y no más allá de las 2 semanas de la exposición (luego de 14 días el beneficio es limitado o nulo).
- Control de carnet de vacunación. Evaluar el estado de vacunación entre contactos familiares e institucionales (escuelas, guarderías, hospitales, comunidades cerradas, etc.).

- Completar esquema según Calendario Nacional.
- No está recomendado el cierre de establecimientos escolares, salvo indicación de la autoridad de salud.
- Las medidas de desinfección ambientales no son efectivas, ya que el reservorio es la nasofaringe del ser humano.
- Asesorar y dar charlas informativas a los padres y docentes sobre esta infección, que habitualmente genera una situación de gran ansiedad.

Quimioprofilaxis postexposición

Tiene como finalidad prevenir la aparición de casos secundarios por la erradicación de meningococo y haemophilus de la nasofaringe.

Infeción por *N. meningitidis*

Se debe administrar a todo contacto cercano

Contacto cercano

Toda persona expuesta a secreciones orofaríngeas de un paciente con meningoencefalitis y/o sepsis por meningococo durante los 7 días previos al inicio del cuadro; incluye a miembros de la casa, personas de centros de cuidados diurnos, jardines maternos y de infantes, escuelas, universidades u otras comunidades semicerradas, o cualquier persona que compartió utensilios de comida o bebidas, besos, que presencié estornudos o tos, que durmió en la misma habitación o realizó maniobras de reanimación sin protección (barbijo y antiparras), etc.

No se recomienda la quimioprofilaxis de contactos ocasionales ni a los indirectos (contacto de un contacto cercano), al personal médico sin contacto directo con las secreciones del paciente.

En los jardines maternos y de infantes, siempre se indicará a toda la salita y adultos que trabajen con esos niños, en las escuelas solo se indicará a los compañeros que cumplan con la definición de contacto cercano (ej. compañeros de banco).

Droga	Grupo de edad	Dosis	Duración
Rifampicina (de elección)	RN	5 mg/kg c/ 12 hs	2 días
	Niños	10 mg/kg c/ 12 hs	2 días
	Adultos (no en gestantes)	600 mg c/ 12 hs	2 días
Ceftriaxona	≤ 12 años	125 mg IM	única dosis
	> 12 años	250 mg IM	única dosis
	Gestantes	250 mg IM	única dosis
Ciprofloxacina	Adultos	500 mg	única dosis

Infeción por *H. influenzae*

Administrar quimioprofilaxis al núcleo familiar que además del caso, tenga niños menores de 4 años no vacunados o vacunados en forma incompleta. A todo inmunocomprometido independientemente de su estado de vacunación. En los jardines maternos se hará quimioprofilaxis a todos los niños y a todos los adultos que trabajen con esos niños.

A un caso índice menor de 2 años se le debe indicar quimioprofilaxis si no recibió tratamiento con Ceftriaxona (para eliminar la portación nasofaríngea).

Droga	Grupo de edad	Dosis	Duración
Rifampicina (de elección)	RN	10 mg/kg/día	4 días
	Niños	20 mg/kg/día	4 días
	Adultos (no en gestantes)	600 mg/día	4 días
Ceftriaxona	≤ 12 años	125 mg IM	única dosis
	> 12 años	250 mg IM	única dosis
	Gestantes	250 mg IM	única dosis
Ciprofloxacina	Adultos	500 mg	única dosis

Infeción por S. pneumoniae

No está indicada la quimioprofilaxis.

TODA MUESTRA POSITIVA PARA MENINGOCOCO DEBE SER REMITIDA AL INSTITUTO MALBRÁN PARA SU TIPIFICACIÓN.

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

gba.gov.ar

Dirección de Vigilancia
Epidemiológica y Control de Brotes

Dirección Provincial de Epidemiología,
Prevención y Promoción de la Salud

**Subsecretaría de Gestión de la Información,
Educación Permanente y Fiscalización**