

SÍNDROME MENÍNGEO. ESQUEMA DE REFLEXIÓN PARA EL CLÍNICO PEDIATRA.



Autor: Prof. Dr. Juan A. Reichenbach. Autor de Pediatría en Red .
Director editorial del Portal de Educación Permanente en Pediatría.
Autor del Programa Provincial de Residencia de Pediatría. Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

34.1

NIÑO DE 6 AÑOS DE EDAD CON FIEBRE ELEVADA Y LESIONES PURPÚRICAS DE POCAS HORAS DE EVOLUCIÓN.

Situación Clínica.

MM, 6 años, sexo masculino, es traído a la guardia de este Hospital por presentar infección de vías aéreas superiores, hipertermia mayor de 39°C axilar; artromialgias, vómitos y cefalea.

La madre observa que en las últimas 4 horas (durante su viaje hacia el Hospital), le aparecieron lesiones petequiales en miembros inferiores. No tiene compromiso meníngeo al examinarlo.

Durante las dos primeras horas de internación se observa que las petequias aumentan, presentando algunas lesiones purpúricas.

Su estado general ha empeorado.

Reflexiones.

¿Cuál es su planteo diagnóstico?

- Enterovirus.
- Sepsis meningocócica.
- Síndrome de Schonlein-Henoch.(S.S-H).
- Sepsis por otros Gram negativos.
- Púrpura trombocitopénica idiopática (P.T.I.).

b) es la respuesta correcta.

Por su antecedente de afección de vías aéreas superiores representada inicialmente **una forma localizada de enfermedad meningocócica**, rinoфаринgitis, conjuntivitis, neumonía, vulvovaginitis, asociada al **rápido agravamiento** de su estado general y a la aparición de lesiones purpúricas (que hacen sospechar coagulación intravascular diseminada), nos debe sugerir esta enfermedad.

La meningococcemia aguda puede culminar con la muerte del paciente a las pocas horas de comienzo (promedio 2 a 20 horas), si su forma es fulminante.

Dado que las enterovirus pueden presentar fiebre y petequias, deben ser tenidas en cuenta como diagnóstico diferencial al comienzo de la enfermedad.

Comentario.

Parte 1.

Síndrome Meníngeo.

Esquema de Reflexión para el clínico pediatra.

Se denomina síndrome meníngeo al conjunto de signos y síntomas generados por un proceso irritativo, generalmente inflamatorio, a nivel de las leptomeninges, durante el cual se pueden

dañar también vasos y nervios que discurren por el espacio subaracnoideo.

1era Decisión Clínica

¿Es un síndrome meníngeo de etiología infecciosa o es de otra causa?

2da Decisión Clínica

Operativamente debe ser derivado con extrema urgencia a un Servicio de Urgencias Hospitalario.

El Objetivo clínico prioritario es descartar o confirmar **Meningoencefalitis Supurada.**

Definición: la meningococcemia purulenta es una enfermedad ocasionada por diversos microorganismos patógenos determinantes de afectación inflamatoria de leptomeninges con afectación del componente vascular, la sustancia gris y la sustancia blanca.

Parte 2.

Competencias iniciales y prioritarias en Síndrome Meníngeo.

1° Reflexión.

El diagnóstico temprano de la meningococcemia supurada disminuye la mortalidad y las secuelas.

2° Reflexión.

La meningitis aguda supurada requiere máxima habilidad diagnóstica y terapéutica

3° Reflexión.

¿Cuál es la función del clínico pediatra?.

- Diagnóstico y derivación temprana.
- Iniciar rápida determinación del agente etiológico.
- Iniciar precoz y adecuadamente el tratamiento integral.
- Reconocer y tratar complicaciones agudas.
- Derivar rápida y adecuadamente al paciente a un servicio con estructura adecuada para el correcto estudio y tratamiento.

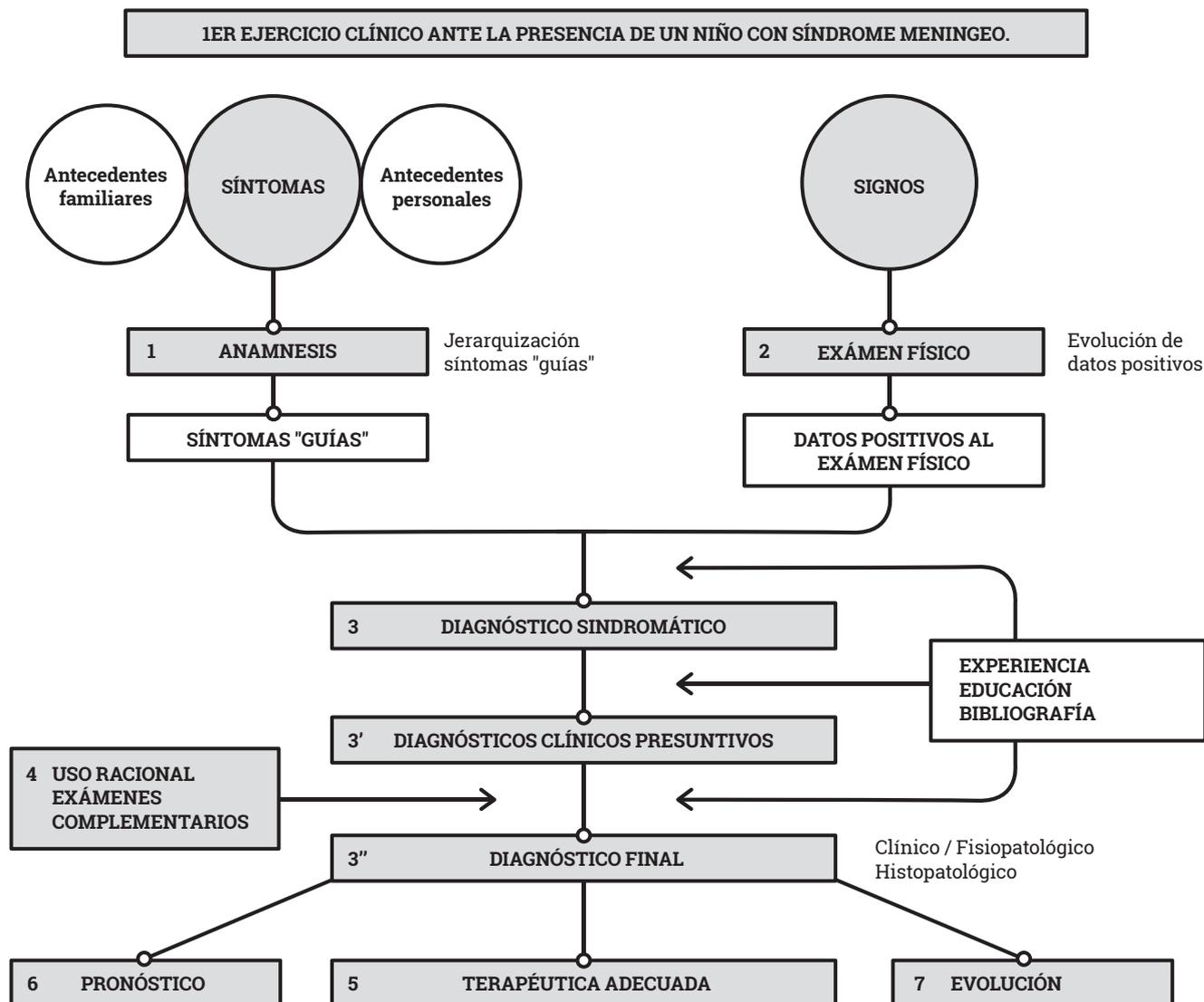
Etiologías del Síndrome Meníngeo.

1. Causas infecciosas.

a) Meningitis bacteriana.

- Meningococo
- Neumococo
- Haemophilus influenzae
- Bacilos gramnegativos

FIGURA 1. Cronología del diagnóstico.



- *Streptococcus grupo B*
- *Listeria monocytogenes*
- *Staphylococcus aureus y epidermidis*
- *Mycoplasma pneumoniae*. TBC

b) Meningitis Virales.

- Enterovirus (ECHO, coxsackie A y B, polio)
- Herpesvirus
- VIH
- Virus de la parotiditis
- Virus de la coriomeningitis linfocitaria

c) Meningitis por espiroquetas.

- *Treponema pallidum*
- *Leptospiras*

d) Meningitis parasitaria.

- Amebas
- Strongyloides

e) Focos infecciosos parameningeos.

- Absceso cerebral, epidural o subdural
- Mastoiditis y sinusitis
- Trombosis venosa intracraneal

f) Encefalitis viral.

- Endocarditis bacteriana aguda con embolia cerebral

2. Causas no infecciosas.

- Meningitis por drogas
- Meningitis químicas
- Neoplasias primarias y metastásicas
- Quistes epidermoides de las meninges
- Sarcoidosis
- Lupus eritematoso sistémico
- Hemorragia meníngea (subdural, epidural, subaracnoidea)
- Leucoencefalitis hemorrágica aguda

3. Causas de “Meningismo” que simulan meningitis en Pediatría.

- Síndromes febriles.
- Convulsiones febriles atípicas
- Formas de presentación de las Neumonías agudas.
- Síndrome del niño maltratado.
- Infecciones de senos paranasales.

- Intoxicaciones farmacológicas.
- Shock hipovolémico o séptico.
- Comas

4. Meningitis "decapitadas".

El análisis actualizado de la situación nacional permite percibir el problema con una visión integral, **clínica**, sin la estigmatización de los servicios especializados.

BREVE SUMARIO.

Meningoencefalitis aguda.

La meningoencefalitis es endemoepidémica con pico invernal.

Etiología.

Los agentes que ocasionan meningitis bacteriana en la infancia están relacionados con la edad.

En el período neonatal predominan:

- *Streptococcus agalactiae*
- *Enterobacterias*, (*E. coli K1*)
- *Listeria monocytogenes*.

En lactantes y niños:

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Neisseria meningitidis*
- *Haemophilus influenzae b*

A partir de 1997 se observa una tendencia descendente reportándose solo 904 casos en el año 2009.

La tasa de Meningitis meningocócica es del 0,7/100.000; 240 casos en el 2009.

La Meningitis neumocócica fue descendiendo; 230 casos en el 2009.

La meningitis por *H. influenzae b* importante reducción; 20 casos en el 2009.

Meningitis en el Hospital de Niños Sor María Ludovica. 2005
N° internados 16.012

- Meningoencefalitis 285 (1,8%)
- Meningoencefalitis bacteriana 210
- *N. meningitidis B* 45
- *S. pneumoniae* 30
- *N. meningitidis C* 5
- *H. influenzae b* 3
- Otros 4
- Sin identificar germen 123

Las meningitis asépticas.

Bacterias:

Mycobacterium tuberculosis

Meningitis parcialmente tratadas

Foco parameningeo (absceso)

Virus: Enterovirus, CMV, Herpes simple, VIH

Espiroquetas: *Treponema pallidum*

Hongos: *Cándida*, *Criptococo*

La mortalidad depende de:

- la edad del paciente (mayor en neonatos)
- agente etiológico *S. pneumoniae* (25%)
- la precocidad del diagnóstico
- Internación en sitios que cuenten con la complejidad necesaria.

Las secuelas (15 y 50% de los casos):

- Hipoacusia
- Pérdida auditiva sensorial
- Convulsiones
- Paresias
- Hidrocefalia
- Retraso madurativo

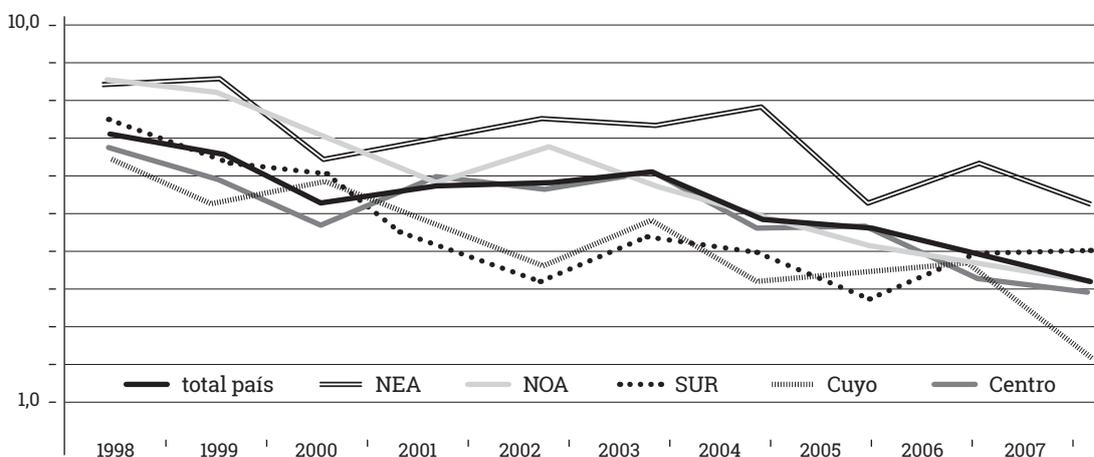
Meningitis causadas por *S. pneumoniae* y enterobacterias.

FIGURA 2. Tabla notificación casos meningitis. Argentina 1998-2007.

Evolución de las tasas de notificación casos de meningitis bacteriana por 100.000 habitantes según regiones.

La tendencia de la tasa nacional anual de notificación de casos de meningitis bacteriana fue descendente entre 1998 y 2007.

Todas las regiones del país registraron una tendencia descendente con oscilaciones a lo largo del período de estudio.



Fuente: UNAMOS. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2007.

Etiologías

- Meningitis bacterianas durante el año 2009:
- Bacterianas sin aislamiento,
- *Neisseria meningitidis*
- *Streptococcus pneumoniae*
- Meningitis de etiología viral notificadas, las virales sin rescate de germen
- Enterovirus

Fallecimientos Totales por Meningitis en el país. 2009
3 casos

- neumococo en un menor de 1 año
- meningococo en el grupo de 1 a 4 años
- meningitis bacteriana sin aislamiento en el grupo de 15 años.

4° Reflexión.

Acerca de los datos de la anamnesis que orientan al diagnóstico del síndrome.

- * ¿Qué edad tiene?
- * ¿Es intra o extrahospitalaria? (gram negativos).
- * ¿Hay meningitis en la familia o institución? (*Meningococo-H. Influenzae*).
- * ¿Tiene una meningitis recurrente? (*Neumococo*).
- * ¿Dónde se localiza el foco original? Oído medio, pleura, neumonía. (*H. Influenzae -neumococo*).
- * ¿Tiene celulitis? (*Streptococo -Estafilococo*).
- * ¿Tiene fractura de cráneo? Cerrada (*Neumococo*-Gram negativos). Abierta (Gram negativos-*Estafilococo*).
- * ¿tiene otorrea o rinorrea con Líquido cefalorraquídeo? (*Neumococo - Haemophilus* -Gram negativos).

Otras circunstancias y etiologías en meningo encefalitis purulenta:

Intrahospitalarias (*ps. aeuriginosa* -enterobacterias).
Traumatismo craneo (*st. pneumoniae -sto aureus* -mixto).
Cuerpos extraños y neurocirugía (*st. coagulosa+*, *st. coagulosa* gram negativos).
Inmunocomprometidos (cualquier microorganismo).
Abscesos (bacterias anaeróbicas).
Fístulas dérmicas (gram negativos -*estafilococos*).

5ta. Reflexión.

Las competencias a desarrollar.

Acerca del examen físico signos que orientan:

- **Síndrome toxo-infeccioso**
- **Neurológicos:**
 - Función integradora superior alterada.
 - Signos cerebrales focales.
 - Rigidez de nuca (Kerning -Brudzinsky -Babinsky).
 - Edema de papila.
 - Cefalea persistente frontoorbitaria.
 - Llanto persistente.
 - Vómitos proyectivos.
 - Contracturas musculares.
 - Alteraciones oculares (fijeza mirada -alteraciones pupilares- alteraciones reflejos).
 - Alteración reflejos osteotendinosos.
 - Alteración reflejos cutáneo mucosos.
 - Convulsiones focales o generalizadas.

- **Cardiorrespiratorios**
 - Shock.
 - Síndrome consolidación alveolar y SPP contemporáneo.
 - Soplo cardiaco patológico.
- **Piel**
 - Petequias y/o erupciones.
 - Fístulas dérmicas.

6° Reflexión.

Acerca del TIEMPO DE EVOLUCIÓN.

1. Menor de 24 horas AGUDA (20%)
2. 1-7 días SUBAGUDA (75%).

7° Reflexión.

Acerca de la FORMA CLÍNICA.

1. SIMPLE
2. CON SHOCK.
3. CON COMA.
4. CON HIPERTENSION ENDOCRANEANA.

En pediatría la anamnesis y el examen físico hacen el 80% de los diagnósticos

8° Reflexión.

Criterio estadístico, etiológico y epidemiológico de diagnóstico.

1. RECIENTES NACIDOS
 - Enterobacterias
 - *E. Coli*
 - *Klebsiella*
 - *Enterobacter*
 - *Serratia*
 - Streptococo grupo B*
 - Listeria*
2. 1 MES A EDAD ESCOLAR
 - H. Influenzae Tipo B,*
 - Stp. Pneumoniae*
 - N. Meningitidis*
3. EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES
 - N. Meningitidis*
 - Str. Pneumoniae*
 - H. Influenzae*

Disminuye con los bancos de leche.
Disminuye con la vacunación en la última década.

¿Es viral?

Motiva consultas y hospitalización en período de brotes. Predominan en otoño y verano.

La meningitis por enterovirus es benigna y generalmente no deja secuelas.

El cito químico de LCR con pleocitosis de predominio mononuclear con glucorraquia normal y proteína levemente elevada, Gram y cultivo negativos.

El uso de técnicas moleculares como PCR para enterovirus en LCR certifica el diagnóstico.

- Otros virus
- parotiditis
- VIH
- HSV especialmente el HSV-2

- (HSV-1 generalmente es causa de encefalitis).
- Epstein Barr
- Varicela Zoster
- adenovirus
- influenza, parainfluenza, virus de la coriomeningitis linfocitaria, arbovirus y CMV.

Otras situaciones que pueden generar Síndrome Meníngeo

- Absceso cerebral
- Absceso epidural o subdural
- Tuberculosis, criptococosis y otras formas de meningitis crónica
- Encefalitis

Causas no infecciosas:

- Meningitis relacionadas con quistes dermoides/epidermoides
- Meningitis químicas
- Meningitis por fármacos: cotrimoxazol, anticuerpos monoclonales, azatioprina,
- Meningitis neoplásicas
- Sarcoidosis
- Lupus eritematoso diseminado
- Síndrome de irradiación aguda
- Cefalea agua/subaguda
- Infección sistémica. Fiebre.
- Primera crisis migraña/estado migrañoso
- Cefalea secundaria a punción lumbar
- Hematoma subdural
- Hidrocefalia aguda
- Hemorragia subaracnoidea

ANEXO.

La Semiología básica de un Síndrome Meníngeo:

Competencias a objetivar.

Constantes vitales:

- Tensión Arterial
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria
- Temperatura

• Estado General:

- Nivel de conciencia (Glasgow)
- Signos cutáneos: presencia de púrpura

• Signos físicos:

- Rigidez de nuca: es el signo clínico más importante, constante y precoz.

Su exploración se realiza, con el paciente colocado en decúbito supino con el cuello en el mismo plano que el tronco (sin almohada), flexionando el cuello e intentando llevar el mentón hasta la región esternal.

Su positividad consiste en el hallazgo de una resistencia que termina en bloqueo del movimiento, acompañada de dolor. Tanto la extensión como los desplazamientos laterales y rotatorios del cuello son posibles e indoloros.

- Signo de Kernig: puede obtenerse de diversas formas:
 - Indicando al paciente que se siente, quedando entonces sus piernas flexionadas invenciblemente por las rodillas.
 - La progresiva elevación de miembros inferiores determina una flexión idéntica a la anterior.
 - La intención de mantener en extensión la pierna sobre el muslo imposible por bloqueo en flexión.
- Signo de Brudzinski: tiene la misma significación que el signo anterior.
 - La flexión pasiva de la nuca comporta la de las rodillas.
 - La flexión pasiva de un miembro inferior entraña igualmente respuesta refleja en el opuesto.

- Fondo de ojo. Fontanelas
- Signos de shock
- Evaluación de pares craneales
- Detección de soplos cardíacos.
- Otoscopia. Semiología pulmonar

• Exploraciones Complementarias:

Punción lumbar (PL):

1. Ante la sospecha clínica de un síndrome meníngeo es imperativa la realización de una PL para examen del líquido cefalorraquídeo.

La normalidad de éste no es compatible con enfermedad meníngea, excepto en casos excepcionales como en el contexto de una sepsis meningocócica si se realiza precozmente.

Previamente a su realización, debe realizarse una detallada exploración física en la que deben buscarse signos de hipertensión intracraneal

2. Recolección del LCR Deben recogerse un mínimo de 3 tubos:

- Tubo 1: para demostración directa de gérmenes y cultivo.
- Tubo 2: para determinación de glucosa, proteínas, recuento de células y tipificación.
- Tubo 3: para aislamiento de virus, reacciones inmunológicas, etc

3. Análisis macroscópico del LCR:

- Líquido xantocrómico:
 - Contenido elevado de proteínas
 - Contenido elevado de bilirrubina

4. Contenido hemático de unas horas de evolución

- Líquido hemorrágico:
 - Hemorragia subaracnoidea.
 - Punción lumbar traumática.
- Líquido turbio o purulento:
 - Sinónimo de infección bacteriana.

9º Reflexión.

Los exámenes complementarios en el diagnóstico operativo de la meningococosis purulenta (primeras horas).

- Rápido examen físico (fondo de ojo) e historia clínica (insustituible).
 - Luego secuencia razonada de exámenes complementarios.
 - a) LCR Aspecto –Tensión.
 - b) LCR centrifugado teñido con gram (- / +).
 - c) Cultivo LCR.
 - d) Recuento celular % Neutrófilos.
 - e) Glucosa.
 - f) Proteínas.
 - g) Evaluaciones especiales si gram es –
 - CIE
 - Aglut. del látex
 - Ácido láctico
 - Evaluación sangre periférica.
 - Hemograma completo
 - Glucemia
 - Natremia
 - Cultivos
 - Sangre
 - Otros lugares sospechosos
- Fauces – Ampollas – Petequias – Pleura – Secreción ótica

- Coprocultivos - Urocultivos.
- Radiografía de Tórax.
- Radiografía de Cráneo y senos paranasales.
- Ecografía de Cráneo (menores de 2 años).
- Tomografía axial computada:
 - fiebre de más de 96 horas.
 - convulsiones persistentes.
 - focalización.
 - hipertensión endocraneana.
- Centellografía.

10° Reflexión.

Controles clínicos para la derivación e internación.

Competencias a desarrollar en los Prácticos.

- Tutorializadas
- Control signos neurológicos.
 - Vía Central- PVC (control hemodinámico).
 - Oxigenoterapia -Vía aérea permeable.
 - Hidratación -750/100 cc/m2 S.C. y medio interno Na 40 mEq/l.
 - Control de signos vitales.
 - Control de diuresis.
 - SNG.
 - * Tratamiento específico de las complicaciones
 - shock.
 - coma.
 - convulsiones.
 - Tratamiento antibiótico (con o sin germen conocido).
 - * Tratamiento con corticoesteroides?

CUADRO 3. Cuadro comparativo análisis citofisicoquimico del líquido cefalorraquídeo.

	VIRAL	TBC	BACTERIANA
Bacteriología directa	Negativa	Ziehl Nielsen Positiva	Positiva
Cultivo bacteriológico	Negativo	Positivo	Positivo
Células	Ligera/moderada pleocitosis	Pleocitosis neutrófila/ linfocitaria. Menor 1000 mm ³	Más de 1200/mm ³
% de Neutrófilos	Predominio mononuclear o neutrófilo inicial	Menos de 50% (mononucleares)	Pleocitosis neutrófila
Glucorraquia	Mayor o igual a 0,50 g/L	Alrededor de 30 mg/dl	0,25-0,40 g/L
Proteínas	Menor 1 gr/L	Mayor 1g/L	Mayor 1 gr/L

Fuente: Adaptado Cechini E, Gonzalez Ayala S. Infectología y enfermedades Infecciosas 1°Ed. Bs.As. Journal. 2008.

34.2

NIÑO DE 16 MESES DE EDAD QUE INGRESA DERIVADO DE UNA LOCALIDAD DEL INTERIOR, CON FIEBRE DE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN Y DECAIMIENTO GENERAL.

Situación Clínica.

N.R.S., niño de 16 meses de edad que ingresa derivado de una localidad del interior; con fiebre de 5 días de evolución y decaimiento general.

Desde hace 72 hs. recibe amoxicilina, en dosis inadecuada, por presunta "angina".

Se verifica somnolencia y discretos signos meníngeos.

El cultivo de líquido cefalorraquídeo ratifica el diagnóstico de meningitis por *Hemophilus Influenzae*.

Ejemplo lamentablemente frecuente. El sobrediagnóstico de "angina bacteriana" en niños de menos de 3 años de edad, con prescripción de antibióticos, constituye una conducta poco reflexiva y una forma de iatrogenia cotidiana.

Así, observamos que se efectúa erróneamente aquel diagnóstico, tratándose de infecciones preferentemente virales del tracto respiratorio superior, infecciones urinarias larvadas, síndromes

gripales, inadvertidas neumonías bacterianas y aún meningitis. Cuando realmente hay inflamación de faringe y/o amígdalas, es frecuente que se la trate operativamente como bacterianas, cuando en el grupo menor de 3 años no es habitual esta etiología.

Es común también que en niños en edad escolar, con signos clínicos inequívocos de anginas por *estreptococo B hemolítico* grupo A, no se utilice el antibiótico adecuado (penicilina o eritromicina) o se lo use por períodos insuficientes, o sea bien indicado y se interrumpa el tratamiento por parte de los padres.

Solo excepcionalmente se realiza hisopado de fauces en situaciones recomendables.

El ejemplo que presentamos lleva al "enmascaramiento" y "decapitación" de una meningitis bacteriana. Un conocimiento adecuado de la infección respiratoria superior nos obliga a concluir que un gran porcentaje de las anginas son de etiología viral, que se autolimitan y que no requieren medicación antibiótica.

11° Reflexión.

Acerca de la utilización adecuada de la antibioticoterapia en la M.S.P.

A. Germen Desconocido.

Menores de 2 meses Ampicilina + Aminoglucósido.
Cefalosporina de 3ra-cefotaxime + ampicilina ^{1/2/3}.
De 2 meses a 5 años Ceftriaxona o Cefotaxime +/- Vancomicina
Mayores de 5 años Ceftriaxona o Cefotaxime +/- vancomicina ^{1/2/3}.

B. Germen Conocido (Evaluar Antibiograma)

* *N. Meningitidis*

Alternativa Cefotaxima o Ceftriaxona
Vancomicina

* *S. Penumoniae*¹

Ampicilina o Penicilina (CIM ≤ 0,1 ug/mL)
Cefotaxima o ceftriaxona (CIM 0,1 - ≤ 1ug/mL)
Vancomicina (CIM ≥ 1 ug/mL)
Vancomicina + Ceftriaxona o cefotaxime (CIM ≥ 2 ug/mL)

* *H. Influenzae tipo B*

Cefotaxime o Ceftriaxona.
B.lact- Ampicilina¹.

Resistente a ambas
Vancomicina¹

* Enterobacterias

Ampicilina + gentamicina¹
Alternativa aminoglucósido-

* *Staphylococcus spp*

Ceftazidima o cefepima¹ + aminoglucósido.
Vancomicina+ Rifampicina.

* OTROS: Analizar clínica general.

12° Reflexión.

Acerca de las complicaciones

¿CÓMO PREVENIR EN MENINGITIS?

Neisseria meningitidis: causales de epidemias.

En Argentina, predominan los serogrupos B y C y en forma esporádica W135 e Y.

FACTORES DE RIESGO PARA EL CONTAGIO

Se transmite de persona a persona, desde un portador asintomático y de un enfermo.

El contacto generalmente es cercano y prolongado.

En los períodos interepidémicos, se encuentra en nasofaringe en el 1 - 15 % de la población.

- La inhalación de humo (tabaco, biomasa, carbón, leña, etc.)
- Las infecciones virales
- *Mycoplasma*, incrementan la portación.
- Epidemias de influenza A.
- Hacinamiento.
- Huésped con déficit de complemento C3, C5-9 y properdina.
- Asplenia.
- Hipo/agammaglobulinemia.
- HIV/SIDA.

Puede ser epidémica, endémica o esporádica.

¿CÓMO PREVENIR EN MENINGITIS?

Neisseria meningitidis

Quimioprofilaxis post exposición

Para los contactos en el hogar jardines maternas y de infantes.

Contacto cercano:

- por más de 4 horas diarias, durante 5 días de la semana
- cualquier persona expuesta directamente a las secreciones orales

Caso secundario: aquel que ocurre en un contacto cercano, a las 24 horas o más de presentada la enfermedad en el caso primario. Cuidado de personas expuestas a enfermedad invasiva por meningococo:

a) Observación cuidadosa

Los contactos domésticos, escolares y de jardines y guarderías que desarrollan una enfermedad febril deben ser sometidos a una rápida evaluación médica.

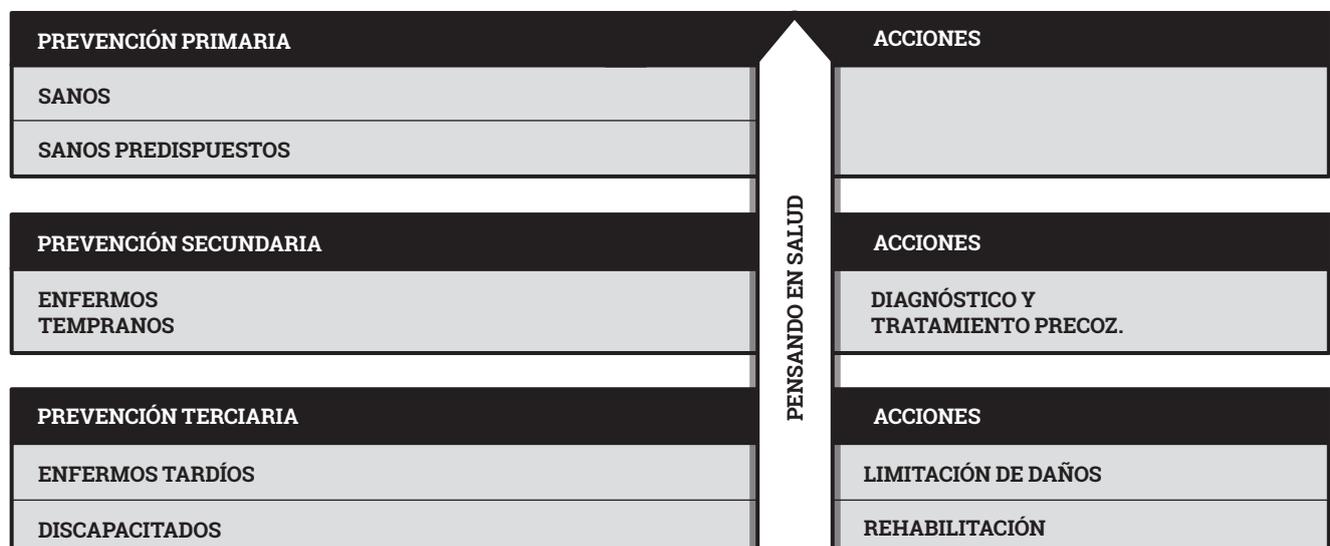
Quimioprofilaxis

Evaluar el riesgo de contraer una enfermedad meningocócica invasiva entre los contactos del caso índice.

Riesgo elevado: se recomienda la quimioprofilaxis

- Contacto doméstico: en especial los niños pequeños
- Contactos en el jardín o guardería en los 7 días previos

FIGURA 2. ¿Dónde estamos situados? Niveles de prevención.



- Exposición directa a secreciones del caso índice a través del beso o por compartir cepillos de dientes o cubiertos durante los 7 días previos
- Reanimación boca a boca, contacto sin protección durante la intubación endotraqueal o durante la aspiración de secreciones respiratorias
- Dormir o comer con frecuencia en la misma vivienda que el caso índice en los 7 días previos

Riesgo bajo: no se recomienda quimioprofilaxis

En un brote o agrupamiento de casos

La quimioprofilaxis para personas que no son de alto riesgo sólo debe administrarse luego de la consulta con las autoridades de salud pública locales

Drogas recomendadas para quimioprofilaxis en niños y adultos

Rifampicina: Recién nacidos: 5 mg/kg/dosis

Niños: 10 mg/kg/dosis c/12 horas durante 2 días

¿CÓMO PREVENIR EN MENINGITIS?

Vacunas respectivas.

Nota: *La intención del artículo es solo la de reflexionar desde la clínica pediátrica en el manejo clínico inicial del Síndrome Meníngeo.*



Referencias bibliográficas.

—

1. Cechini E, Gonzalez Ayala S. Infectología y enfermedades infecciosas. Buenos Aires. Ed Journal 1ra Ed. 2007
2. Andrea F. www.sap.org.ar. [Online].; 2011 [cited 2015 enero. Available from: http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2011/centenario/10_1/audio.html.
3. Baqueri Artigao F, Vecino Lopez R, del Castillo Martín F. Meningitis Bacteriana. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. 2011.



Bibliografía

—

1. Cechini E, Gonzalez Ayala S. Infectología y enfermedades infecciosas. Buenos Aires. Ed Journal 1ra Ed. 2007
2. Baqueri Artigao F, Vecino Lopez R, del Castillo Martín F. Meningitis Bacteriana. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. 2011.
3. Cechini E, Gonzalez Ayala S., Jones M., Meningoencefalitis purulenta. En Cechini E., Gonzalez Ayala S., Temas de Infectología. Buenos Aires: Ed. Celsius 1986
4. Gonzalez Ayala S., Meningoencefalitis bacteriana aguda. Encycl. Méd.Chir. París: Elsevier Pediatría, 1997 E-4098-A-10:10
5. Comité Nacional de Infectología. Libro Azul de Infectología Pediatría 4ta.Ed. Buenos Aires:2012