

MENINGOENCEFALITIS AGUDA COMUNITARIA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Emergencia Infectológica

Enfermedad de notificación obligatoria al MSP

Sospecha de infección del Sistema Nervioso Central

Fiebre, Cefalea, Vómitos, Fotofobia, Alteración del Estado de conciencia, Convulsiones, Rigidez de nuca, Lesiones de Piel Hemorrágicas

Investigue

Historia clínica: viajes recientes, contacto con mosquitos*, factores de riesgo para *L. monocytogenes*¹, lesiones orales y/o genitales**

Hemograma, Glicemia, Crasis, PCR, Creatininemia, Lactato, Hemocultivos por 2 sets (total 4 frascos con 10 ml de sangre cada uno), Serología para VIH, fondo de ojo

Punción lumbar (PL) Iniciar tratamiento empírico

Evalúe contraindicaciones para PL

Inestabilidad Hemodinámica, Glasgow < 10, Crisis focales, Plaquetas < 50 mil, INR > 1,5, Infección en zona de punción. Edema de papila en fondo de ojo, Síndrome Focal Neurológico

Tratamiento empírico

- Ceftriaxona 2 gr iv c/12hs
- Aciclovir 10 mg/kg i/v c/8hs
- Dexametasona 0.15 mg/kg i/v c/6hs (dosis máxima 10 mg c/6hs)
- ± Ampicilina 2gr i/v c/4hs (si sospecha *L. monocytogenes*)¹

SIN contraindicación

CON contraindicación

TC
cráneo

TC cráneo con
contraindicación
de PL

Ajustar los tratamientos
antimicrobianos según los
hallazgos citoquímicos y
microbiológicos

Si

No

SOLICITE: Citoquímico², bacteriológico, Ag pneumococcico, panel PCR (VHS1y2/VVZ) y una muestra testigo (5 muestras totales)

Muestra testigo: Enviar al laboratorio

Tratamiento guiado por resultados microbiológicos rápidos del LCR

Tratamiento guiado por características citoquímicas del LCR

Mantener
tratamiento
antimicrobiano +
dexametasona y
esperar evolución

Continúe el
algoritmo con
punción lumbar

³Directo con bacterias: guiar tratamiento ATB según tinción de gram

Ag pneumo. positivo: tratamiento para *S. pneumoniae*

Panel PCR positivo VHS o VVZ: tratamiento antiviral dirigido

Proteínas: 1-5 g/L
Leucocitos > 500
Predominio PMN (80%)
Glucosa < 0.4 g/L
Lactato > 30 mg/dL
Posible etiología
⁴BACTERIANA

Proteínas < 2 g/L
Leucocitos 10-1000
Predominio linfocitos
Glucosa > 0.45 g/L
Lactato < 30 mg/dL
Posible etiología
VIRAL

Directo sin bacterias, Ag pneumococcico negativo y panel de VHS y VVZ negativo, solicite panel multiparamétrico-ME y Ag *Cryptococcus* de muestra testigo

Ceftriaxona 2 gr iv c/12hs +
Dexametasona 0.15 mg/kg
i/v c/6hs

Aciclovir 10 mg/kg c/8hs +
Ceftriaxona 2 gr iv c/12hs +
Dexametasona 0.15 mg/kg iv
c/6hs

Ante resultados negativos y LCR de posible etiología viral derivar muestra al DLSP para evaluar otras etiologías

¹ Factores de riesgo para <i>Listeria monocytogenes</i> : > 60 años; Inmunosuprimido; 3er trimestre de embarazo; Dosis alta de corticoides; Alcoholismo; personas que residen en ELEPEM	³ Directo con bacterias (Gram) presuntivo de: <ul style="list-style-type: none"> • <i>S. pneumoniae</i>: diplococos Gram positivos • <i>N. meningitidis</i>: diplococos Gram negativos • <i>H. influenzae</i>: bacilos Gram negativos pleomórficos • <i>L. monocytogenes</i>: bacilos Gram positivos 	*Arbovirus En pacientes con antecedentes de contactos con mosquitos + Síntomas
² Citoquímico normal: Leucocitos < 5 cel/mm ³ ; Glucosa > 0.45 g/L; Proteínas < 0.4 g/L	⁴ <i>L. monocytogenes</i> puede generar menor inflamación del LCR: leucocitos > 100, proteínas > 0.5 g/L y glucosa normal.	Dengue Cefalea, mialgias, astenia, erupción cutánea,
		Zika Erupción cutánea, conjuntivitis, artromialgias
		Chikungunya Erupción cutánea, astenia, artromialgias intensas
** En pacientes con lesiones orales y/o genitales plantear posible etiología herpética		

Tratamiento específico

Microorganismo	Tratamiento de elección	Duración	Opción (alergia)	
<i>S. pneumoniae</i>	Ceftriaxona 2 gr i/v cada 12 hs	10 a 14 días	Moxifloxacina 400 mg iv día	▶ Precauciones por gotitas hasta 24 hs de tratamiento ATB adecuado
<i>N. meningitidis</i>	Ceftriaxona 2 gr i/v cada 12 hs	7 días	Moxifloxacina 400 mg iv día	
<i>H. influenzae</i>	Ceftriaxona 2 gr i/v cada 12 hs	7 días	Moxifloxacina 400 mg iv día	
<i>L. monocytogenes</i>	Ampicilina 2 gr i/v cada 4 hs + Gentamicina 5 mg/kg i/v día	21 días	Trimetoprim-sulfametoxazol 20 mg/kg día solo o asociado a Rifampicina	▶ Solicitar RNM: <ul style="list-style-type: none"> • Todo caso donde se plantea encefalitis • Infección por <i>L. monocytogenes</i>
Meningitis/Encefalitis herpética	Aciclovir 10 mg/kg i/v cada 8 hs	14 días - meningitis 21 días - encefalitis		

Profilaxis post exposición frente a casos de *Neisseria meningitidis*

Profilaxis ATB de elección	Dosis	Duración	Consideraciones	
Rifampicina	600 mg v/o c/12hs	2 días	Precaución en embarazo. Valorar interacciones medicamentosas	▶ Realizar quimioprofilaxis frente a <i>Neisseria meningitidis</i>: Personas con exposición directa, prolongada y estrecha, 7 días previos al inicio de síntomas a 24 hs posteriores del inicio del tratamiento ATB adecuado. <ul style="list-style-type: none"> • Prolongado (≥ 8 hs) • Estrecho (≤ 1m) del caso índice • Guardería y centro primera infancia ver recomendación específica
Profilaxis ATB alternativa	Dosis	Duración	Consideraciones	
Ciprofloxacina	500 mg v/o	Única dosis	Contraindicada en embarazo y lactancia	
Ceftriaxona	250 mg i/m	Única dosis	De elección en embarazo y lactancia	

Profilaxis post exposición frente a casos de *Haemophilus influenzae tipo b*

Profilaxis ATB de elección	Dosis	Duración	Consideraciones	
Rifampicina	600 mg vo c/día	4 días	Precaución en embarazo. Valorar interacciones medicamentosas	▶ Realizar quimioprofilaxis frente a <i>Haemophilus influenzae tipo b</i> Convivientes con el caso índice: <ul style="list-style-type: none"> • >6 años: que estén en contacto con niños menores de 4 años que no hayan recibido la vacunación completa o inmunodeprimidos • <6 años conviviente no inmunizado. • Esplenectomizados no inmunizados. • En el caso índice, cuando haya sido tratado con un antibiótico diferente a ceftriaxona y es menor de 2 años y/o convive con un contacto susceptible. • Guardería y centro primera infancia ver recomendación específica