

**XIV JORNADAS NACIONALES DE INFECTOLOGIA Y IX JORNADAS
NORORIENTALES**

Hotel Golden Rainbow Maremares Resort

Puerto La Cruz – Venezuela

30 de octubre al 01 de noviembre de 2003

CONSENSO DE EXPERTOS

Consenso Meningitis Bacteriana aguda del adulto

Coordinador: Dr. Eduardo Gayoso

Integrantes: Dr. Antonio Ríos

Dr. Manuel Cortesía

Dr. Oswaldo Briceño

Dra. Ana María González

Dra. Maigualida Jiménez

MENINGITIS BACTERIANA:

La meningitis es un síndrome clínico de amplio rango, que puede ir desde una condición autolimitada, hasta una de obligatorio tratamiento para su supervivencia, de múltiple etiología infecciosa o no. Debido a que sus manifestaciones clínicas son indistinguibles, es prudente asumir que todos los pacientes con meningitis, tienen infección bacteriana hasta que no se demuestre lo contrario.

CRITERIOS EPIDEMIOLOGICOS:

Debido a la extensa variedad de agentes etiológicos de meningitis, él médico debe evaluar la presencia de ciertos enfermos, para su correcto diagnóstico diferencial: localización geográfica, viajes, contactos con otros enfermos hábitos sexuales y dietéticos, actividades recreativas, uso de drogas, medicamentos, exposición a insectos, artrópodos, roedores y otros animales.

Antecedentes de traumatismo y/o intervención neuroquirúrgica. La edad del paciente, presencia de situaciones comorbidas o de inmunosupresión, ayudan a predecir el agente causal.

CRITERIOS CLINICOS Y PRONOSTICOS:

Dos tercios de los pacientes con meningitis bacteriana se presentan con la tríada clásica: fiebre, rigidez de nuca y alteración del estado mental, pero prácticamente todos tendrían uno de ellos.

El paciente debe ser examinado en especial atención a focos parameningeo (sinusitis, otitis, mastoiditis) estigmas periféricos de endocarditis infecciosa y lesiones de piel.

CRITERIOS DE INGRESO A UCI:

La presencia de convulsiones, signos de hipertensión endocraneana, alteración del estado de conciencia (Glasgow <12) Inestabilidad hemodinámica.

Lo ideal es realizar PL en todos los pacientes, pero en algunos pueden existir contraindicaciones.

Contraindicación absoluta: Edema de papila. C. Relativas: diátesis hemorrágica severa, infección próxima a la zona de punción. No es necesario en todos los pacientes realizar TAC o RMN cerebral, previa a la punción lumbar, a excepción de: ancianos, Inmunosupresión, convulsiones, alteración de nivel de conciencia o focalización neurológica.

El líquido cefalorraquídeo en la meningitis bacteriana presenta pleocitocis, proteinorraquia e hipogluorraquia en el 90% de los casos. La sensibilidad del gram es del 90-60% dependiendo del tipo de microorganismo, el cultivo es positivo 70-85% con el uso de antibióticos disminuye a menos de un 50%. Los hemocultivos, la detección de antígenos capsulares (útil como diagnóstico rápido) y el ADN por técnicas de PCR son de utilidad en caso de gram y cultivos negativos.

Recomendamos el uso de Dexametasona (0,15 mg/kg cada 6 h) por 2-4 días indicado antes o simultáneamente con la primera dosis de antibioticoterapia ya que disminuye la mortalidad cuando el agente causal es Neumococo, o en pacientes con indicaciones de mal pronóstico.

Aislamiento preventivo: 24 horas H. Influenzae, Meningococo.

Tratamiento empírico sin Gram.*

<u>Situación del paciente</u>	<u>Tratamiento</u>
ADULTOS	Ceftriaxona o Cefotaxima+Vancomicina
Ancianos	Ceftriaxona o Cefotaxima+Vancomicina+Ampicilina
Inmunosupresión	Cefepime o Ceftazidime o Meropenem + Vancomicina +Ampicilina
Herida traumática o neuroquirúrgica o con derivación del LCR	Cefepime o Ceftazidime o Meropenem+Vancomicina

*El tratamiento empírico de meningitis sin germen aislado no debe ser menor de 14 días

Antibioterapia empírica con gram del LCR

<u>Situación</u>	<u>Tratamiento</u>
Cocos grampositivos	Ceftriaxona o Cefotaxima + Vencomicina
Cocos gramnegativos	Penicilina G o Ceftriaxona o Cefotaxima o Cloranfenicol (en caso del Reporte de resistencia o alergia Penicilina
Bacilos grampositivos	Ampicilina o Penicilina G + aminoglicosidos
Bacilos gramnegativos	Ceftazidima o Cefepime o Meropenem + aminoglicosidos

Antibioterapia Especifica

<u>Etiología</u>	<u>Tratamiento Especifico</u>	<u>Duración</u>
Neumococo	CIM<0,1 ug/ml	PG
	CMI 0,1 A 1 ug/ml	Ceftriaxona o Cefotaxima
	P CIM_> 2 ug/ml	Ceftriaxona o Cefotaxima
	CMI > 0,5 ng/ml Ceftriaxona	Ceftriaxona o Cefotaxima + Vancomicina
H. Influenzae B lactamasa (-)	Ampicilina	7 días
H. Influenzae B lactamasa (+)	Ceftriaxona o Cefotaxima	7 días
N. meningitidis	Penicilina G o Ceftriaxona o Cefotaxima o Cloranfenicol*	7 días
Listeria monocytogenes	Ampicilina + Gentamicina	14-21 días
P. Aeruginosa	Ceftazidime o Cefepime o Meropenem+aminoglicósidos	21 días
Enerobacterias	Ceftriaxone o Cefepime o Meropenem o Ciprofloxacina	21 días

* resistencia o alergia penicilina

Comentarios finales: estas recomendaciones, solo pretenden ser una guía orientadora y en ningún momento ser pautas estrictas debiendo ser revisadas periódicamente ante la evidencia creciente de la resistencia bacteriana. Es fundamental mantener redes de vigilancia epidemiológica que nos permitan detectar variaciones en la resistencia microbiana a los antibióticos en nuestra medio,asi como su posible diseminación.

Frente al problema de la resistencia bacteriana los principales responsables de meningitis: *Neumococo*, *H influenzae* y *Meningococo* es necesario recordar la eficacia en prevenir la enfermedad invasiva mediante la adecuada vacunación de la población a riesgo.

Bibliografía:

- Aronin SI and Quiagliarello VJ. Bacterial Meningitis. Infect Med 2003. 20 (3): 142-153. <http://www.medscape.com/viewarticle/451596>
- Hasbun R, Abrahams J, et al. Computed Tomography of the head before lumbar puncture in adults with suspected meningitis. N Engl J Med. 2001; 345: 1727-33
- AroninSI; Peduzzi P and Quiagliarello VJ. Community – Acquired Baterial Meningitis: Risk Statification For Adverse clinical Ooutcome anda Effect of Antibioctic Timing. Ann InternMed. 1998,129:862-869.
- De Gans J and Van de Beek D. Dexametasona in Adults with Bacterial Meningitis. N Engl J Med. 2002; 347: 1549-56
- Alastair J.J, Wood. Treatment of Bacterial Meningitis New. J. Med. Marchi G, 1997.336(6).708-716