



**ALBERT EINSTEIN**  
HOSPITAL ISRAELITA

## Diretrizes Assistenciais

### Manuseio da Meningite Bacteriana Aguda

---

Versão eletrônica atualizada em  
**março/2012**

## Manuseio da Meningite Bacteriana Aguda

### Introdução

A meningite bacteriana aguda é um processo inflamatório que envolve a aracnóide, pia-máter e o líquido cefalorraquidiano (LCR), decorrente da invasão do sistema nervoso central por bactérias. É uma infecção associada a significativa morbi-mortalidade em adultos e crianças. O risco do desenvolvimento de complicações ou óbito está relacionado à idade, condições clínicas prévias, o agente causal, gravidade da infecção e o retardo na instituição da terapia adequada.

O manuseio adequado do paciente com meningite bacteriana aguda depende do reconhecimento precoce desta síndrome infecciosa, assim como da avaliação diagnóstica e na instituição rápida da terapia antimicrobiana e adjuvante.

*Todas as meningites são de notificação compulsória, mesmo na suspeita (lembre-se de entrar em contato com o SCIH).*

Considera-se como caso suspeito de meningite bacteriana aguda, todo paciente com quadro de febre alta, de início súbito, vômitos, sem outro foco infeccioso aparente, acompanhado de cefaléia intensa, rigidez de nuca, sonolência, torpor, irritação, diminuição da sucção em lactentes, abaulamento de fontanela e convulsões.

### Principais agentes etiológicos

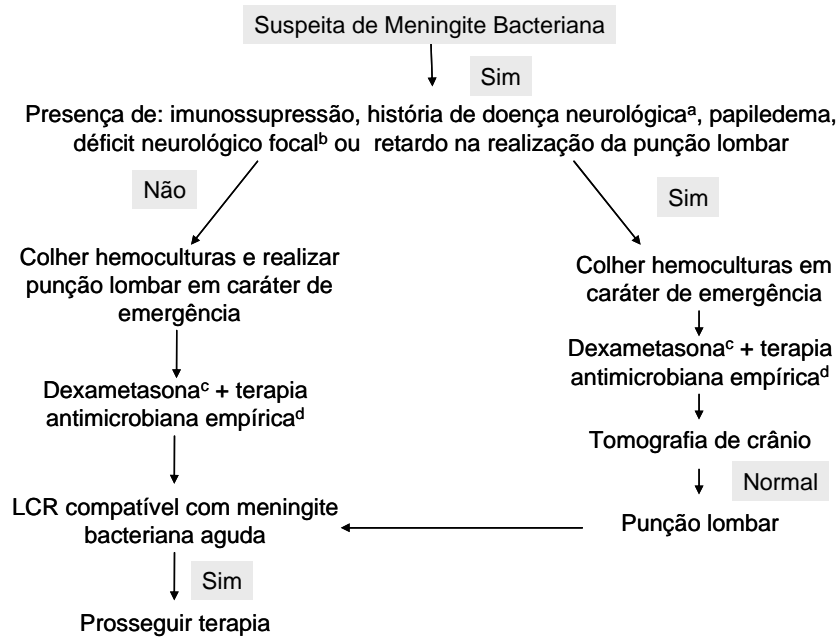
As meningites bacterianas agudas têm sua etiologia baseada na faixa etária e na porta de entrada do agente (tabela 1), mas cabe salientar que é mais comumente causada por bactérias encapsuladas (ex. *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*), estes são responsáveis por mais de 90% dos casos. Estes microrganismos transmitem-se de pessoa a pessoa por meio de gotículas ou pelas mucosas, no contato mais próximo.

Tabela 1. Agentes etiológicos das meningites bacterianas agudas	
Faixa etária	Agentes mais frequentes
Recém-nascidos até 3 meses de idade	Meningites no período neonatal são mais frequentemente causadas por <i>Escherichia coli</i> presente na região perineal da mãe, <i>Streptococcus agalactiae</i> , comumente colonizando o canal vaginal materno, seguida pela <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Klebsiella</i> spp, <i>Streptococcus pneumoniae</i>
Dos 4 meses até 3 anos	O agente mais frequente é o <i>Haemophilus influenzae</i> do tipo B, seguida pela <i>Neisseria meningitidis</i> e <i>Streptococcus pneumoniae</i>
Dos 3 aos 10 anos	Predomina a <i>Neisseria meningitidis</i> , seguida pelo <i>Streptococcus pneumoniae</i>
Após os 10 anos e adultos	O principal agente é o <i>Streptococcus pneumoniae</i> , geralmente associado a um foco infeccioso

	(pneumonia lobar, otite média, fraturas de crânio), seguida pelo <i>Streptococcus pneumoniae</i> e <i>Listeria monocytogenes</i>
--	--

## Manuseio inicial do paciente com suspeita de meningite bacteriana aguda no pronto atendimento

### Em crianças

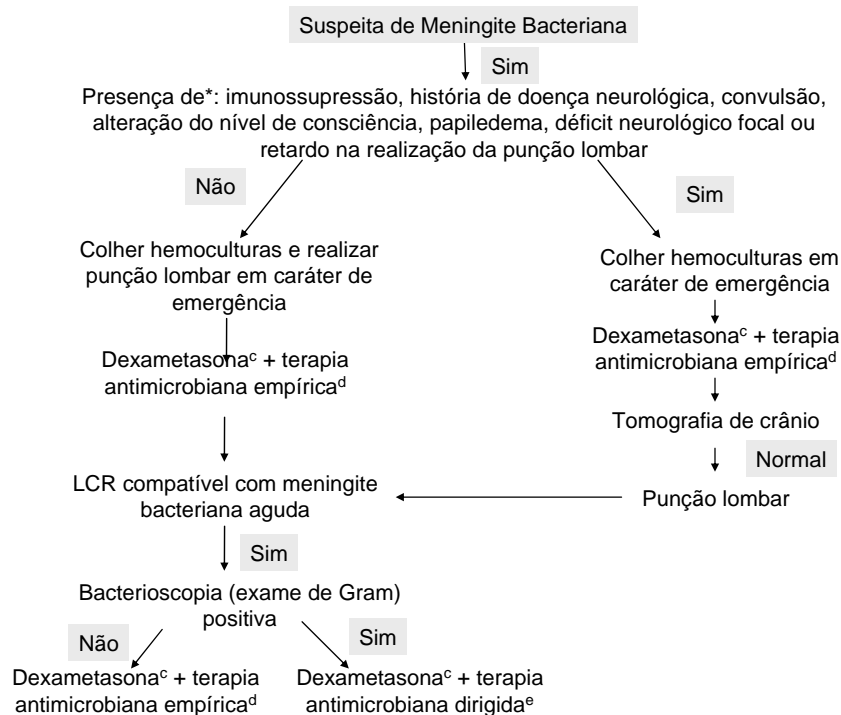


<sup>a</sup> Inclui a presença de derivações, hidrocefalia, trauma ou outras lesões no SNC

<sup>b</sup> Paralisia do VI ou VII par craniano não deve retardar a punção

<sup>c</sup> A dexametasona (0.4 mg/kg EV) e a terapia antimicrobiana empírica (tabela 3) devem ser administrados logo após a coleta do LCR

### Em adultos



\* Veja tabela 2

<sup>a</sup> Inclui a presença de derivações, hidrocefalia, trauma ou outras lesões no SNC

<sup>c</sup> A dexametasona (10mg EV) e a terapia antimicrobiana devem ser administrados logo após a coleta do LCR

<sup>d</sup> veja tabela 4

Tabela 2. Critérios para pacientes adultos com suspeita de meningite bacteriana aguda que devem ser submetidos a tomografia computadorizada de crânio antes da punção lombar	
Critério	Comentário
Imunossupressão,	HIV ou SIDA, uso de terapia imunossupressora, transplante de órgão sólidos ou medula
Doença neurológica	Lesão expansiva, acidente vascular cerebral ou infecção focal
Convulsão	Dentro de uma semana antes do início do quadro
Papiledema	
Alteração do nível de consciência	
Déficit neurológico focal	Pupila dilatada não reativa, anormalidades da mobilidade ocular, alteração do campo visual,

## Tratamento

Considerando a alta letalidade e as seqüelas associadas às meningites bacterianas agudas deve-se instituir o tratamento antimicrobiano antes dos resultados dos exames. Sua eficácia depende de vários fatores, como susceptibilidade do microrganismo ao antimicrobiano utilizado, atividade bactericida deste agente, capacidade da droga em penetrar no SNC, etc.

A escolha inicial da terapia antimicrobiana deve se basear em sua ação bactericida sobre os agentes mais freqüentes, na faixa etária do paciente, no local de aquisição (hospitalar ou comunitária), assim como a análise dos fatores de risco. Após o antibiograma e a identificação completa do agente, deve ser realizada a adequação da terapia.

Tabela 3. Tratamento antimicrobiano empírico inicial	
Faixa etária	Agente de escolha
Recém-nascidos até 3 meses de idade	Cefotaxima + ampicilina
Dos 4 meses aos 60 anos	Ceftriaxona
>60 anos	Ceftriaxona + vancomicina + ampicilina
Trauma craniano fechado	Ceftriaxona
Pós-neurocirurgia	Cefepima + vancomicina

Tabela 4. Tratamento antimicrobiano específico

Microrganismo	Agente de escolha
<i>H.influenzae tipo B</i>	Cefalosporina de 3 <sup>a</sup> geração*
<i>Neisseria meningitidis</i>	Penicilina G ou ampicilina
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Cefalosporina de 3 <sup>a</sup> geração
<i>Listeria monocytogenes</i>	Ampicilina ou penicilina G
<i>Streptococcus agalactie</i>	Ampicilina ou penicilina G
<i>Escherichia coli</i>	Cefalosporina de 3 <sup>a</sup> geração

\* ceftriaxona ou cefotaxima

### Duração do tratamento

- *N.meningitidis*: 7 dias
- *H.influenzae*: 10 dias
- *S.pneumoniae*: 10 a 14 dias
- *Streptococcus* do grupo B: 14 a 21 dias
- *Listeria monocytogenes*: 21 dias
- Meningites hospitalares: 3 a 4 semanas

O controle líquórico deve ser realizado por volta do 10<sup>o</sup> dia de tratamento ou se a evolução não for satisfatória.

### Uso de corticosteróides (dexametaxona)

Efeito benéfico, reduzindo a perda auditiva em crianças com meningite por *H.influenzae* do tipo B. Deve ser utilizado na dose de 0.4mg/kg/dose am minutos antes da administração da primeira dose do antibiótico e mantido a cada 12 horas por 2 dias, nas infecções por *H.influenzae*.

Em adultos uma meta-análise demonstrou que há um efeito benéfico do uso destas drogas em meningites bacterianas (reduz mortalidade e seqüelas), sendo este efeito mais preponderante na meningite por pneumococo. Os autores desta revisão recomendam o uso adjuvante de dexametasona nas meningites bacterianas comunitárias no adulto, no regime de 10 mg a cada 6h por 4 dias, sendo iniciada a primeira dose antes da primeira dose de antibiótico. Não recomendam o uso em pacientes com tratamento prévio com antimicrobiano ou que já tenham recebido a primeira dose de antimicrobiano, assim como no paciente em choque séptico.