

MENINGITIS / MENINGOENCEFALITIS (incluye otras formas invasivas de meningococcemia sin meningitis)



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO Enfermedades de notificación obligatoria Ley 15465/60. Ficha Versión 2012

Caso sospechoso: Toda persona con fiebre de comienzo repentino y cefalea intensa (irritabilidad en menores), con signos y síntomas de síndrome meningeo, asociado a convulsiones, con o sin trastornos del estado de conciencia o del comportamiento.

Se incluye en este grupo la meningitis tuberculosa en niños menores de 5 años.

Caso Sospechoso de meningococcemia: Toda persona con enfermedad sistémica febril de variable compromiso general, y lesiones petequiales y/o purpúricas, que suele acompañarse de hipotensión y alteración del sensorio, con evolución frecuente a falla orgánica múltiple.

CLASIFICACION INICIAL

Meningitis / Meningoencefalitis Encefalitis Meningococcemia sin meningitis

SOSPECHA ETIOLOGICA MAS PROBABLE

Viral Bacteriana Micótica / Parasitaria

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____ H.C.: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____
Referencia de ubicación domicilio: _____ Tel. propio o vecino: _____
Urbano Rural Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____
Ocupación: _____ Guardería/ escuela/ trabajo: _____

DATOS SOCIALES / ECONOMICOS / FAMILIARES

(En caso de notificaciones de menores, consignar los datos correspondientes al mayor a cargo. Aclarar quien)

Padre Madre Otro

INGRESO TOTAL FAMILIAR

NIVEL DE INSTRUCCION

Sabe leer y escribir Si No
Primaria completa Incompleta
Secundaria completa Incompleta
Univ./Terc. completa Incompleta

SITUACIÓN LABORAL

Trabajo estable Si No
Desocupado Si No
Recibe Plan Social Si No

Menos de \$ 1000
Entre \$ 1000 y \$ 2000
Entre \$ 2000 y \$ 3000
Más de \$ 3000

DATOS DE VACUNACION

Vacuna Cuádruple N° de dosis: _____ Esquema completo p/edad Si No Fecha última dosis ____/____/____
Vacuna Triple viral N° de dosis: _____ Esquema completo p/edad Si No Fecha última dosis ____/____/____
BCG al nacimiento Si No
Otras vacunas (especificar tipo, dosis y fechas): _____

DATOS CLINICOS

Síntomas	Si	No	Síntomas	Si	No
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somnolencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones cutaneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidez de nuca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compromiso de pares craneales especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kernig o Brudzinski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estupor/ sopor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Síntomas en lactantes	Si	No
Hipotonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechazo alimentario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abombamiento fontanela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de consulta ____/____/____ Fecha de inicio de los síntomas ____/____/____
Duración de la fiebre _____ días Se realiza PL Si No
Paciente Hospitalizado: Si No Fecha hospitalización: ____/____/____ ARM: Si No
Recibió antibióticos previamente Si No Fecha ____/____/____ Días de tratamiento _____
Nombre del Antibiótico: _____

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

¿Presenta enfermedad de base o tratamiento inmunosupresor? Si No Especifique: _____

¿Estuvo en contacto con alguna persona con síntomas similares a los del caso? Si No

¿Quién? _____ ¿Dónde? _____ Fecha ____/____/____

¿Viajó en las últimas 3 semanas? Si No Lugar: _____

¿Asiste a alguna institución? Si No Especifique: _____

EXAMENES DE LABORATORIO

LCR Aspecto _____ N° células

--	--	--	--

PMN

--	--

 % Prot.

--	--	--	--

Linfoc.

--	--

 % Gluc.

--	--	--	--

Monoc.

--	--

 %

Examen directo de LCR

Ausencia de germen	
Diplococo Gram (-) Meningococo	
Diplococo Gram (+) Neumococo	
Cocobacilo Gram (-) H. Influenzae	
Otro germen:	

Hemocultivo Si No Fecha de toma ____/____/____ Resultado: _____

Otros: _____ Si No Fecha de toma ____/____/____ Resultado: _____

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

MENINGITIS BACTERIANA

Individual: Aislamiento respiratorio hasta cumplir 24 hs. de tratamiento antibiótico.

Contactos: Controlar el esquema de vacunación en los menores.

Ante diagnóstico de meningococo

Iniciar quimioprofilaxis dentro de las primeras 24 horas del diagnóstico a los convivientes y contactos íntimos. En los jardines maternos y guarderías se hará quimioprofilaxis a todos los niños que comparten la misma sala y a los adultos que trabajen con esos niños.

- El personal de salud no está expuesto a mayor riesgo que la comunidad en general, solo deben recibir quimioprofilaxis si hubo exposición directa: respiración boca-boca e intubación endotraqueal o aspiración de secreciones sin uso de barbijo.
- Adultos: Rifampicina 600 mg. cada 12 hs. durante dos días.
- Niños mayores de 1 mes: Rifampicina 10 mg/kg/dosis cada 12 hs durante 2 días (máximo 600mg).
- Menores de 1 mes: Rifampicina 5 mg/kg/dosis cada 12 hs durante 2 días.
- Embarazadas: Ceftriaxona 250 mg. IM única dosis.

Ante diagnóstico de H. influenzae

Iniciar quimioprofilaxis dentro de las primeras 24 horas del diagnóstico a todos los convivientes (incluidos los adultos) en los hogares donde haya algún menor de 4 años. Los contactos íntimos menores de 4 años también deberán recibir quimioprofilaxis.

Ante la ocurrencia de un solo caso en un jardín maternal o guardería no se recomienda quimioprofilaxis.

- Adultos: Rifampicina, 600 mg. una vez al día durante cuatro días.
- Niños mayores de 1 mes: 20 mg/kg, una toma diaria, por cuatro días.
- Menores de 1 mes: 5 mg./kg./dosis cada 12 hs, cuatro días.
- Embarazadas: Ceftriaxona 250 mg. IM única dosis.

MENINGITIS VIRAL

Ante sospecha de meningitis por **enterovirus**, está indicado el aislamiento entérico durante 7 días y desinfección concurrente.

Contactos identificados al momento de la notificación

Nombre y Apellido	Edad	Parentesco/Relación	Se indica vacuna	Se indica quimioprofilaxis

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre del Profesional: _____

Establecimiento Notificante: _____

Tel.: _____ e-mail: _____ Localidad: _____

Fecha ____/____/20____

Firma y Sello Médico

EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Secuelas Si No Especifique: _____ Fallecido Fecha ____/____/____

Resultado cultivo LCR/hemocultivo: _____ Otros resultados: _____

Clasificación Final Meningitis Encefalitis Meningoencefalitis Meningococcemia sin meningitis Caso descartado