



O perfil clínico do paciente com meningite bacteriana: uma abordagem neurológica

The clinical profile of the patient with bacterial meningitis: a neurological approach

El perfil clínico del paciente con meningitis bacteriana: un abordaje neurológico

Lanna do Carmo Carvalho^{1*}, Brenda Yukari Vaz Otsubo¹, Moreno Coelho Cyriaco¹, Inês Carvalho de Castro Vieira², Pedro Henrique Santos Oliveira³, Vanessa Santos de Araújo⁴, Marcos Vinicius Rodrigues de Sousa², André Faria Daher², Pollyana Yuri Salles Suguinoshita⁵, Lara Cândida de Sousa Machado¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever as principais considerações sobre a meningite bacteriana e o perfil clínico do paciente. **Revisão bibliográfica:** A meningite é a inflamação meníngea, causada por vários patógenos. A meningite bacteriana é oriunda da colonização bacteriana nas vias aéreas, sendo a *Neisseria meningitidis* a mais comum. O organismo combate a inflamação, mas a alta virulência do patógeno e a imunossupressão, gera a inflamação das meninges e o indivíduo manifestará febre, associada à cefaleia, prostração, náuseas, vômitos, hiporexia, rigidez de nuca, mialgia, agitação, fotofobia e com a intensa síntese de selectinas, ocorrem as lesões no endotélio da barreira hematoencefálica que resultam em edema cerebral vasogênico, perda da autorregulação cerebrovascular, desencadeando em áreas localizadas de isquemia cerebral, lesão citotóxica e apoptose neuronal. Geralmente, o paciente tem a tríade clássica, composta pela síndrome toxêmica, irritação meníngea e hipertensão Intracraniana, mas há casos que não apresentaram nenhuma sintomatologia, logo sua ausência não exclui diagnóstico. Sendo uma condição que necessita de diagnóstico e tratamento precoce visando evitar agravos. **Considerações finais:** A meningite é um problema de saúde pública que devido à inflamação desencadeia um quadro clínico exuberante e manifestações sintomatológicas que comprometem a vida do acometido, a qual deve ser diagnosticado e adequadamente tratado.

Palavras-chave: Meninge, Inflamação, Bactéria.

ABSTRACT

Objective: To describe the main considerations about bacterial meningitis and the patient's clinical profile. **Bibliographic review:** Meningitis is meningeal inflammation caused by various pathogens. Bacterial meningitis originates from bacterial colonization in the airways, with *Neisseria meningitidis* being the most common. The organism fights inflammation, but the high virulence of the pathogen and immunosuppression generates inflammation of the meninges and the individual will manifest fever, associated with headache, prostration, nausea, vomiting, hyporexia, neck stiffness, myalgia, agitation, photophobia and with intense

¹ Universidade de Rio Verde (UNIRV), Rio Verde – GO. *E-mail: Lannaccarvalho@academico.unirv.edu.br

² Universidade de Rio Verde (UNIRV), Goianésia – GO.

³ Centro Universitário Faculdade de Ciências Médicas (UNIFACISA), Campina Grande – PB.

⁴ Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa – PB.

⁵ Universidad Central Del Paraguay (UCP), Ponta Porã – PY.

synthesis of selectins, lesions occur in the endothelium of the blood-brain barrier that result in vasogenic cerebral edema, loss of cerebrovascular autoregulation, triggering in localized areas of cerebral ischemia, cytotoxic injury and neuronal apoptosis. Generally, the patient has the classic triad, composed of the toxic syndrome, meningeal irritation and intracranial hypertension, but there are cases that did not present any symptoms, so its absence does not exclude the diagnosis. Being a condition that requires early diagnosis and treatment to avoid injuries. **Final considerations:** Meningitis is a public health problem that, due to inflammation, triggers an exuberant clinical picture and symptomatological manifestations that compromise the life of the affected person, which must be diagnosed and properly treated.

Key words: Meninges, Inflammation, Bacteria.

RESUMEN

Objetivo: Describir las principales consideraciones sobre la meningitis bacteriana y el cuadro clínico del paciente. **Reseña bibliográfica:** La meningitis es una inflamación meníngea causada por diversos patógenos. La meningitis bacteriana se origina por la colonización bacteriana en las vías respiratorias, siendo *Neisseria meningitidis* la más común. El organismo combate la inflamación, pero la alta virulencia del patógeno y la inmunosupresión genera inflamación de las meninges y el individuo manifestará fiebre, asociada a cefalea, postración, náuseas, vómitos, hiporexia, rigidez de nuca, mialgias, agitación, fotofobia y con síntesis intensa de las selectinas, se producen lesiones en el endotelio de la barrera hematoencefálica que dan como resultado edema cerebral vasogénico, pérdida de la autorregulación cerebrovascular, desencadenando en áreas localizadas isquemia cerebral, lesión citotóxica y apoptosis neuronal. Generalmente el paciente presenta la tríada clásica, compuesta por el síndrome tóxico, irritación meníngea e hipertensión intracraneal, pero hay casos que no presentan síntomas, por lo que su ausencia no excluye el diagnóstico. Siendo una condición que requiere un diagnóstico y tratamiento temprano para evitar lesiones. **Consideraciones finales:** La meningitis es un problema de salud pública que, debido a la inflamación, desencadena un cuadro clínico exuberante y manifestaciones sintomáticas que comprometen la vida de la persona afectada, las cuales deben ser diagnosticadas y tratadas adecuadamente.

Palabras clave: Meninges, Inflamación, Bacterias.

INTRODUÇÃO

A meningite é uma reação inflamatória do sistema nervoso, a qual as leptomeninges, que recobrem o encéfalo e a medula espinhal constituídas pela dura-máter, pia mater e aracnoide em função de alterações no líquido, cursa com rebaixamento do nível de consciência, convulsões, elevação da pressão intracraniana e isquemia (MCGILL F, 2017).

A inflamação meníngea pode ter como etiologia múltiplos patógenos, como vírus, fungos e bactérias e, raro, parasitas como os protozoários e helmintos. A evolução patológica indica o agente causal, em razão de o tipo viral as manifestações agudas são vistas em poucas horas, na fúngica de dias a duas semanas e na bacteriana de horas a um dia. Considerando que, vários desencadeantes podem causar agravos letais, independente do adequado tratamento, ou também evolução para quadros de hemorragia, que se assemelham a infecções como febre maculosa, dengue e outras condições (VIEIRA MAC e NETO WSA, 2018).

A Doença Meningocócica (DM), desencadeada pela bactéria *Neisseria meningitidis* (meningococo) principais responsáveis por surtos e epidemias. Essa forma de meningite detém elevada morbimortalidade. Mas, a meningite do tipo viral é mais frequente que a bacteriana, normalmente cursa de modo benigno e autolimitado (TEIXEIRA AB, et al., 2018).

A Meningite Bacteriana (MB) por sua complexidade, cursar com um quadro clínico rico e sem um padrão estabelecido e também por graves sequelas diante diagnóstico tardio e terapia imprópria é um problema de saúde pública mundial, com incidência anual de 4 a 6 casos a cada 100 mil adultos, sendo *N. meningitidis* e *S. pneumoniae* responsáveis por 80% dos casos (ASSIS VB, 2020).

O meningococo é o principal responsável por epidemias no Brasil e possui vários sorogrupos, sendo o sorogrupo C o mais prevalente. A DM pode ocorrer de forma isolada ou associada à meningococcemia,

caracterizada pela disseminação hematogênica do agente, resultando em vasculite sistêmica e fenômenos hemorrágicos fulminantes, sendo a forma mais grave da DM. A taxa de óbitos pela doença permaneceu em cerca de 18-20% dos eventos, alcançando em torno de 50% em acometidos pela meningococemia (DIAS FCF, et al., 2017).

A MB é desencadeada pela colonização das vias aéreas superiores por qualquer bactéria, mas os patógenos encapsulados representados por meningococo, pneumococo e hemófilo do tipo B são os mais frequentes. Outros agentes bacterianos, como: *Mycobacterium tuberculosis*, *Streptococcus sp.*, especialmente os do grupo B, *Streptococcus agalactiae*, *Listeria monocytogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter sp.* Ressaltando-se os casos de meningite causados pelo *M. tuberculosis*. A meningite tuberculosa é uma complicação grave da infecção tuberculosa, sendo a sua principal fonte de infecção os casos de tuberculose pulmonar com escarro positivo à baciloscopia, pois há uma grande eliminação bacilar. Para tais microrganismos adentrarem no epitélio e posterior disseminação para a corrente sanguínea vai depender da associação simultânea entre a virulência do patógeno e da imunocompetência do hospedeiro (SOUZA EFM, et al., 2020).

O líquido é um líquido sintetizado no interior do cérebro, especificamente nos ventrículos a qual circula dentro das meninges e espaço subdural. Caracteriza-se por não possuir quantidade significativa de complemento e imunoglobulinas, logo é uma área propícia à replicação bacteriana (SANTOS JC, et al., 2021).

Os microrganismos invadem as meninges e provocam uma infecção e consequente resposta imune por parte do hospedeiro. Sendo que os principais impactos e implicações da MB são em razão da inflamação meníngea e seus vasos sanguíneos, aptas a deteriorar o cérebro e nervos cranianos pela ocorrência de convulsões, paralisias de nervos cranianos, lesões cerebrais focais, hidrocefalia, sequelas a medula espinhal ou às raízes nervosas, e não a própria bactéria em si (ASSIS VB, 2020).

Antigamente, a doença era altamente mortal e desfecho de deterioração neurológica nos demais. Por intermédio de informações mais extensa sobre todos os aspectos do distúrbio neural, a detecção e tratamento melhoraram muito e reduziram o percentual de mortalidade (CHRISTO PP, 2019).

Diante do exposto, o seguinte estudo objetivou descrever as principais considerações sobre a MB e o perfil clínico do paciente, de modo a elucidar sobre essa doença para a comunidade e os profissionais de saúde.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A narrativa levantou informações baseadas na literatura e buscou abordar sobre as considerações mais relevantes para o contexto médico a respeito da apresentação clínica do paciente acometido pela MB. Sendo assim, para uma maior organização, o trabalho foi segmentado em subcategorias.

O que é meningite bacteriana?

A MB é um processo a qual as bactérias induzem a inflamação intensa das meninges justificado pela produção de citocinas. As citocinas elevam a permeabilidade capilar, modificando os atributos da barreira hematoencefálica. Essa ocorrência colabora ao desenvolvimento de edema cerebral vasogênico e posterior extravasamento de leucócitos e proteína para o líquido, substâncias que compõem a formação de um denso exsudato. Este pode obstruir a reabsorção líquórica pelas granulações aracnoideas, resultando em hidrocefalia e edema cerebral intersticial (RAMOS CG, et al., 2019).

Fatores associados à meningite bacteriana

O acometimento inflamatório das meninges, pode acometer qualquer pessoa independente da faixa etária, mas há um alto percentual afetado do grupo abaixo de 5 anos. Sendo assim, a meningite tem como fatores de risco a idade, meio de entrada ou foco séptico inicial (FREITAS TO, et al., 2020).

No sistema nervoso central, o tipo e o local da infecção bacteriana são determinantes para o agravo da doença. A bactéria pode invadir a barreira hematoencefálica através de contiguidade, por via hematogênica, derivação líquórica ou por acesso direto por meio de fraturas de crânio e defeito congênito. Imunidade prévia;

situação epidemiológica local. Nem todos que adquirem a bacteremia desencadeantes da meningite, adoece, devido o sistema imune se proteger com a síntese de anticorpos através do contato com esses patógenos, logo adquire resistência a doença. A faixa etária dos 6 meses a 1 ano são o alvo principal do meningococo, em função do déficit imune (GHIA CJ e RAMBHAD GS, 2021).

Transmissão

O acometimento por MB não possui um modo específico para disseminar o foco infeccioso. Este quadro possui classificações fragmentadas e correspondente com o agente etiológico, o quadro clínico e meio de transmissão (VASCONCELOS JS, et al., 2018).

A MB é transmitida pelo contato direto com as secreções respiratórias como o perdigoto, tosse e espirro, ações íntimas como beijos e a proximidade física também favorecem a transmissão. E de modo indireto, os agentes infecciosos mediante veículos de transmissão podem ser inoculados, ou seja, por meio de objetos e materiais contaminados. O período de transmissibilidade persiste até que o meningococo desapareça das secreções da nasofaringe (SILVA KCC, et al., 2019).

Patogênese

As bactérias responsáveis pela MB, são do tipo gram negativo a qual colonizam a nasofaringe e orofaringe. Nesses locais, a bactéria começa a secretar IgA protease, uma enzima que inativa a molécula de imunoglobulina A (IgA) desses locais. Em seguida, agride as células epiteliais do aparelho respiratório, levando a perda de atividade ciliar e facilitando a aderência da bactéria na mucosa através das fimbrias (pili). Posteriormente, quando já aderida na mucosa, a bactéria é englobada pelas células, entra em vacúolos fagocíticos e pode transpor as células. Dessa forma, a bactéria cai na corrente sanguínea e, protegida por sua cápsula polissacarídea que têm a função de proteção contra fagocitose e bacteriolise, pode se multiplicar rapidamente dentro dos capilares causando a meningococemia (GHIA CJ e RAMBHAD GS, 2021).

Os meningococos que conseguirem atravessar a barreira hematoencefálica, pode invadir o sistema nervoso central através do plexo coróide, justificado pelas células que compõe o plexo coróide e os capilares cerebrais, possuem receptores para a aderência bacteriana (XAVIER EA, et al., 2020).

No espaço subaracnoideo, as bactérias encontram condições favoráveis para a sua replicação. Estas vão liberar endotoxinas responsáveis pela inflamação meníngea. A inflamação vai estimular os monócitos, macrófagos, células microgliais e endoteliais do sistema nervoso central, que agem de forma a induzirem as respostas inflamatórias (TEIXEIRA AB, et al., 2018).

Fisiopatologia

A síntese intensa de selectinas também promove a perda do mecanismo cerebrovascular de autorregulação. Sendo este meio essencial para manter a perfusão cerebral adaptada a mudanças diante a pressão arterial média. Normalmente, quando a aumento da pressão, há vasoconstrição, impedindo o hiperfluxo e com a queda, a vasodilatação para manter a pressão de perfusão. A ausência deste sistema torna o sistema nervoso vulnerável. Se porventura, durante a MB ocorrer hipotensão, sinal comum, o hipofluxo pode causar quadros de isquemia em contraste, a compressão é apta a acentuar o edema cerebral (XAVIER EA, et al., 2020).

O episódio infeccioso no espaço subaracnoide consegue agredir os vasos sanguíneos por proximidade, a vasculite, em especial nos vasos da base do crânio, resultando em trombose e infarto cerebral isquêmico. O fluxo arterial insuficiente no SNC é determinante para ocorrer o edema citotóxico, além de auxiliar a propagação da infecção para o encéfalo e ao desenvolvimento de abscessos cerebrais (SILVA KCC, et al., 2019).

Quadro clínico

O quadro clínico se inicia quando os fatores de virulência do patógeno superam os mecanismos de defesa do hospedeiro. Quando iniciada a inflamação, ocorre uma série de lesões no endotélio da barreira hematoencefálica que resultam em edema cerebral vasogênico, perda da autorregulação cerebrovascular e

aumento da pressão intracraniana, desencadeando em áreas localizadas de isquemia cerebral, lesão citotóxica e apoptose neuronal (MCGILL F, 2017).

O perfil clínico do paciente acometido por meningite, geralmente é baseado na manifestação por febre súbita, relacionada à cefaleia, prostração, náuseas, êmese, rigidez nuchal, fotofobia, mialgia, excitação e sinais meníngeos, mas não é via de regra, há casos assintomáticos (XAVIER EA, et al., 2020).

A progressão dos sintomas iniciais até a morte pode ocorrer em menos de 24 horas. Os sintomas iniciais incluem febre, irritabilidade, náuseas, vômitos, inapetência, sonolência, diarreia, manchas na pele, dificuldades para respirar, aumento das manchas avermelhadas na pele, extremidades frias, dores pelo corpo (CAMPOS MC, et al., 2018).

O período de incubação compreende o espaço de tempo entre 2 a 10 dias e a apresentação clínica pode apresentar-se na forma de 3 síndromes, que não necessariamente estão todas presentes, a tríade sintomática típica. Entre as quais são a: síndrome toxêmica, irritação meníngea e hipertensão intracraniana. Sendo a aparição de duas simultaneamente, um alto preditivo diagnóstico (GHIA CJ e RAMBHAD GS, 2021).

A tríade sintomática clássica

A síndrome toxêmica cursa com hipertermia, mal-estar geral, prostração e excitação psicomotora. O sinal de Faget, a qual o pulso é inferior ao apropriado para um dado grau de temperatura, ou seja, febre alta para pouca taquicardia é comum. Cerca de 40–60% das meningites meningocócicas ocorre um dano endotelial nos capilares da derme, devido à disseminação local do meningococo, caracterizada pela eclosão de rash cutâneo hemorrágico, evidenciado por petéquias e equimoses (VASCONCELOS JS, et al., 2018).

A síndrome da irritação meníngea é uma clínica ampla que pode apresentar proporções variáveis dos seguintes sinais. A rigidez nuchal, em virtude da contratura muscular reflexa da cervical posterior, em um exame é detectado pela incapacidade do paciente fletir o pescoço. O sinal de Kernig é marcado por incapacidade ou dor diante a extensão do joelho. O sinal de Brudzinski é uma reação de flexão simultânea das duas pernas e coxas diante a flexão passiva do pescoço. A presença do sinal do desconforto lombar é descrita pelo acometido como uma sensação de “choque elétrico” na porção lombar, frente ao aperto na área plantar ipsilateral (MOREIRA AP, 2017).

A síndrome de hipertensão intracraniana é reconhecida por casos ativos de cefaleia holocraniana, náuseas, desordem mental, fotofobia e vômitos. Os vômitos podem ocorrer precedidos por náuseas, ainda assim, a ocorrência de vômitos sem náuseas antecedidas, em “jato”. Crises de convulsão ocorrem em 30–40% e se forem focais, são indicativos de lesões vasculares agravadas por trombose e infarto isquêmico parenquimatoso (TEIXEIRA AB, et al., 2018).

Cerca de só 50% dos afetados por essa patologia manifestam essa tríade de sintomas clássicos. Ademais, achados típicos como os sinais neurológicos focais e convulsões estão muito presentes. A identificação de lesões cutâneas é muito sugestiva da infecção pela bactéria *Neisseria meningitidis* (CHRISTO PP, 2019).

Diagnóstico

A diagnose da MB é concretizada por meio do estudo do LCR, em especial o exame quimiocitológico e a cultura. Os aspectos laboratoriais a qual revelam traços na MB são liquor de aspecto turvo, cor leitosa ou xantocrômica, glicose diminuída e neutrofilia. A existência de sintomatologias urge pelo exame de tomografia computadorizada de crânio, e posteriormente a punção lombar, e o resultado pode contraindicar. São sinais e sintomas indicativos o déficit neurológico focal, novas crises de convulsão, nível de consciência diminuído, imunodeprimidos e sinais de alta pressão intracraniana. Casos de piodermite, hidrocefalia, desvio da linha média, massa em fossa posterior e o apagão da cisterna basilar, quadrigeminal e supraquiasmática são contraindicação para a punção liquorica (PIRES FR, et al., 2017).

A punção lombar, caso não houver contraindicação e a coleta de sangue para cultura devem ser feitas antes do início da antibioticoterapia (PIRES FR, et al., 2017). O exame sanguíneo é muito solicitado para avaliar o estado geral do paciente, podendo indicar elevação no número de leucócitos e neutrófilos, além de

detectar linfócitos atípicos e aumento na concentração de PCR no sangue, sendo alto preditor de infecção. O exame de urina também pode indicar a presença de infecções, devido à visualização de bactérias e inúmeros leucócitos mediante a identificação, será efetivado a cultura de urina para detectar o microrganismo (MOREIRA AP, 2017).

Os acometidos na categoria de lactentes podem se apresentar assintomáticos em torno de 50% das ocorrências ou mesmo exibir sinais inespecíficos como choro agudo e constante, inquietação e inapetência alimentar. Em recém-nascidos e crianças de colo, é comum a baixa ingesta calórica, febre, choque por sepse e convulsão, grito ao ser mobilizada, o conhecido grito meníngeo, irritabilidade, fontanela protuberante e tensão muscular exagerada ou deficiente. Achados como a rigidez nucal são raros, logo a análise do quadro geral é exigida e atenção redobrada para saliência da fontanela e informações epidemiológicas para a investigação do meningococo (RAMOS CG, et al., 2019).

Sinais de gravidade da meningite: piora da cefaleia, rebaixamento do nível de consciência, torpor, convulsões, déficit neurológico focal, confusão mental, transtornos pupilares, turvação visual, paralisias de nervos cranianos, bradicardia, nistagmo, papiledema (VIEIRA MAC e NETO WSA, 2018).

Sequelas da meningite

Os danos e sequelas oriundos da meningite não são uniformes, sendo possível variar o agravo de um indivíduo para outro e também ser por tempo permanente ou temporário. A MB é a forma mais grave da doença e pode apresentar sequelas gravíssimas. Em geral, quanto mais grave a infecção, maior as chances de complicações, que podem incluir: perda auditiva e de visão, problemas com memória, perda de concentração e coordenação motora, epilepsia, paralisia cerebral (SOUSA CL, et al., 2020).

Tratamento

As medidas iniciais a serem abordadas na meningite são a hospitalização imediata dos casos suspeitos, isolamento respiratória para gotículas nas 24 horas iniciais de antibioticoterapia, a coleta de amostras para exames diagnósticos, a adoção de medidas de suporte geral, como a reposição de líquidos e assistência cuidadosa, a instituição de antibioticoterapia empírica proporcional à suspeita clínica, o mais precocemente possível, especialmente logo após a punção lombar e a coleta de sangue para hemocultura, ressaltando que o tratamento imediato com antibióticos não impede a coleta de material para exames diagnósticos, sendo recomendado a coleta efetivada o mais próximo possível do início do antimicrobiano, a notificação do punção a Secretaria Municipal de Saúde para a investigação epidemiológica e implantação das medidas de prevenção adequadas (XAVIER EA, et al., 2020).

Com o seguimento do caso, a antibioticoterapia deve ser ajustada de acordo com resultados do teste de sensibilidade. Investigação epidemiológica de todos os casos notificados e quimioprofilaxia quando houver indicação (RAMOS CG, et al., 2019).

O tratamento farmacológico da MB é baseado em antimicrobianos empíricos conforme a idade. Os neonatos estão indicados a ampicilina associada a ceftriaxona. Entre 1 a 23 meses a ceftriaxona é a mais indicada. Já entre a faixa etária de 2 aos 50 anos além da ampicilina junto a ceftriaxona, podem ser empregados a vancomicina junto a cefepime, ceftazidim ou meropenem. Sendo eficaz também em fraturas de base de crânio, traumatismo cranioencefálico, pós neurocirurgia e fistula liquórica (FONTES FLL, et al., 2019).

O uso de corticóides, em específico a dexametasona, é eficiente em crianças com meningite por *H. influenzae* com evidência de benefício na redução de danos neurais e perda auditiva. O uso por *S. pneumoniae* ainda não é consensual, mas é uma opção, por reduzir a morbimortalidade. Deve ser administrado pré ou simultâneo à dose inicial de antibiótico (SOUSA CL, et al., 2020).

Prevenção

As vacinas são polêmicas, mas constituem uma medida inicial, eficaz, comprovada e de baixo custo para evitar ser acometido por determinada doença (MCGILL F, et al., 2017). Estão disponíveis vacinas para o combate de numerosos tipos de meningite meningocócica, exemplos são o tipo A, C, W135 e Y, mas não

contribuem na imunização na faixa etária inferior a 18 meses. Nas pessoas acima de 18 meses o efeito imunizante têm duração em cerca de 1 a 4 anos (FONTES FLL, et al., 2019). A vacina é muito necessária para se prevenir doenças, e quando associada com medidas comportamentais tais como não frequentar aglomerações, estabelecer a ventilação ideal e hábitos de higiene, potencializa o objetivo de evitar a doença (PIRES FR, et al., 2017).

Quimioprofilaxia

Em situações de surtos e eventos secundários, a quimioprofilaxia é o mais indicado. Mas, é restritivamente dirigida aos contatos íntimos de episódios de meningite por doença meningocócica e H. influenzae. Sendo tais contatos, considerados por compartilharem o mesmo domicílio, dormitório, ser parceiro, pessoa exposta de modo direto a secreções e também ao convívio com o acometido, de no mínimo 4 horas diárias ou mais no recorte de 5 dos 7 dias anteriores a internação (TEIXEIRA AB, et al., 2018).

A droga selecionada é a rifampicina. Deve ser iniciada, preferencialmente, até 48 horas da exposição, podendo ser usada em cerca de até 10 dias em situações como DM ou até 30 dias no caso do Haemo philus influenzae. Ressaltando que todos os contatos devem ser monitorados durante 10 dias (CHRISTO PP, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo inflamatório das meninges, responsáveis por encobrir as porções do encéfalo e medula, desenvolve a meningite. Tal situação é considerada um impacto negativo para a saúde pública, justificada pela elevada predominância, em especial nas crianças, com altas taxas de morbimortalidade. As bactérias mais comuns como o Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis e Haemophilus influenzae e também muito alarmantes, necessitam de diagnose precoce e adequado tratamento.

REFERÊNCIAS

1. ASSIS VB. Meningite bacteriana: análise sobre percentual de internações e custos no estado são Paulo de 2010 a 2019. Simpósio de Neurociência Clínica e Experimental e Neuroinfecção, 2020; 1(1).
2. CAMPOS MC, et al. Meningite bacteriana em pediatria. Portal Regional da BVS, 2018; 35(8).
3. CHRISTO PP. "Time is brain" also for bacterial meningitis. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2019; 77(4): 221-223.
4. DIAS FCF, et al. Aspectos epidemiológicos da doença na região norte do Brasil. Revista de Patologia do Tocantins, 2017; 4(2): 46-49.
5. FREITAS TO, et al. Meningite bacteriana infantil: uma discussão. Revista Pensar Acadêmico, 2020; 6.
6. FONTES FLL, et al. Meningite em um estado do Nordeste brasileiro: descrição das características epidemiológicas em um período de 11 anos. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2019; 25: e628.
7. GHIA CJ, RAMBAHAD GS. Uma revisão sistemática da literatura sobre a prevalência e etiologia da meningite entre pacientes criticamente doentes e hospitalizados na Índia. Therapeutic advances in infectious disease, 2021; 8.
8. HISCHHEIMER MR, et al. Protocolo sobre Meningites. Hospital Municipal Infantil Menino Jesus (PMSP). Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/HIMJ_protocolo_meningites_1254773684.pdf. Acessado em 20 de janeiro de 2022.
9. MCGILL F, et al. Meningite bacteriana aguda em adultos. Lancet, 2017; 388(10063): 3036-3047.
10. MOREIRA AP. Papel da via beta-amilóide- τ na disfunção cognitiva tardia na meningite bacteriana. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2017; 80.
11. PIRES FR, et al. Utilização de escore e dosagem de lactato no liquor para diagnóstico diferencial entre meningite bacteriana e meningite asséptica. Revista Paulista de Pediatria, 2017; 35(4): 369-374.
12. RAMOS CG, et al. Meningites bacterianas: epidemiologia dos casos notificados em Minas Gerais entre os anos de 2007 e 2017. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2019; 22: e655.
13. SANTOS JC, et al. Meningite na infância: uma análise das interações hospitalares no Brasil. Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás, 2021; 7: e7000030
14. SILVA KCC, et al. Atuação fisioterapêutica nos pacientes com sequelas de meningite: um estudo de revisão. Revista Amazônia: Science and Health, 2019; 7(3): 1419-2318.
15. SOUSA CL, et al. Perfil epidemiológico e distribuição da meningite em um estado da região norte do país - Rondônia de 2017 A 2019. Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, 2020; 6: e5296.
16. SOUZA EFM, et al. Análise do perfil epidemiológico de meningite na região metropolitana de Belém-PA em um período de 10 anos (2010 a 2019). Revista de Patologia do Tocantins, 2020; 7(3): 11
17. TEIXEIRA AB, et al. Meningite bacteriana: uma atualização. Revista Brasileira de Análises Clínicas, 2018; 53(2).
18. VASCONCELOS JS, et al. Meningite bacteriana. Brazilian J. of Surgery and Clinical Research, 2018; 23(3): 81-86.
19. VIEIRA MAC, NETO WSA. Proposta de abordagem simplificada para suspeitas de meningites: relato de experiência de serviço de referência no estado do Piauí. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2018; 27(3): 2007-2016.
20. XAVIER EA, et al. Meningite em Brasília DF- Período 2007- Abordagem Epidemiológica. Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria, 2020; 24(3): 186-197.