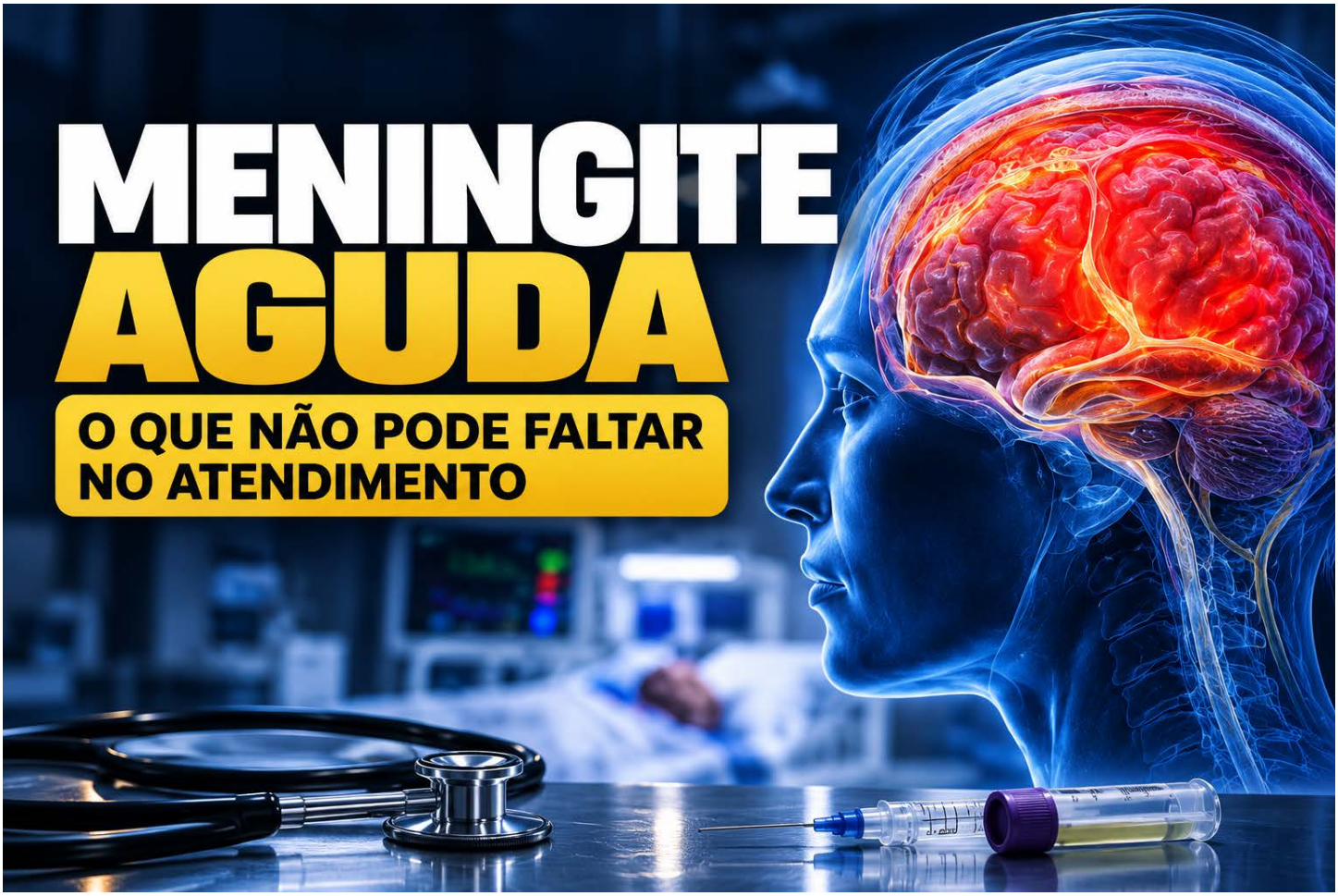
MENINGITE AGUDA

O QUE NÃO PODE FALTAR NO ATENDIMENTO

Texto desenvolvido a partir da transcrição da aula, revisado quanto à ortografia, concordância, pontuação e terminologia. Cada painel visual ocupa uma página e é seguido imediatamente de uma página de explicação ampliada.

Aprovação editorial do conteúdo-fonte não equivale a validação clínica independente. As observações de segurança permanecem separadas.



01 Conceito e relevância clínica — Aprofundamento

A meningite aguda é uma inflamação das meninges que pode ser causada por bactérias, vírus, fungos ou condições não infecciosas. Embora menos frequente do que outras infecções comuns, a meningite bacteriana pode apresentar evolução rápida, elevada letalidade e sequelas neurológicas permanentes.

Fundamento e contexto

A dimensão do problema

Explicação da aula



A exposição começa distinguindo frequência e gravidade. Pneumonias e infecções urinárias são mais frequentes na prática cotidiana, mas a meningite bacteriana merece atenção especial pela possibilidade de deterioração em poucas horas. A inflamação ocorre junto a estruturas neurológicas delicadas e pode comprometer a consciência, a audição, a circulação cerebral e outras funções.

Integração do raciocínio clínico

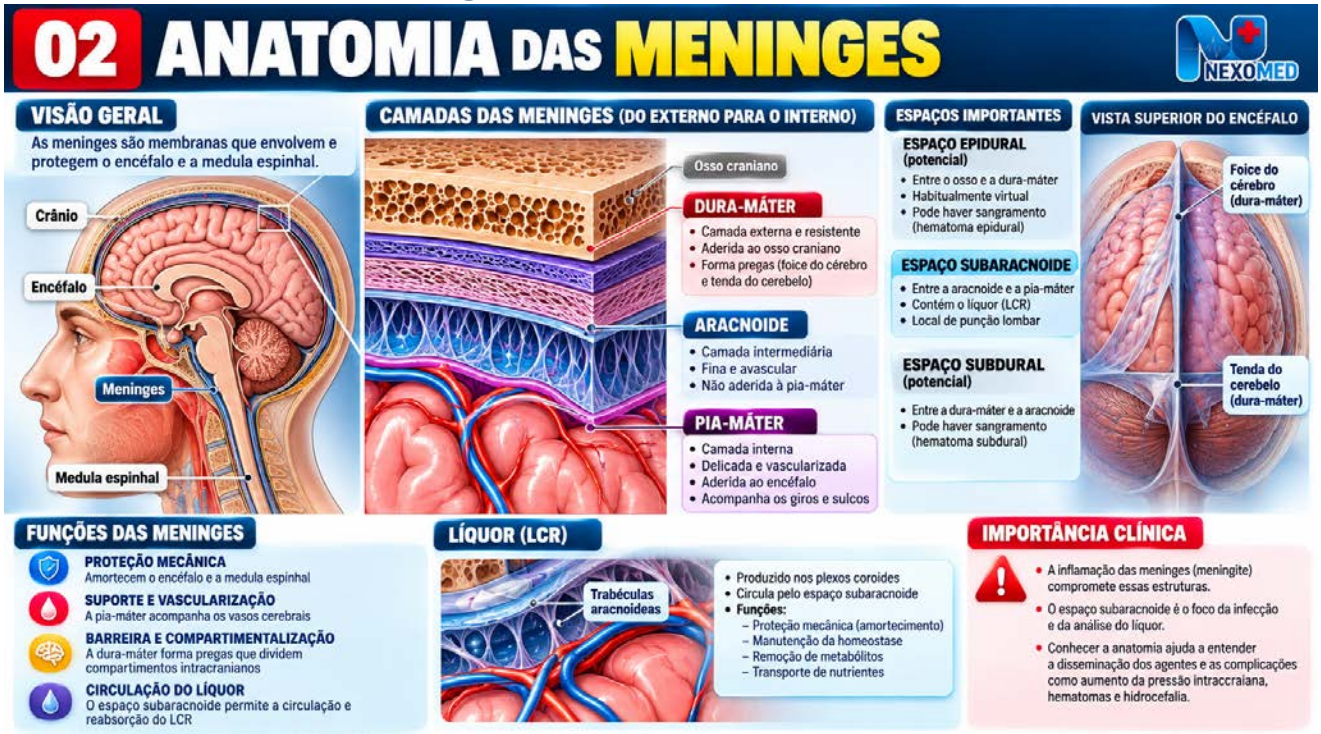
A aula ressalta que o risco não se limita à mortalidade. Mesmo após o controle da infecção, podem persistir alterações cognitivas, crises convulsivas, déficits motores e perda auditiva. É essa possibilidade de sequelas que justifica uma postura ativa já na suspeita, antes da confirmação etiológica.

Aplicação prática

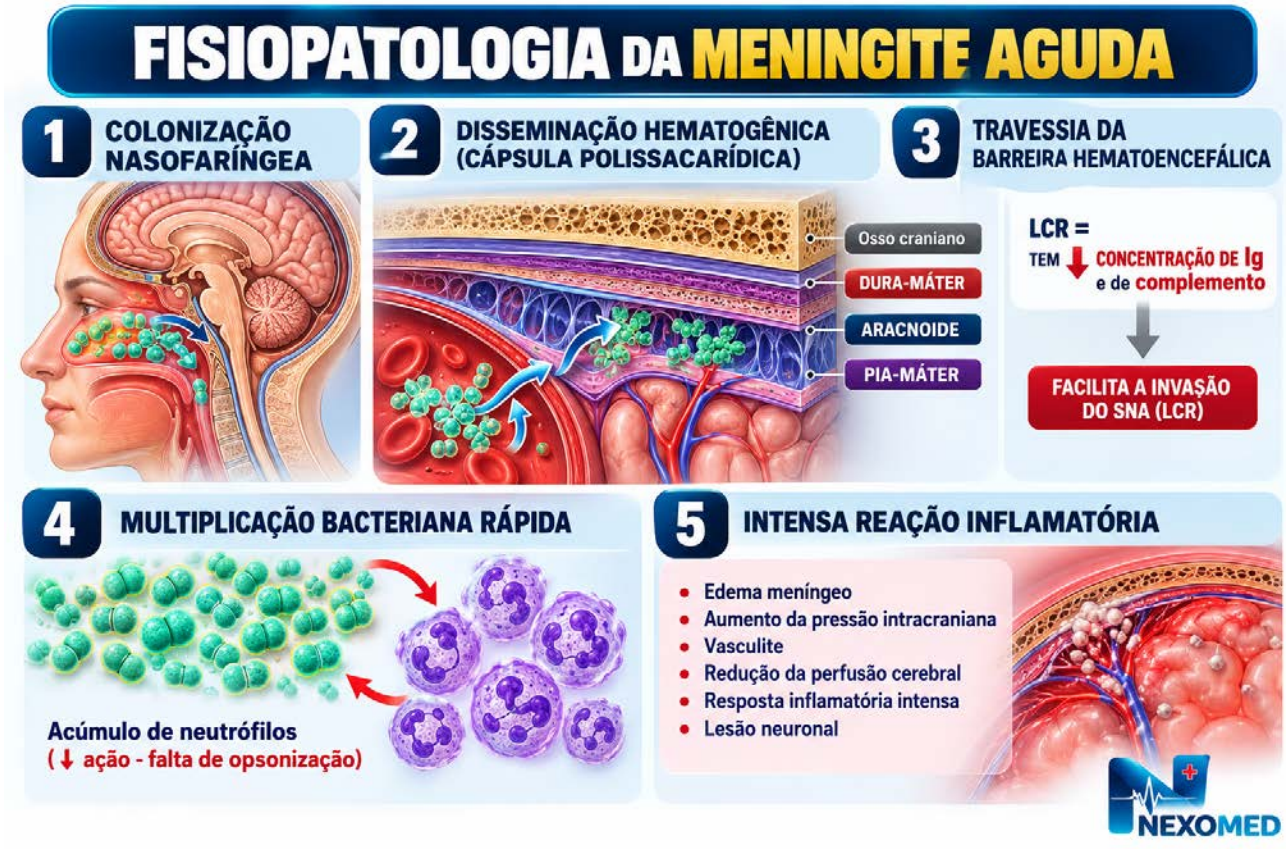
Na prática, a primeira decisão é reconhecer que febre acompanhada de cefaleia importante, sintomas meníngeos ou alteração neurológica pode representar uma emergência tempo-dependente. A condução deve ocorrer em paralelo à avaliação de gravidade, e não apenas após a chegada de exames.

ESSENCIAL • O reconhecimento precoce e o tratamento oportuno são decisivos para reduzir danos.

02 Anatomia das meninge



03 Fisiopatologia: porta de entrada



03 Fisiopatologia: porta de entrada — Aprofundamento

Na meningite bacteriana comunitária, a colonização da nasofaringe pode preceder a invasão da corrente sanguínea. Bactérias encapsuladas conseguem escapar parcialmente das defesas do hospedeiro e, em determinadas condições, alcançar o sistema nervoso central.

Fundamento e contexto

Colonização e disseminação

Explicação da aula

A via descrita como predominante na aula é a colonização nasofaríngea, seguida, em alguns pacientes, de invasão da circulação. O processo depende das características do microrganismo e das defesas do hospedeiro; colonização, por si só, não significa meningite.

Integração do raciocínio clínico

A cápsula polissacarídica de determinadas bactérias dificulta o reconhecimento e a eliminação por mecanismos imunes, incluindo opsonização e fagocitose. A aula recorre à metáfora de uma bactéria que se torna menos visível para as células de defesa, enfatizando o papel de anticorpos e complemento.

Aplicação prática

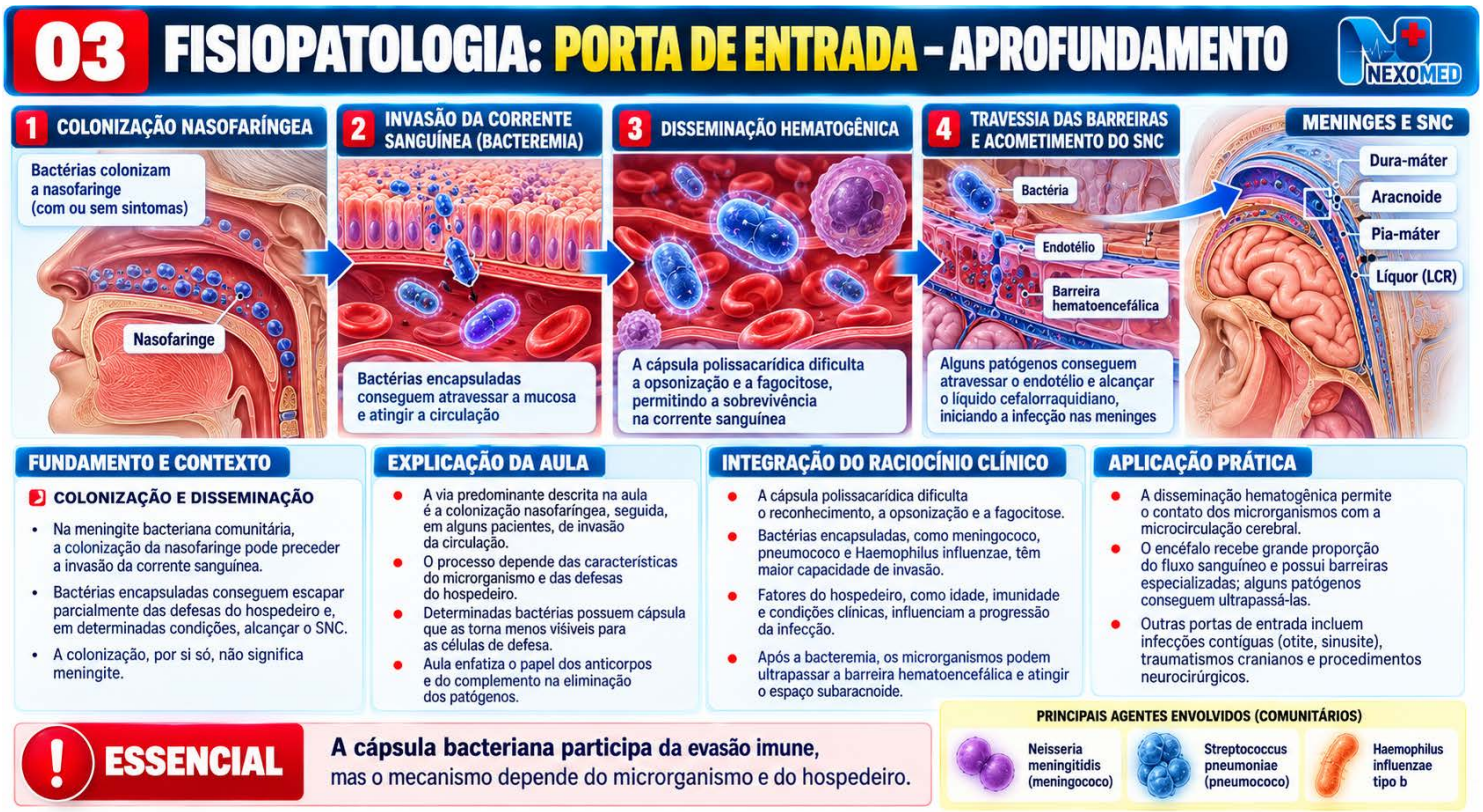
A disseminação hematogênica permite o contato dos microrganismos com a microcirculação cerebral. O encéfalo recebe grande proporção do fluxo sanguíneo e possui barreiras especializadas; alguns patógenos conseguem ultrapassá-las. Outras portas de entrada incluem infecções contíguas, traumatismos e procedimentos neurocirúrgicos.

ESSENCIAL • A cápsula bacteriana participa da evasão imune, mas o mecanismo depende do microrganismo e do hospedeiro.

04 Fisiopatologia: invasão do LCR — Aprofundamento

Após atravessar barreiras protetoras do sistema nervoso central, os agentes bacterianos encontram no LCR um ambiente com concentrações relativamente baixas de imunoglobulinas e componentes do complemento. Isso favorece a multiplicação bacteriana e o início da resposta inflamatória.

Fundamento e contexto



Ambiente do líquor

Explicação da aula

Uma vez no espaço liquórico, as bactérias podem encontrar um ambiente relativamente pobre em componentes de defesa humoral quando comparado ao sangue. A aula destaca as menores concentrações de anticorpos e complemento e relaciona essa característica à multiplicação rápida dos agentes.

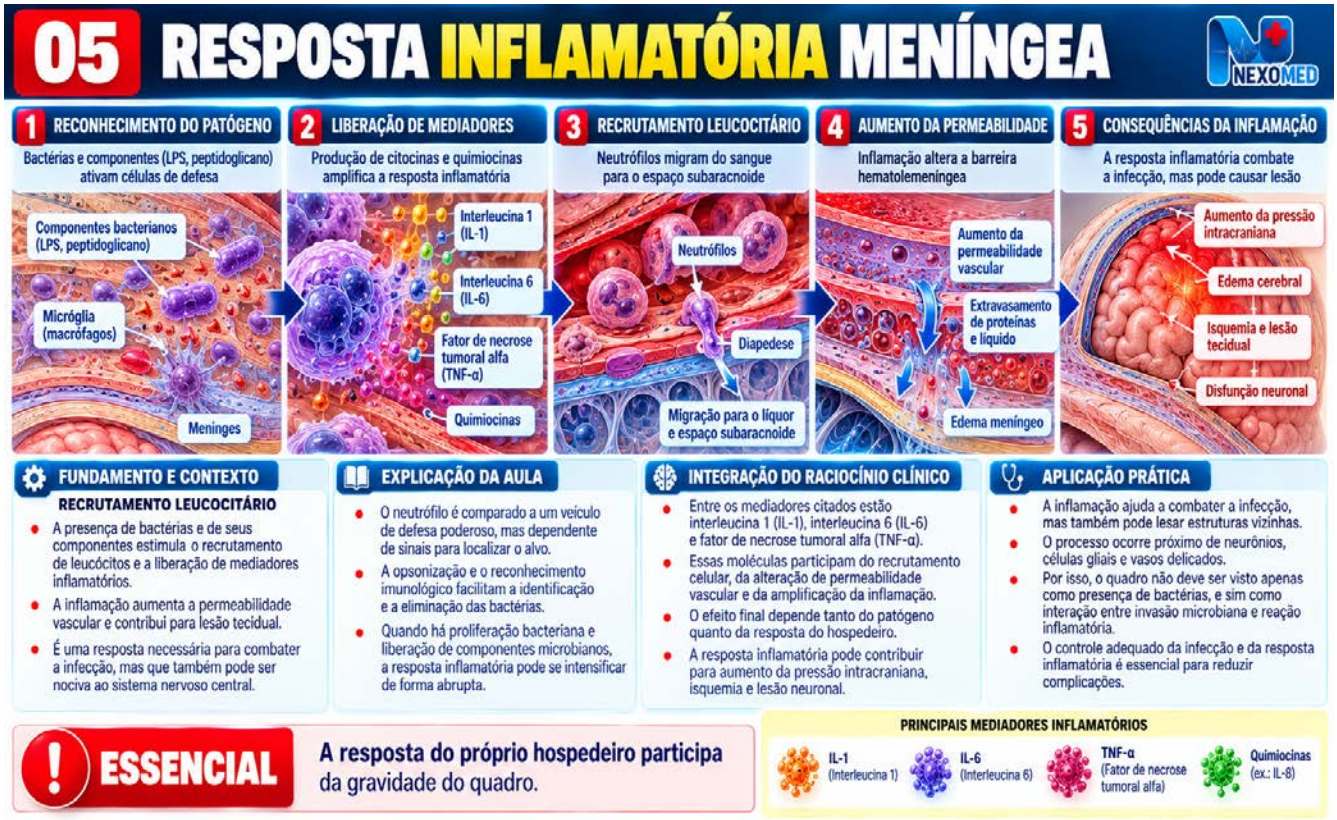
Integração do raciocínio clínico

O contraste entre a circulação sanguínea e o LCR é central no raciocínio proposto: na corrente sanguínea há intensa vigilância imunológica; no compartimento meníngeo, a defesa inicial é mais limitada. À medida que a população bacteriana aumenta, os tecidos locais desencadeiam sinais inflamatórios e recrutam leucócitos.

Aplicação prática

O processo evolui de uma fase de invasão e replicação para uma resposta inflamatória progressiva. Essa sequência ajuda a compreender por que a clínica pode mudar rapidamente, com piora de cefaleia, febre, vômitos e nível de consciência em curto intervalo.

ESSENCIAL • O LCR normal contém poucas células inflamatórias.



05 Resposta inflamatória meníngea

A presença de bactérias e de seus componentes estimula o recrutamento de leucócitos e a liberação de mediadores inflamatórios, incluindo interleucinas e fator de necrose tumoral. A inflamação aumenta a permeabilidade vascular e contribui para lesão tecidual.

Fundamento e contexto

Recrutamento leucocitário

Explicação da aula

A aula compara o neutrófilo a um veículo de defesa poderoso, mas dependente de sinais para localizar o alvo. A metáfora ilustra o papel da opsonização e do reconhecimento imunológico. Quando há proliferação bacteriana e liberação de componentes microbianos, a resposta pode se intensificar abruptamente.

Integração do raciocínio clínico

Entre os mediadores citados estão interleucina 1, interleucina 6 e fator de necrose tumoral alfa. Essas moléculas participam do recrutamento celular, da alteração de permeabilidade vascular e da amplificação da inflamação. O efeito final depende tanto do patógeno quanto da resposta do hospedeiro.

Aplicação prática

A inflamação ajuda a combater a infecção, mas também pode lesar estruturas vizinhas. O espaço onde ela ocorre é próximo de neurônios, células gliais e vasos delicados. Por isso, o processo infeccioso não deve ser visto apenas como presença de bactérias, e sim como interação entre invasão microbiana e reação inflamatória.

ESSENCIAL • A resposta do próprio hospedeiro participa da gravidade do quadro.

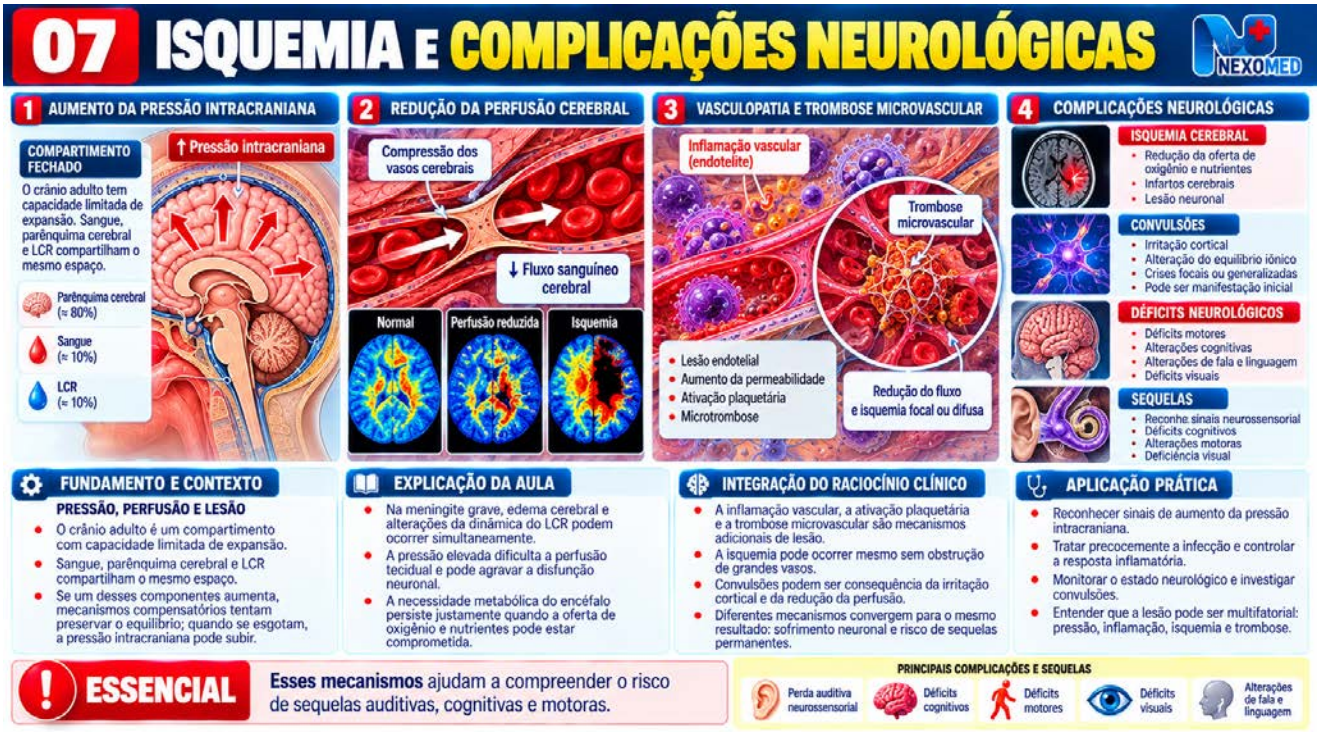
06 Edema cerebral e circulação do líquor



Há dois mecanismos de edema cerebral destacados: o vasogênico, associado à alteração da barreira vascular, e o citotóxico, associado à disfunção metabólica e iônica das células. Ambos podem coexistir e contribuir para o aumento do volume intracraniano.

ESSENCIAL • Edema vasogênico relaciona-se à disfunção da barreira vascular; edema citotóxico, ao comprometimento celular.

07 Isquemia e complicações neurológicas

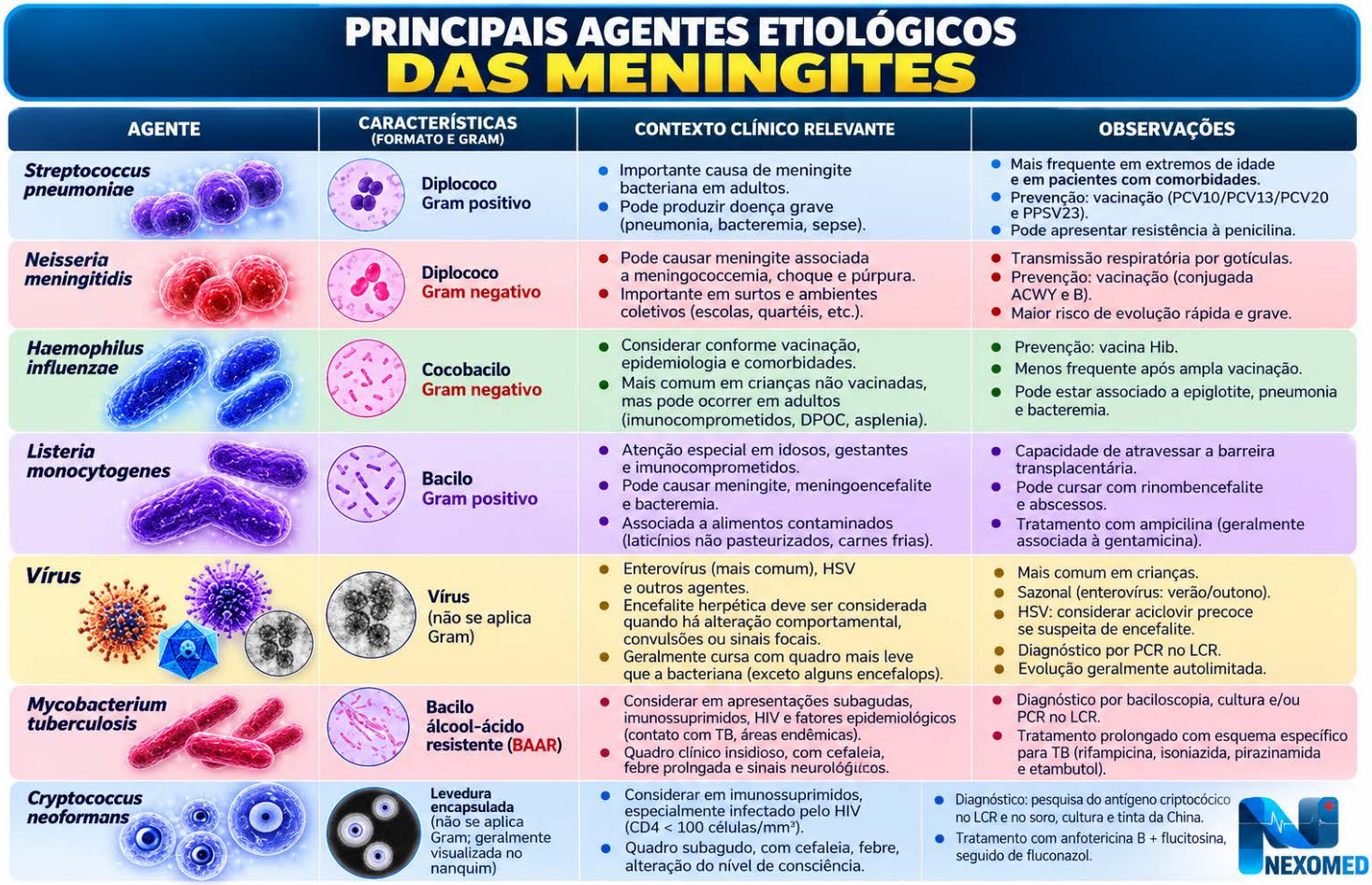


Aplicação prática

A lesão vascular inflamatória, a ativação plaquetária e a trombose microvascular podem adicionar isquemia ao quadro. Assim, diferentes mecanismos convergem para o mesmo resultado: sofrimento neuronal e risco de sequelas permanentes.

ESSENCIAL • Esses mecanismos ajudam a compreender o risco de sequelas auditivas, cognitivas e motoras.

08. Principais agentes etiológicos



Os agentes bacterianos destacados na aula estão Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae e Listeria monocytogenes. A possibilidade de Listeria ganha importância em grupos com fatores de risco específicos.

Fundamento e contexto

Bactérias e outros agentes

Explicação da aula

O conteúdo da aula destaca pneumococo, meningococo e Haemophilus influenzae como agentes bacterianos importantes e chama atenção para Listeria monocytogenes em determinados grupos de risco. Essa organização ajuda a estruturar a escolha do tratamento empírico.

Integração do raciocínio clínico

A relevância relativa dos patógenos depende de idade, vacinação, condições clínicas, contexto comunitário ou hospitalar e epidemiologia regional. O professor diferencia agentes encapsulados e descreve suas características morfológicas para relacionar bacterioscopia e decisão terapêutica.

Aplicação prática

O diagnóstico diferencial infeccioso inclui causas virais, tuberculose e criptococose. A aula também menciona condições não infecciosas, como doença neoplásica meníngea e processos autoimunes. A apresentação inicial pode ser semelhante, razão pela qual a investigação precisa ser reavaliada à medida que surgem resultados.

ESSENCIAL • O diagnóstico diferencial inclui infecções virais, tuberculose e criptococose, conforme contexto clínico.

09 Suspeita clínica



Febre, cefaleia e rigidez de nuca compõem a tríade clássica, mas não estão presentes simultaneamente em todos os pacientes. Fotofobia, vômitos, prostração, dor cervical, alterações de consciência e convulsões reforçam a suspeita.

Fundamento e contexto

Reconhecer a síndrome

Explicação da aula

A tríade clássica é formada por febre, cefaleia e rigidez de nuca. O professor insiste que ela não aparece completa em todos os pacientes, de modo que a ausência de um componente não exclui a doença. O início frequentemente é agudo, mas a evolução pode variar.

Integração do raciocínio clínico

Fotofobia, náuseas, vômitos, dor à movimentação cervical, prostração e alteração do estado mental são sintomas adicionais. A aula dá destaque ao vômito de início súbito, relacionando-o ao contexto de possível hipertensão intracraniana; isoladamente, entretanto, esse achado não estabelece o mecanismo nem o diagnóstico.

Aplicação prática

O reconhecimento depende da combinação de sintomas, evolução temporal, sinais vitais e exame neurológico. A história de piora rápida, especialmente acompanhada de febre e sinais meníngeos, deve elevar a prioridade do atendimento.

ESSENCIAL • A ausência de sinais meníngeos clássicos não exclui meningite.

10 Exame físico e sinais meníngeos



A avaliação inclui estado geral, sinais vitais, nível de consciência, rigidez cervical e sinais de Kernig e Brudzinski. Esses achados podem apoiar a suspeita, mas não são suficientemente sensíveis para afastar o diagnóstico quando ausentes.

Fundamento e contexto

Exame semiológico

Explicação da aula

A rigidez de nuca e os sinais de Kernig e Brudzinski são apresentados como manobras clássicas de irritação meníngea. Sua interpretação depende de técnica correta, colaboração do paciente e contexto clínico. Nenhuma dessas manobras possui sensibilidade suficiente para descartar meningite quando negativa.

Integração do raciocínio clínico

O exame deve incluir nível de consciência, orientação, pupilas, motricidade, sensibilidade e pesquisa de sinais focais. A avaliação neurológica precisa ser repetida, pois alterações que não estavam presentes na admissão podem surgir durante a evolução.

Aplicação prática

O professor também enfatiza a inspeção da pele e a avaliação cardiorrespiratória. O exame físico não se restringe ao pescoço: sinais de choque, púrpura, dificuldade ventilatória e comprometimento de vias aéreas podem definir a urgência de intervenções paralelas.

ESSENCIAL • O exame deve procurar também déficits focais e sinais de instabilidade sistêmica.

11 Meningococcemia

A infecção meningocócica invasiva pode causar sepse fulminante, petéquias, púrpura, choque e disfunção de múltiplos órgãos. A inspeção completa da pele é parte indispensável da avaliação inicial.

Fundamento e contexto

Doença meningocócica invasiva

Explicação da aula

A meningococcemia corresponde à disseminação sistêmica do meningococo e pode ocorrer com ou sem manifestações meníngeas proeminentes. A aula ressalta a possibilidade de evolução fulminante, com inflamação sistêmica intensa e instabilidade hemodinâmica.

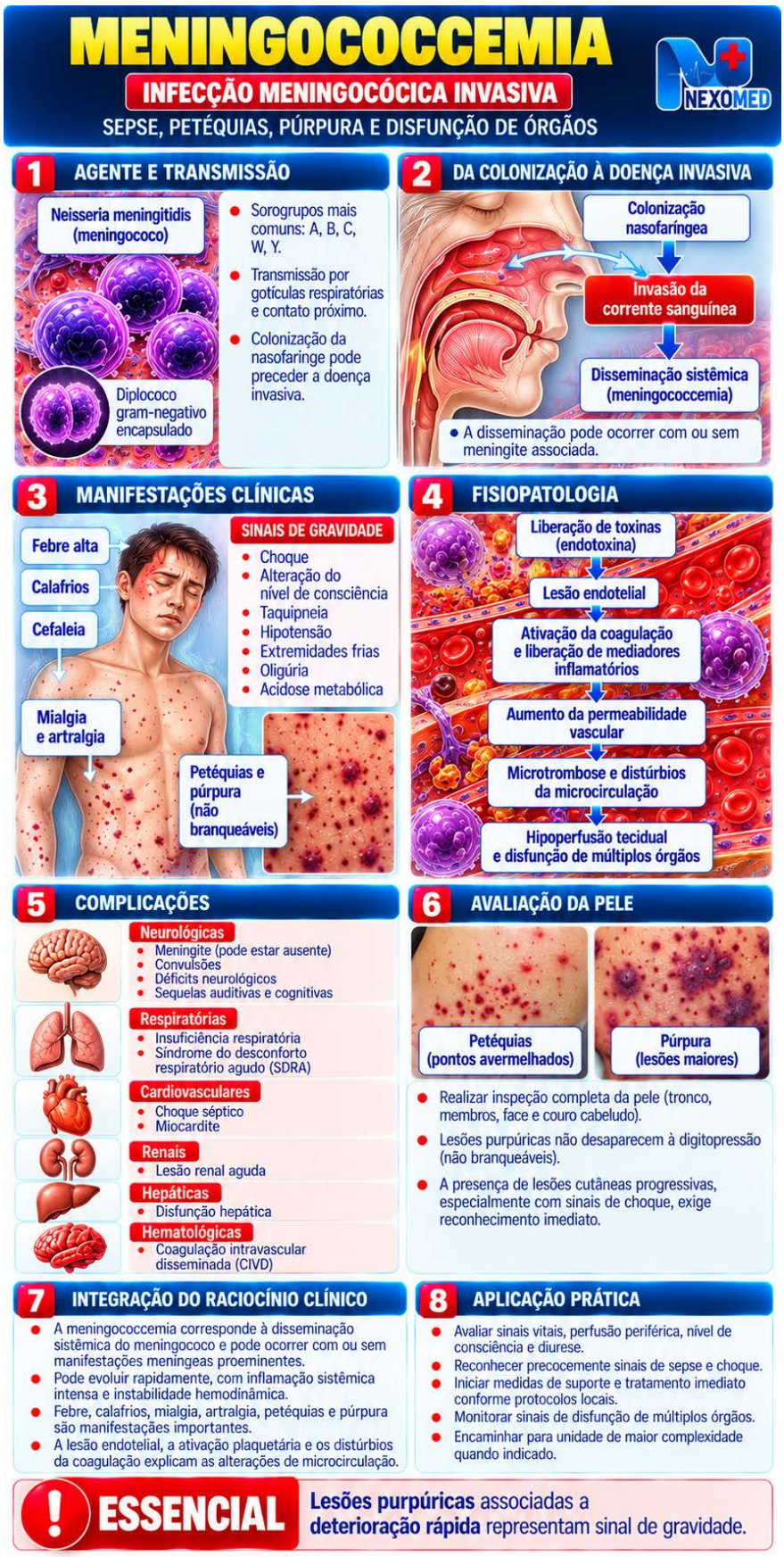
Integração do raciocínio clínico

Febre, calafrios, mialgia, artralgia, petéquias e púrpura são manifestações destacadas. A presença de lesões cutâneas progressivas, especialmente acompanhadas de sinais de choque, exige reconhecimento imediato. O professor explica essas alterações pela lesão endotelial e pelos distúrbios de microcirculação e coagulação.

Aplicação prática

O atendimento deve considerar sepse, disfunção de órgãos e necessidade de suporte avançado. A avaliação da perfusão periférica, da pressão arterial, da consciência e da diurese complementa a inspeção das lesões.

ESSENCIAL • Lesões purpúricas associadas a deterioração rápida representam sinal de gravidade.



12 Diagnósticos diferenciais

Encefalites, abscessos intracranianos, hemorragia subaracnóidea e outras causas infecciosas ou inflamatórias podem produzir apresentações semelhantes. A história clínica e o exame neurológico orientam a investigação.

Fundamento e contexto

Raciocínio diferencial

Explicação da aula

O professor contrapõe meningite e encefalite, lembrando que processos encefálicos podem cursar com confusão, agitação, alteração comportamental e convulsões. A distinção nem sempre é possível no primeiro contato, e pode haver acometimento simultâneo das meninges e do parênquima.

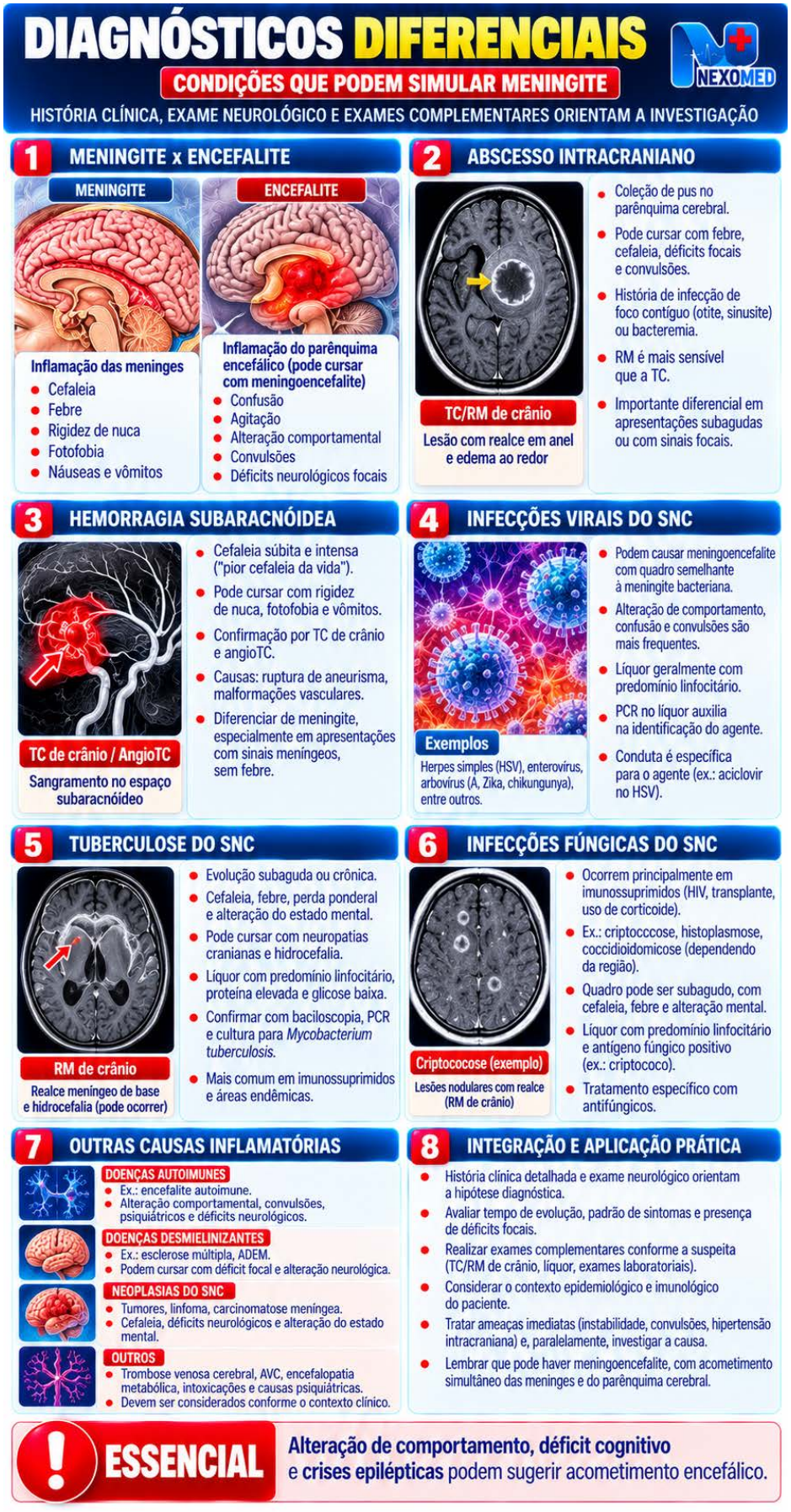
Integração do raciocínio clínico

Além de infecções virais, devem ser considerados processos estruturais e vasculares em apresentações compatíveis: abscesso intracraniano, hemorragia subaracnóidea e outras causas de cefaleia intensa com alteração neurológica. A evolução temporal, os déficits focais e os exames complementares orientam essa investigação.

Aplicação prática

A aula também menciona tuberculose e infecções fúngicas em contextos específicos, especialmente diante de apresentações menos abruptas ou imunossupressão. A abordagem inicial deve ser flexível: tratar ameaças imediatas e, paralelamente, refinar a hipótese etiológica.

ESSENCIAL • Alteração de comportamento, déficit cognitivo e crises epilépticas podem sugerir acometimento encefálico.



13 Investigação laboratorial — Aprofundamento

Quando disponíveis sem atrasar a terapêutica, coletam-se hemoculturas e exames gerais, como hemograma, eletrólitos, glicemia e função renal. A investigação do LCR é central para caracterizar o processo infeccioso.

Fundamento e contexto

Exames que apoiam a decisão

Explicação da aula

A coleta de hemoculturas é destacada na aula porque pode identificar o agente mesmo quando o líquor não está imediatamente disponível. Hemograma, glicemia, eletrólitos e função renal contribuem para avaliar repercussões sistêmicas e planejar o tratamento.

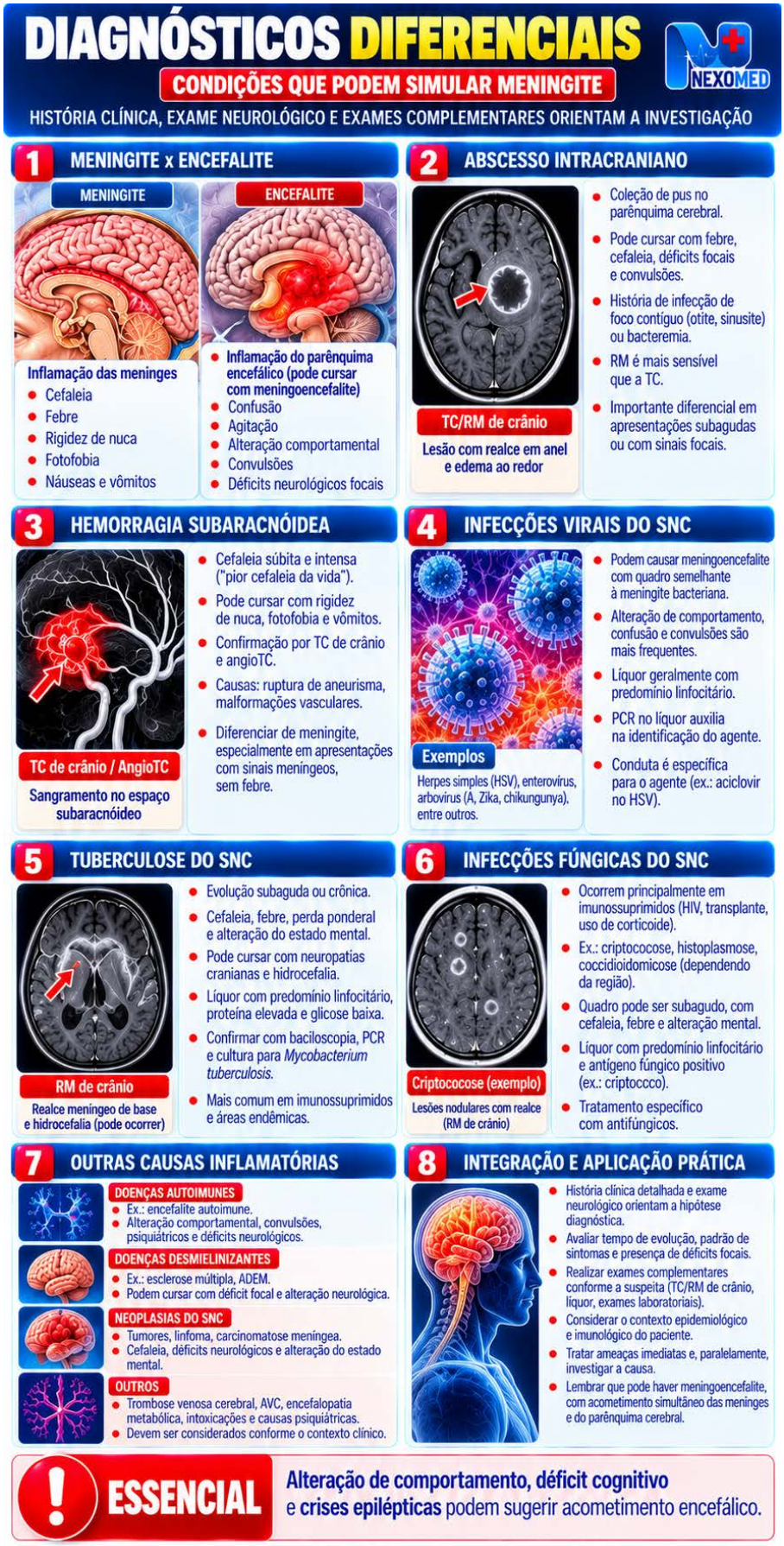
Integração do raciocínio clínico

Esses exames não substituem a análise do LCR, mas ajudam a identificar disfunção orgânica, distúrbios metabólicos e fatores relevantes para escolha ou ajuste de medicamentos. A interpretação deve ser integrada aos sinais vitais e ao exame físico.

Aplicação prática

O professor reforça um princípio operacional: se os exames podem ser colhidos prontamente, devem ser solicitados; se a coleta ou o resultado implicarem atraso importante, a terapêutica de uma suspeita bacteriana relevante deve prosseguir.

ESSENCIAL • A coleta de exames não deve postergar a antibioticoterapia quando há suspeita relevante de meningite bacteriana.



14 Punção lombar e imagem — Aprofundamento



A punção lombar permite avaliar células, proteínas, glicose, bacterioscopia, cultura e testes moleculares. A tomografia não é exame de rotina para todos; sua necessidade antes da punção depende de fatores clínicos de risco.

Fundamento e contexto

Punção lombar e segurança

Explicação da aula

A punção lombar é o exame central para estudo do LCR. A amostra pode ser submetida à contagem celular e diferencial, proteínas, glicose, bacterioscopia, cultura, antibiograma e, quando disponível, métodos moleculares. A aula recomenda técnica asséptica e envio rápido ao laboratório.

Integração do raciocínio clínico

Nem todo paciente deve ser submetido imediatamente à punção. Instabilidade respiratória ou hemodinâmica, suspeita de efeito de massa ou risco de herniação, alterações importantes da coagulação e infecção no local da punção exigem avaliação cuidadosa. Os critérios exatos precisam ser conferidos em protocolo vigente.

Aplicação prática

A tomografia não é obrigatória para todos os pacientes com suspeita de meningite. Quando a avaliação clínica aponta necessidade de neuroimagem antes da punção, a investigação deve ser reorganizada sem postergar indevidamente os antimicrobianos.

ESSENCIAL • Instabilidade cardiorrespiratória, risco de herniação e outras contraindicações exigem priorizar estabilização e tratamento.

15 Interpretação do LCR

Na meningite bacteriana, são comuns pleocitose com predomínio neutrofílico, proteína elevada e glicose reduzida. Nas meningites virais, costuma haver predomínio linfocitário e glicose preservada, com exceções importantes.

Fundamento e contexto

Leitura do perfil liquórico

Explicação da aula

O LCR de meningite bacteriana costuma apresentar pleocitose com predomínio de neutrófilos, elevação de proteínas e redução de glicose, especialmente quando comparada à glicemia sanguínea. O professor utiliza esse conjunto para explicar o consumo metabólico e a resposta inflamatória.

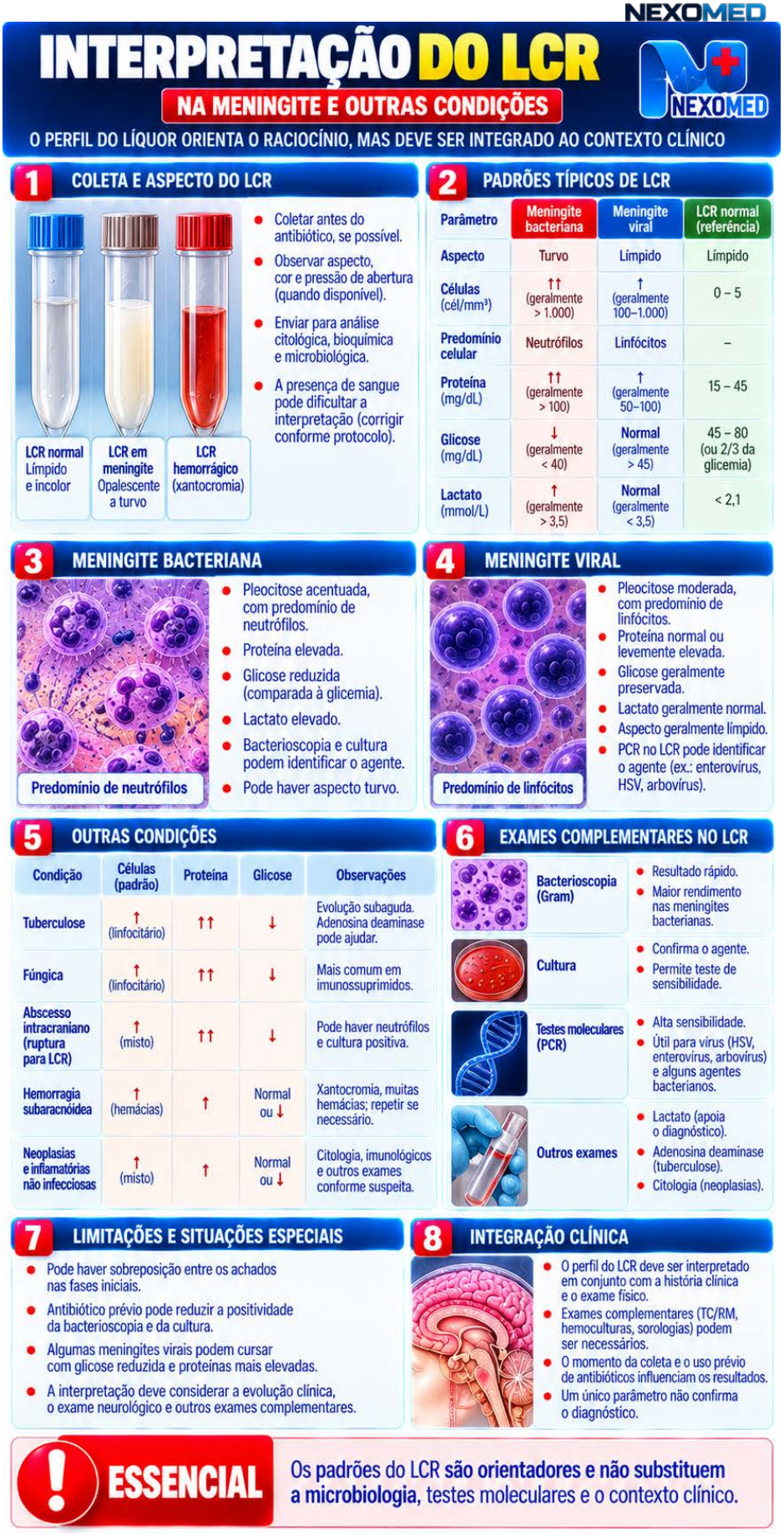
Integração do raciocínio clínico

Nas meningites virais, são frequentes predomínio linfocitário, proteína menos elevada e glicose preservada. Entretanto, existem sobreposições, apresentações iniciais atípicas e outras etiologias que também reduzem a glicose ou elevam proteínas. Por isso, um único parâmetro não determina a causa.

Aplicação prática

Bacterioscopia, cultura e métodos moleculares complementam o perfil bioquímico e citológico. O lactato liquórico também é mencionado como dado adicional quando disponível. A interpretação deve considerar o momento da coleta e eventual antibiótico administrado antes da punção.

ESSENCIAL • Os padrões são orientadores e não substituem microbiologia, testes moleculares e contexto clínico.



16 Tratamento empírico inicial

A aula enfatiza o início imediato da
aguardar exames demorados. Apresent
outros agentes conforme risco e epiden

Fundamento e contexto

Tempo é parte do tratamento

Explicação da aula

A mensagem mais repetida da aula é r
bacteriana. Quando hemoculturas e pu
precoce é desejável; caso contrário, o tr

Integração do raciocínio clínico

A ceftriaxona é apresentada como base
de vancomicina conforme resistência p
Listeria, incluindo adultos mais velhos e

Aplicação prática

O professor ressalta a necessidade de r
A identificação etiológica permite ajust
deve respeitar epidemiologia local, aler

ESSENCIAL • Os esquemas e as dc
tratamento, com ressalvas clínicas sepa



17 Corticoterapia adjuvante

A dexametasona é apresentada como medida adjuvante, idealmente antes ou junto à primeira dose do antibiótico, especialmente quando há suspeita de meningite pneumocócica. A continuidade depende da etiologia e da avaliação clínica.

Fundamento e contexto

Por que discutir dexametasona

Explicação da aula

A aula relaciona o benefício potencial da corticoterapia à redução de parte da resposta inflamatória desencadeada pela infecção bacteriana. O momento de administração é destacado: idealmente antes ou junto à primeira dose do antimicrobiano, quando houver indicação.

Integração do raciocínio clínico

O professor enfatiza o contexto de meningite pneumocócica e discute a diferença de evidências entre agentes etiológicos. A decisão de continuar ou suspender a dexametasona depende de resultados microbiológicos, evolução e recomendações aplicáveis.

Aplicação prática

A corticoterapia é uma medida adjuvante, não substitui antibioticoterapia nem estabilização. A transcrição menciona doses e janelas de administração; essas informações devem ser cotejadas com protocolos atuais, sobretudo quando houver suspeita de outras etiologias, contraindicações ou condições específicas.

ESSENCIAL • Não retardar antibiótico para administrar corticosteroide.



18 Suporte clínico e reavaliação - CHECKLIST



O atendimento inclui ABCDE, monitorização, acesso venoso, avaliação do estado neurológico e hemodinâmico, correção de alterações metabólicas e suporte de órgãos. A hidratação deve ser individualizada e acompanhada de reavaliações frequentes.

Fundamento e contexto

ABCDE e suporte

Explicação da aula

A aula organiza a avaliação inicial pela sequência ABCDE. A: verificar proteção da via aérea e risco de broncoaspiração; B: avaliar ventilação e oxigenação; C: pesquisar hipoperfusão, choque e necessidade de acesso venoso; D: medir estado neurológico; E: examinar o corpo inteiro, incluindo lesões cutâneas.

Integração do raciocínio clínico

O suporte hemodinâmico deve ser individualizado. O professor chama atenção para desidratação decorrente de vômitos e baixa ingestão, mas também para o risco de intervenções inadequadas em pacientes com comprometimento neurológico. Reposição de fluidos e medidas de controle de pressão intracraniana exigem monitorização e reavaliação frequentes.

Aplicação prática

A cabeceira elevada, a prevenção de broncoaspiração, o controle de sintomas e a transferência para ambiente com suporte adequado aparecem como medidas complementares. A discussão de manitol e solução salina hipertônica refere-se a situações graves e não a uma prescrição de rotina.

ESSENCIAL • Suspeita de hipertensão intracraniana e deterioração neurológica exigem medidas emergenciais e suporte especializado.

19 Isolamento e quimioprofilaxia

A aula aborda precauções por gotículas em situações indicadas e quimioprofilaxia de contatos próximos em doença meningocócica, além de situações específicas relacionadas ao Haemophilus influenzae.

Fundamento e contexto

Prevenção de transmissão

Explicação da aula

A aula aborda precauções respiratórias por gotículas em situações de suspeita de doença meningocócica e outras indicações específicas. O uso de máscara cirúrgica e a organização do atendimento são discutidos como medidas para proteger equipe, pacientes e contatos.

Integração do raciocínio clínico

A quimioprofilaxia é direcionada a contatos que preencham critérios epidemiológicos, como convivência domiciliar ou exposição relevante a secreções respiratórias. O simples atendimento sem exposição de risco não equivale automaticamente a indicação de profilaxia.

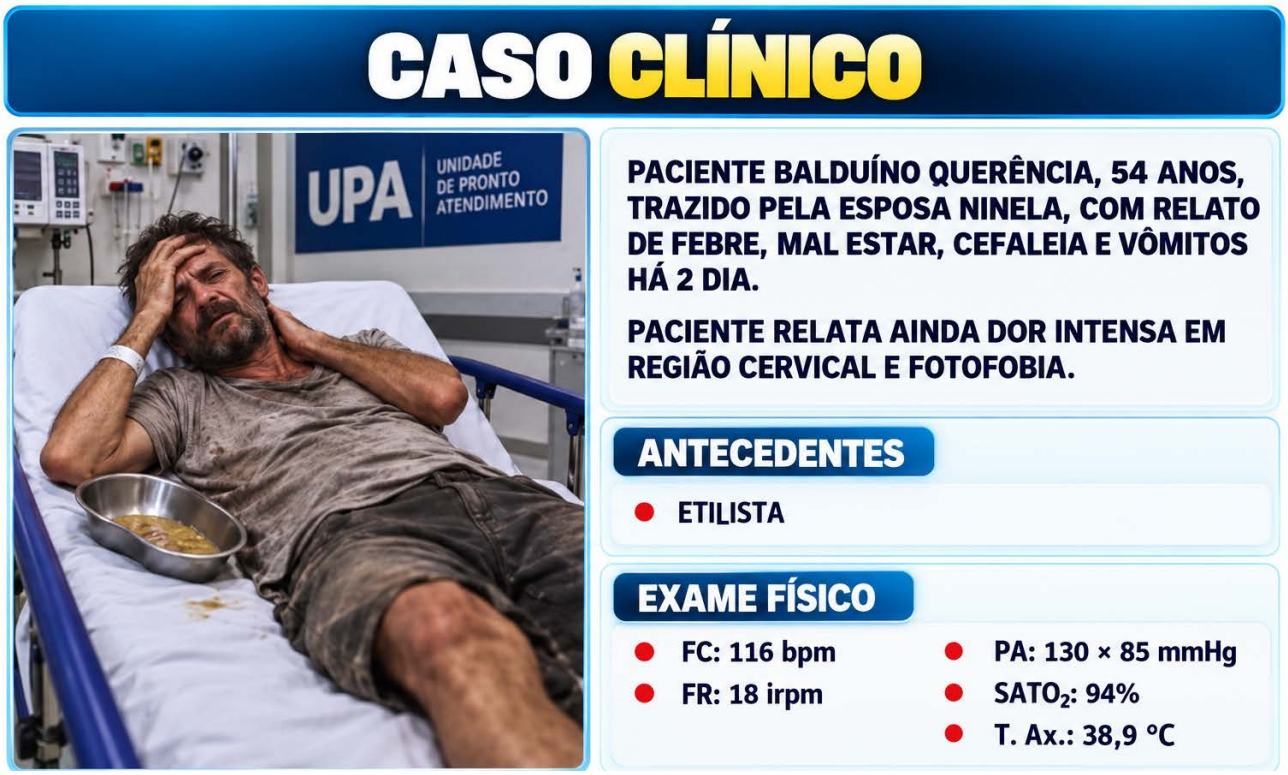
Aplicação prática

O professor apresenta alternativas medicamentosas para contatos e comenta particularidades de Haemophilus influenzae. Como doses, duração e elegibilidade dependem do agente e de protocolos de vigilância, a prescrição deve ser conferida em orientações atualizadas.

ESSENCIAL • A indicação depende do agente, do tipo de exposição e das recomendações vigentes de vigilância epidemiológica.



20 Caso clínico aplicado



Homem de 54 anos, com etilismo importante, apresenta dois dias de febre, cefaleia intensa, vômitos, fotofobia e dor cervical, com piora nas últimas horas. A discussão utiliza a avaliação ABCDE, a investigação do LCR quando segura e o tratamento precoce.

Fundamento e contexto

Aplicação: caso do adulto de 54 anos

Explicação da aula

O caso apresentado envolve homem de 54 anos com consumo crônico importante de álcool, febre, cefaleia intensa, vômitos, fotofobia e dor cervical, com piora nas últimas horas. Na admissão, são descritos taquicardia, temperatura de 38,9 °C e saturação de 94%.

Integração do raciocínio clínico

A discussão percorre o ABCDE, destaca avaliação de vias aéreas e perfusão, examina estado de consciência e pesquisa sinais meníngeos. A suspeita de meningite bacteriana é elevada, mas a etiologia ainda não está confirmada. O fator de risco para Listeria influencia a discussão do tratamento empírico.

Aplicação prática

Quando há condições de segurança e disponibilidade, o professor propõe coleta de LCR e hemoculturas, seguida de tratamento imediato sem aguardar resultados. Também discute analgesia, antiemético, hidratação, monitorização e necessidade de transferência para serviço com suporte especializado.

ESSENCIAL • O caso demonstra a integração entre suspeita clínica, gravidade, exames, antibioticoterapia e encaminhamento.

CASO CLÍNICO



PACIENTE

Paciente balduíno Querência, 54 anos, trazido pela esposa Ninela, com relato de **febre, mal estar, cefaleia e vômitos há 2 dias.**

Paciente relata ainda **dor intensa em região cervical** e **fotofobia.**

EXAMES

HEMOCULTURAS, HMG, Na, K, UREIA, CREATININA, TAP, TGO, TGP

LÍQUOR:

1. Contagem global e diferencial de células
2. Proteínas totais
3. Glicose
4. Bacterioscopia pelo Gram
5. Cultura e antibiograma
6. PCR para N. meningitidis, S. pneumoniae e H. influenzae
7. Painel molecular meningite/encefalite, se disponível

CASO CLÍNICO



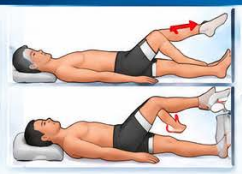
1. DIETA ZERO
2. SF 0,9% 500 ml IV em 20' e ACM
3. SF 0,9% 500 ml IV 6/6h
4. DEXAMETASONA 10 mg IV LENTO 6/6h
5. CEFTRIAXONE 1 g --- 2 FRASCOS (2 g) + SF 0,9% 100 ml IV EM 20' de 12/12 h
6. AMPICILINA 1 g --- 2 frascos (2 g) + SF 0,9% 100 ml IV de 4/4h
7. Dipirona 1 g + AD 8 ml IV lento 6/6h
8. METOCLOPRAMIDA IV / h

21 Checklist final

CHECKLIST E PASSO A PASSO NO MANEJO DAS MENINGITES

1º PASSO: IDENTIFICAR CASO SUSPEITO

CEFALEIA | FEBRE | RIGIDEZ DE NUCA



Sinal de Brudzinski

Sinal de Kernig

- FOTOFOBIA
- VÔMITOS EM JATO (SEM NÁUSEAS PRÉVIAS)
- DOR À MOVIMENTAÇÃO CERVICAL
- PROSTRAÇÃO

EMERGÊNCIA + ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO

GLICEMIA CAPILAR + ECG



- **A** - VIA AÉREA: secreções, vômitos
- **B** - RESPIRAÇÃO: $SATO_2$, FR, ausculta
- **C** - CIRCULAÇÃO: FC, PA, TEC, diurese
- **D** - NEUROLÓGICO: E.C. Glasgow, déficits focais
- **E** - EXPOSIÇÃO

2º PASSO: EXAMES E DIAGNÓSTICO

PUNÇÃO LOMBAR



EXAMES LABORATORIAIS

- 2 HEMOCULTURAS
- HMG
- PCR
- GLICEMIA
- Na, K
- UREIA, CREATININA
- TGO, TGP
- TAP, TTP

DEVE SER REALIZADA O MAIS CEDO POSSÍVEL, PREFERENCIALMENTE ANTES DOS ANTIMICROBIANOS

CONSIDERAÇÃO IMPORTANTE

PUNÇÃO LOMBAR DEVE SER REALIZADA O MAIS CEDO POSSÍVEL, PREFERENCIALMENTE ANTES DOS ANTIMICROBIANOS

CHECKLIST E PASSO A PASSO NO MANEJO DAS MENINGITES

3º PASSO: TRATAMENTO

NÃO ESPERAR TC, RESULTADOS DE EXAMES OU PUNÇÃO LOMBAR ADIADA

SUSPEITA CLÍNICA = ATB IMEDIATO

CEFTRIAXONE



2 g
12/12 h

AMPICILINA



2 g
4/4 h

- > 50 ANOS
- GESTANTES
- IMUNOSSUPRIMIDOS
- ETILISTAS

ADMINISTRAR CORTICOIDE ANTES OU DURANTE A INFUSÃO DO ATB

DEXAMETASONA



10 mg IV
6/6 h
por 4 dias



CABEÇEIRA ELEVADA 30°

HIDRATAÇÃO IV
SF 0,9% 500 ml
8/8 h

SOLUÇÃO HIPEROSMOLAR



NaCl 3%
2 - 5 ml/kg
EV em 10-20'

OU



Manitol 20%
5 ml/kg
EV em 10-15'

QUANDO CONSIDERAR?

- Rápida do Glasgow
- Anisocoria
- Tríade de Cushing
- Sinais radiológicos de herniação cerebral



OUTRAS CONSIDERAÇÕES

- Isolamento respiratório – gotículas por 24h após o início do ATB
- Controle da glicemia capilar
- ECG



QUANDO INDICAR?

- **A** VIA AÉREA – secreções, vômitos
- **B** RESPIRAÇÃO – $SATO_2$, FR, ausculta
- **C** CIRCULAÇÃO – FC, PA, TEC, diurese
- **D** NEUROLÓGICO – E.C. Glasgow, déficits focais
- **E** EXPOSIÇÃO