

Meningite Bacteriana e Viral

Guia completo para manejo emergencial de meningite bacteriana e viral, incluindo antibioticoterapia empírica, corticoterapia, tratamento sintomático e orientações para alta hospitalar.

Paciente típico: Adulto jovem previamente hígido apresentando cefaleia intensa de início agudo, febre alta, náuseas/vômitos, fotofobia e rigidez de nuca. Na meningite bacteriana, evolução rápida com prostração e alteração do sensório. Na meningite viral, quadro mais brando com possibilidade de manejo ambulatorial em casos selecionados.

? Guia rápido

i Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente refere cefaleia intensa de início há \square horas/dias, com piora progressiva, de caráter holocraniano, associada a febre alta ($\square^{\circ}\text{C}$), náuseas, vômitos (\square episódios), fotofobia e rigidez cervical. Relata prostração importante e dificuldade para realizar atividades habituais. Nega trauma craniano recente, uso de drogas ilícitas ou contato com pessoas doentes.

Sintomas associados: fotofobia, fonofobia, vômitos em jato, alteração do sensório (sonolência/confusão mental), eventualmente crises convulsivas.

Nega: trauma cranioencefálico recente, cefaleia prévia com essas características, imunodeficiências conhecidas.

Alergias: nega

Exame físico

REG/BEG, taquicárdico, hipocorado +/-4, febril (Tax: $\square^{\circ}\text{C}$)

Glasgow: \square (meningite bacteriana geralmente com rebaixamento do sensório)

Sinais meníngeos:

- Rigidez de nuca: presente
- Kernig: (baixa sensibilidade/especificidade)
- Brudzinski: (baixa sensibilidade/especificidade)

Ausência de sinais focais neurológicos

Fundo de olho: sem papiledema (avaliar antes de punção lombar se possível)

HD

- Meningite Bacteriana Aguda (suspeita clínica)
- Meningoencefalite Herpética (se alteração cognitiva/convulsões/sinais focais)

Conduta

- Iniciar antibioticoterapia empírica **IMEDIATAMENTE** (não aguardar TC ou punção lombar)
- Dexametasona antes ou junto com primeira dose de antibiótico
- Solicitar TC de crânio se: sinais focais, papiledema, imunodepressão, história de lesão de SNC, crise convulsiva recente, Glasgow < 11
- Punção lombar após TC (se indicada) ou imediatamente se TC não indicada
- Hemograma, PCR, procalcitonina, lactato, função renal, eletrólitos, hemoculturas (2 amostras)
- Analgesia e antitérmicos
- Hidratação venosa
- Internação em CTI ou enfermaria com monitorização
- Afastamento: dias (geralmente internação hospitalar)

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro:

ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA (iniciar **IMEDIATAMENTE**)

01. Ceftriaxona 2g – Diluir em 100mL de SF0,9%, EV, de 12/12h

02. Vancomicina 15-20mg/kg – Diluir em 250mL de SF0,9% ou SG5%, EV, de 12/12h (infusão em 60-120 minutos)

CORTICOTERAPIA (antes ou junto com antibiótico)

03. Dexametasona 10mg (0,15mg/kg) – EV, de 6/6h por 4 dias

ANALGESIA/ANTITÉRMICO

04. Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – Diluir 2mL + 18mL SF0,9%, EV lento, de 6/6h

ANTIEMÉTICO

05. Ondansetrona 8mg – Diluir em 100mL de SF0,9%, EV, de 8/8h, se náuseas/vômitos

HIDRATAÇÃO VENOSA

06. Soro Fisiológico 0,9% 1000mL – EV, □ mL/h (ajustar conforme estado volêmico)

SE CONVULSÕES

07. Fenitoína 20mg/kg – EV em infusão lenta (máximo 50mg/min), dose de ataque, se crises convulsivas

Para casa:

△ □ MENINGITE BACTERIANA REQUER INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Apenas meningites virais não complicadas podem ter alta após estabilização e com seguimento rigoroso.

Se meningite viral com alta programada:

01. Dipirona 500mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, V0, de 6/6h, se dor ou febre

02. Ondansetrona 8mg ————— 10 comprimidos

Tomar 01 comprimido, V0, de 8/8h, se náuseas/vômitos

03. Paracetamol 750mg ————— 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido, V0, de 6/6h, se febre ou cefaleia persistente

Para casa (receituário especial):

△ □ NÃO SE APLICA - Meningite bacteriana requer antibioticoterapia EV hospitalar por 10-14 dias.

Meningite viral geralmente não requer antibioticoterapia.

? NO PRONTO-SOCORRO

- **MANEJO E CUIDADOS INICIAIS**

- **EMERGÊNCIA MÉDICA:** iniciar antibioticoterapia empírica **IMEDIATAMENTE**, sem aguardar TC ou punção lombar
- **Tríade clássica** (presente em apenas 2/3 dos casos): febre + rigidez de nuca + alteração do sensório
- **Cefaleia** é o sintoma mais comum; **febre** é o achado mais prevalente (97% dos casos)
- Na **meningite bacteriana**: 2 de 4 achados (cefaleia, febre, rigidez de nuca, alteração do sensório) presentes em 95% dos casos
- **Sinais de Kernig e Brudzinski NÃO devem ser usados** para confirmar ou excluir meningite bacteriana (baixa sensibilidade/especificidade)
- **TC de crânio antes da punção lombar** se: sinais neurológicos focais, papiledema, imunossupressão, história de lesão de SNC, convulsão recente, Glasgow < 11
- **Contraindicações à punção lombar:** sinais de hipertensão intracraniana grave, lesões expansivas com efeito de massa
- **Colher hemoculturas** (2 amostras) antes de iniciar antibiótico, mas **NÃO** atrasar o tratamento
- **Isolamento respiratório** até 24h após início do antibiótico (meningococo)
- **Notificação compulsória** imediata à vigilância epidemiológica
- **Quimioprofilaxia de contatos** se meningite meningocócica confirmada

- **ANTIBIÓTICO - CEFTRIAXONA (Cefalosporina de 3ª geração)**

- **Prescrição prática:**
 - Ceftriaxona 2g – Diluir em 100mL de SF0,9%, EV, de 12/12h por 10-14 dias
 - Ceftriaxona 1g/frasco – Diluir 01 frasco em 100mL SF0,9%, EV lento em 30 min, de 24/24h (alternativa)
- **Alternativas:**
 - Cefotaxima 2g – Diluir em 100mL SF0,9%, EV, de 6/6h (se ceftriaxona indisponível)
 - Meropenem 2g – Diluir em 100mL SF0,9%, EV, de 8/8h (se alergia a cefalosporinas)
- **Indicações:**
 - Tratamento empírico de meningite bacteriana (cobertura para pneumococo e meningococo)
- **Apresentações:**
 - Frasco-ampola 1g, 2g (pó para reconstituição)
- **Via(s):** EV
- **Cuidados:**
 - Ajustar dose na insuficiência renal grave (ClCr < 10 mL/min): máximo 2g/dia
 - Resistência do *S. pneumoniae* aumentou no Brasil (necessita associação com vancomicina)
 - Pode causar litíase biliar (pseudolitíase) em tratamentos prolongados
 - Avaliar hipersensibilidade a beta-lactâmicos
 - Duração: 10-14 dias para meningococo, 10-14 dias para pneumococo

- **ANTIBIÓTICO - VANCOMICINA (Glicopeptídeo)**

- **Prescrição prática:**

- Vancomicina 15-20mg/kg – Diluir em 250mL de SF0,9%, EV, de 12/12h (infusão em 60-120 min)
- Paciente de 70kg: Vancomicina 1000-1400mg – Diluir em 250mL SF0,9%, EV, de 12/12h

- **Alternativas:**

- Linezolida 600mg – Diluir em 300mL SF0,9%, EV, de 12/12h (se resistência ou intolerância)

- **Indicações:**

- Cobertura para pneumococo resistente à penicilina/cefalosporinas
- Obrigatória em esquema empírico devido ao aumento de resistência no Brasil

- **Apresentações:**

- Frasco-ampola 500mg, 1000mg (pó para reconstituição)

- **Via(s):** EV

- **Cuidados:**

- **INFUSÃO LENTA** obrigatória (mínimo 60 min) para evitar síndrome do homem vermelho
- Ajustar dose na insuficiência renal
- Monitorar vancocinemia (vale: 15-20 mcg/mL)
- Nefrotóxico e ototóxico (monitorar função renal e audição)
- Associar com ceftriaxona (nunca em monoterapia para meningite)
- Duração: 10-14 dias

- **ANTIBIÓTICO - AMPICILINA (Penicilina)**

- **Prescrição prática:**

- Ampicilina 2g – Diluir em 100mL de SF0,9%, EV, de 4/4h por 21 dias

- **Indicações:**

- Adicionar ao esquema empírico se **idade > 60 anos** ou **imunossuprimido** (cobertura para *Listeria monocytogenes*)

- **Apresentações:**

- Frasco-ampola 1g, 2g (pó para reconstituição)

- **Via(s):** EV

- **Cuidados:**

- Ajustar na insuficiência renal
- Duração prolongada: 21 dias para *Listeria*
- Avaliar hipersensibilidade à penicilina

- **ANTIVIRAL - ACICLOVIR**

- **Prescrição prática:**

- Aciclovir 10mg/kg/dose – Diluir em 100-250mL de SF0,9%, EV, de 8/8h por 14-21 dias
- Paciente de 70kg: Aciclovir 700mg – Diluir em 100mL SF0,9%, EV lento (60 min), de 8/8h
- **Indicações:**
 - **Meningoencefalite herpética** (suspeita clínica: confusão mental, convulsões, sinais focais)
 - Iniciar empiricamente se forte suspeita, aguardar resultado de PCR para HSV no LCR
- **Apresentações:**
 - Frasco-ampola 250mg, 500mg (pó para reconstituição)
- **Via(s):** EV
- **Cuidados:**
 - **Infusão lenta** obrigatória (mínimo 60 minutos) para evitar cristalização renal
 - Garantir hidratação adequada durante infusão
 - Nefrotóxico (monitorar função renal, ajustar dose se ClCr < 50 mL/min)
 - Iniciar precocemente (primeiras 48h) para melhor prognóstico
 - Duração: 14-21 dias
 - Pode ser suspenso se PCR HSV negativo e quadro inconsistente

• CORTICOSTEROIDE - DEXAMETASONA

- **Prescrição prática:**
 - Dexametasona 10mg (0,15mg/kg/dose) – EV, de 6/6h por 4 dias
 - Dexametasona 4mg/mL – 2,5mL (10mg), EV, de 6/6h por 4 dias
- **Alternativas:**
 - Hidrocortisona 200mg – EV, de 6/6h (se dexametasona indisponível)
- **Indicações:**
 - **Meningite bacteriana:** reduz mortalidade e sequelas neurológicas (comprovado para pneumococo)
 - **Administrar minutos antes ou junto com primeira dose de antibiótico**
- **Apresentações:**
 - Ampola 4mg/mL (2,5mL), frasco-ampola 10mg
- **Via(s):** EV | IM
- **Cuidados:**
 - **CRÍTICO:** administrar antes ou junto com antibiótico (não após)
 - Manter por **4 dias completos**
 - Suspender se cultura identificar germe não pneumocócico ou cultura negativa
 - Eficácia comprovada apenas para pneumococo
 - Contraindicações: sepse fúngica, tuberculose sem tratamento
 - Monitorar glicemia (hiperglicemia)

• ANALGÉSICO / ANTITÉRMICO - DAPIRONA

- **Prescrição prática:**

- Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – Diluir 2mL (1g) + 18mL SF0,9%, EV lento (5-10 min), de 6/6h
- Dipirona 500mg/mL – 2mL + 8mL SF0,9%, IM profundo, de 6/6h (se acesso venoso difícil)

- **Alternativas:**

- Paracetamol 1g – Diluir em 100mL SF0,9%, EV, de 6/6h
- Tramadol 50mg (1mL) – Diluir em 100mL SF0,9%, EV, de 8/8h (cefaleia refratária)

- **Indicações:**

- Controle de cefaleia intensa e febre
- Conforto do paciente durante investigação/tratamento

- **Apresentações:**

- Ampola 500mg/mL (2mL), frasco-ampola 1g

- **Via(s):** EV | IM | Oral

- **Cuidados:**

- Evitar em alérgicos a pirazolonas
- Risco de agranulocitose (raro)
- Hipotensão se infusão rápida EV
- Dose máxima: 4g/dia
- Diluir adequadamente para via EV

- **ANTIEMÉTICO - ONDANSETRONA**

- **Prescrição prática:**

- Ondansetrona 8mg – Diluir em 100mL de SF0,9%, EV, de 8/8h, se náuseas/vômitos
- Ondansetrona 4mg/2mL – 01 ampola (4mg), EV direto lento, de 8/8h (dose menor)

- **Alternativas:**

- Metoclopramida 10mg – EV, de 8/8h (evitar se alteração do sensório)
- Bromoprida 10mg – IM, de 8/8h

- **Indicações:**

- Náuseas e vômitos associados à meningite
- Vômitos em jato (hipertensão intracraniana)

- **Apresentações:**

- Ampola 4mg/2mL, 8mg/4mL

- **Via(s):** EV | IM | Oral

- **Cuidados:**

- Pode prolongar intervalo QT
- Dose máxima: 32mg/dia
- Ondansetrona preferível a metoclopramida em meningite (menos efeitos extrapiramidais)

- **ANTICONVULSIVANTE - FENITOÍNA**

- **Prescrição prática:**

- Fenitoína 20mg/kg – Diluir em SF0,9%, EV em infusão lenta (máximo 50mg/min), dose de ataque
- Paciente de 70kg: Fenitoína 1400mg – Diluir em 500mL SF0,9%, EV em bomba de infusão (50mg/min)
- **Alternativas:**
 - Levetiracetam 1000-1500mg – EV, de 12/12h (alternativa moderna, sem necessidade de monitorização)
 - Fenobarbital 10mg/kg – EV lento (segunda linha)
- **Indicações:**
 - Crises convulsivas associadas à meningite/meningoencefalite
 - Profilaxia de convulsões em meningoencefalite herpética
- **Apresentações:**
 - Ampola 250mg/5mL (50mg/mL)
- **Via(s):** EV
- **Cuidados:**
 - **Infusão LENTA** obrigatória (máximo 50mg/min; em idosos: 25mg/min)
 - Monitorar ECG durante infusão (risco de arritmia)
 - Diluir APENAS em SF0,9% (precipita em glicose)
 - Não administrar IM (necrose tecidual)
 - Monitorar fenito inemia (nível terapêutico: 10-20 mcg/mL)

• HIDRATAÇÃO VENOSA

- **Prescrição prática:**
 - Soro Fisiológico 0,9% 1000mL – EV em bomba de infusão, 83mL/h (2000mL/24h)
 - Ajustar volume conforme estado volêmico, débito urinário e sinais de desidratação
- **Indicações:**
 - Manutenção da perfusão cerebral
 - Reposição de perdas por febre, vômitos
 - Evitar desidratação que pode piorar hipertensão intracraniana
- **Via(s):** EV
- **Cuidados:**
 - **EVITAR hiperhidratação** (pode piorar edema cerebral)
 - Monitorar balanço hídrico rigorosamente
 - Evitar soluções hipotônicas (SF0,45%, SG5%) que podem piorar edema cerebral
 - Preferir SF0,9% ou Ringer Lactato
 - Ajustar se sinais de hipertensão intracraniana (restrição hídrica pode ser necessária)

? PARA CASA

⚠ **IMPORTANTE:** Meningite bacteriana **sempre requer internação hospitalar** com antibioticoterapia EV por 10-14 dias. Alta não está indicada no pronto-socorro.

Meningite viral não complicada pode ter alta após estabilização clínica, líquido compatível, e exame neurológico normal, com seguimento rigoroso ambulatorial.

• ANALGÉSICO / ANTITÉRMICO

- **Prescrição:** Dipirona 500mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 6/6h, se dor ou febre, por 7 dias
- **Indicações:** Controle de cefaleia e febre residuais (meningite viral)
- **Apresentações:** Comprimidos 500mg
- **Posologia:** 1 comprimido VO de 6/6h ou 8/8h
- **Cuidados:**
 - Evitar em alérgicos a pirazolonas
 - Dose máxima: 4g/dia (8 comprimidos)
 - Tomar com alimentos se desconforto gástrico
- **Alternativa(s):**
 - Paracetamol 750mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 6/6h, se dor ou febre

• ANTIEMÉTICO

- **Prescrição:** Ondansetrona 8mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, se náuseas ou vômitos, por 5 dias
- **Indicações:** Náuseas e vômitos residuais
- **Apresentações:** Comprimidos 4mg, 8mg; comprimidos orodispersíveis 4mg, 8mg
- **Posologia:** 1 comprimido de 8mg VO de 8/8h
- **Cuidados:**
 - Não exceder 24mg/dia
 - Pode causar constipação
 - Preferir comprimido orodispersível se náuseas importantes
- **Alternativa(s):**
 - Metoclopramida 10mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, antes das refeições

• ANALGÉSICO ADJUVANTE (se cefaleia persistente)

- **Prescrição:** Paracetamol 750mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 6/6h, se dor persistente, por 7 dias
- **Indicações:** Cefaleia residual pós-meningite viral
- **Apresentações:** Comprimidos 500mg, 750mg
- **Posologia:** 750mg VO de 6/6h
- **Cuidados:**
 - Dose máxima: 4g/dia
 - Hepatotóxico em altas doses ou uso prolongado

- Evitar álcool durante uso
- Ajustar dose em hepatopatas

- **☐☐☐☐⁴ Orientações ao paciente**

Sinais de alerta - RETORNAR IMEDIATAMENTE ao pronto-socorro se:

- Piora da cefaleia ou febre alta persistente
- Vômitos incoercíveis
- Confusão mental, sonolência excessiva ou dificuldade para acordar
- Convulsões
- Rigidez de nuca que piora
- Manchas avermelhadas/roxas na pele (petéquias)
- Qualquer sinal neurológico novo (fraqueza, alteração visual, fala arrastada)

Recuperação esperada:

- Meningite viral: melhora progressiva em 7-10 dias
- Cefaleia residual leve pode persistir por 2-3 semanas
- Fadiga pode durar várias semanas
- Retornar a atividades gradualmente

Restrições de atividades:

- Repouso relativo nos primeiros 7-10 dias
- Evitar atividades físicas intensas por 2-3 semanas
- Evitar exposição prolongada ao sol
- Retorno ao trabalho/escola: após avaliação médica (geralmente 2-3 semanas)
- Evitar dirigir se houver tontura ou sonolência residual

Recomendações gerais:

- Hidratação oral abundante (2-3 litros/dia)
- Alimentação leve e fracionada
- Ambiente calmo, com pouca luz (fotofobia residual)
- Evitar álcool durante uso de medicações
- Compressas frias na testa podem aliviar cefaleia

Seguimento ambulatorial:

- Retorno em consulta de neurologia em 7-14 dias
- Levar resultado do Líquor e exames realizados
- Vacinação: verificar status vacinal (meningococo, pneumococo) após recuperação
- Contatos próximos devem ser avaliados para quimioprofilaxia se meningite bacteriana confirmada

? CID-10:

- **G00.9:** Meningite bacteriana não especificada
- **G00.0:** Meningite por Haemophilus influenzae
- **G00.1:** Meningite pneumocócica
- **G03.0:** Meningite não-piogênica (viral)
- **A87.9:** Meningite viral não especificada

Revision #3

Created 12 September 2025 02:09:00 by Heric

Updated 17 October 2025 15:19:41 by Heric