

## DESCRIPCIÓN DE LAS MENINGITIS INGRESADAS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA.

S. Hernández Cáceres, I. Margherita Sánchez\*, A. Montesdeoca Melián, A. Alaoui Sosse, M. Mateos Durán.

Hospital Universitario de Canarias

Ofra s/n, La Laguna 38320 687237757 [isabellamargherita@gmail.com](mailto:isabellamargherita@gmail.com)

*Introducción y objetivos:* entre el 85 y 95% de las meningitis agudas son virales y no necesitan tratamiento específico, siendo manejadas mayoritariamente de forma ambulatoria. Sin embargo un 4-6% está causado por bacterias y conlleva un elevado riesgo de sufrir secuelas neurológicas o incluso de fallecer. En nuestro país, a pesar de la disminución de su incidencia gracias al uso de distintas vacunas conjugadas, la meningitis bacteriana sigue siendo un importante problema de salud en la población infantil. Al no existir en nuestra provincia una vacunación sistemática contra neumococo, nos ha resultado de interés analizar la etiología de esta terrible enfermedad en nuestra población, además de describir su incidencia, las manifestaciones clínicas, el tratamiento más empleado y las secuelas generadas en niños de nuestra área de salud.

*Métodos:* estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se han seleccionado los pacientes en edad pediátrica (29 días - 14 años) que ingresaron en el Hospital Universitario de Canarias con el diagnóstico de meningitis entre enero de 2005 y diciembre 2010. Se excluyeron los portadores de catéteres de derivación de líquido cefalorraquídeo. Seleccionamos variables clínicas, analíticas y microbiológicas diversas, siendo analizadas con el paquete estadístico SPSS 15.0

*Resultados:* se describe un total de 83 casos con una incidencia estimada de 12 casos por año por cada 100.000 habitantes, la mayoría de ellos varones. La edad media de presentación fue de 5 años. El 47% del total presentó una clínica de más de 48 horas de evolución, con signos meníngeos en el 80% de los casos. La etiología bacteriana se confirmó en el 7,2% de los pacientes (4 *S. pneumoniae*, 1 *N. meningitidis* y 1 *S. aureus*), siendo la puntuación de Boyer mayor a 2 puntos sólo en los casos de meningitis neumocócicas. Recibieron antibioterapia previa al ingreso el 21% de los pacientes. Todos los pacientes con meningitis bacteriana ingresaron en cuidados intensivos, además de un 10% de las no bacterianas. El 50% de los niños con meningitis neumocócica falleció, quedando el otro 50% con secuelas neurológicas graves. El 75% de los pacientes con infección por *S. Pneumoniae* estaba correctamente vacunado contra éste germen. El tratamiento antibiótico empírico de elección en el 58% de los casos fue cefotaxima en monoterapia, seguido de su asociación con vancomicina (19%). Todas las bacterias aisladas eran sensibles a la terapia antimicrobiana empleada.

*Conclusiones:* *S. pneumoniae* continúa siendo un productor de meningitis en nuestro medio, aunque su incidencia ha disminuido a pesar de no existir cobertura vacunal total. Las meningitis no bacterianas que ingresan lo hacen por afectación del estado general. La pauta antibiótica empírica más usada fue cefotaxima en monoterapia ajustándose la sensibilidad de los patógenos aislados, a la antibioterapia empírica usada.

SOLICITADO..ORAL