

INFECCIONES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DE ORIGEN COMUNITARIO

SÍNDROME	ETIOLOGIAS MÁS FRECUENTES	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO EMPÍRICO
MENINGITIS BACTERIANA AGUDA⁵	<ul style="list-style-type: none"> - 14-50 años: <i>S.pneumoniae</i>, <i>N.meningitidis</i>, <i>H.influenzae</i>. - >50 años: + <i>Listeria</i> - Inmunodeprimidos (ID): + Enterobacterias 	PUNCIÓN LUMBAR y LCR¹ (gram +/- PCR múltiple urgente, bioquímica y cultivo) + HEMOCULTIVOS (siempre) ⁴ +/- TAC CRANEO²	CEFTRIAXONA 2 GRAMOS/IV/12H + AMPICILINA 2 GRAMOS/IV/4H (si >50 años o ID) SIEMPRE: DEXAMETASONA 10mg/IV/6h (antes de ATB o con la 1ª dosis) 4 días
MENINGITIS LINFOCITARIA⁵	- Sin consumo de glucosa: VIRUS (VHS)	PUNCIÓN LUMBAR y LCR¹ (gram +/- PCR virus herpes-enterovirus, bioquímica y cultivo) + HEMOCULTIVOS (siempre) ⁴ +/- TAC CRANEO²	ACICLOVIR 10MG/KG/IV/8H (valorar asociar tratamiento antimicrobiano empírico si sospecha clínica)
	- Con consumo de glucosa: TBC, <i>Brucella</i> , otros (<i>Listeria</i>)	PUNCIÓN LUMBAR y LCR¹ (gram y cultivo micobacterias +/- PCR <i>M.Tuberculosis</i> , ADA, bioquímica) + HEMOCULTIVOS (siempre) ⁴ +/- TAC CRANEO	SI PCR <i>M.Tuberculosis</i> positiva RIMSTAR® (Isoniacida + Rifampicina + Pirazinamida + Etambutol) ajustado a peso
MENINGITIS EN PACIENTE CON VIH AVANZADO (mal control con linfocitos CD4<200)	- TBC, <i>Cryptococcus neoformans</i>	PUNCIÓN LUMBAR y LCR¹ (Todo lo anterior + Ag <i>Cryptococcus</i> en LCR y suero, tinta china, cultivo y PCR <i>M.Tuberculosis</i>) + HEMOCULTIVOS (siempre) ⁴ +/- TAC CRANEO²	CEFTRIAXONA 2 GRAMOS/IV/12H + AMPICILINA 2 GRAMOS/IV/4H +/- cobertura de infecciones oportunistas
ABSCESO CEREBRAL ÚNICO	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Streptococcus spp.</i>, anaerobios - Inmunodeprimidos (ID): <i>Listeria</i>, <i>Nocardia</i>, hongos 	TAC o RMN CRÁNEO + HEMOCULTIVOS (siempre) ⁴ Valorar drenaje quirúrgico ³	CEFOTAXIMA 200MG/Kg/IV/día (en 4 dosis) + METRONIDAZOL 1500MG/IV/24H⁶ Si ID: + COTRIMOXAZOL 15-20mg/Kg/día (4 dosis) Si edema cerebral: DEXAMETASONA 4mg/IV/6h
ABSCESOS CEREBRALES MÚLTIPLES	<ul style="list-style-type: none"> - Hematógenos (bacteriemia, endocarditis, cardiopatías, etc): <i>S.aureus</i>, <i>Streptococcus spp</i>, <i>Listeria</i>, Enterobacterias. - Otros: <i>Nocardia</i>, TBC, <i>Actinomyces</i>, <i>Criptococcus</i>,... 	TAC o RMN CRÁNEO + HEMOCULTIVOS (siempre) ⁴ Estudio en función de sospecha clínica (consultar con Enfermedades Infecciosas)	EN FUNCIÓN DE SOSPECHA ETIOLÓGICA - Si estabilidad clínica y neurológica: valorar demorar antibioterapia - Si deterioro o sepsis: CEFOTAXIMA 200MG/Kg/IV/día (en 4 dosis) + METRONIDAZOL 1500MG/IV/24H⁶ + COTRIMOXAZOL 15-20mg/Kg/día (4 dosis)

¹AVISAR A BUSCA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA de GUARDIA para priorizar estudio y diagnóstico etiológico. ²TAC CRANEO: si alteración nivel de conciencia, focalidad neurológica, HT intracraneal, convulsiones, sinusitis u otitis. ³DRENAJE QUIRURGICO SI: >3 cm, presencia de gas, fosa posterior, adyacente a ventrículo, no mejoría con tratamiento médico conservador). ⁴Hemocultivos SIEMPRE (si es posible antes de inicio de antibioterapia). ⁵COMUNICAR SOSPECHA MENINGITIS A MEDICINA PREVENTIVA. ⁶Efecto post-antibiótico muy largo por lo que para facilitar la posología recomendamos dosis única de 1500 mg/IV/24h.

INFECCIONES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DE ORIGEN NOSOCOMIAL

SÍNDROME	ETIOLOGIAS MÁS FRECUENTES	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO EMPÍRICO
<p>MENINGITIS POST-QUIRÚRGICA O VENTRICULITIS ASOCIADA A VÁLVULAS DE DERIVACIÓN</p> <p>(NO INDICADA ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTES CON FISTULA LCR +/- DRENAJES VENTRICULARES O LUMBARES EXTERNOS SIN EVIDENCIA DE MENINGITIS)</p>	<p>- <i>Staphylococcus spp.</i>, Enterobacterias, <i>Pseudomonas aeruginosa</i></p>	<p>PUNCIÓN LUMBAR y LCR¹ (gram +/- PCR múltiple urgente con panel ampliado a etiología nosocomial, bioquímica y cultivo) + HEMOCULTIVOS (siempre)⁴ +/- TAC CRANEO</p>	<p>VANCOMICINA 30mg/Kg/día (en 2-3 dosis) ²⁺ CEFTAZIDIMA 2 GRAMOS/IV/8H ³</p> <p>EN VDVP valorar externalizar catéter distal y/o sustituir por derivación externa temporal.</p> <p>ESTEROIDES de forma individualizada</p> <p>Si evolución desfavorable valorar terapia intratecal (<i>consultar con enfermedades infecciosas</i>)</p>
<p>ABSCESO CEREBRAL O EMPIEMA POST-QUIRÚRGICO</p>	<p>- <i>Staphylococcus spp.</i>, Enterobacterias, <i>Pseudomonas aeruginosa</i></p>	<p>TAC o RMN CRÁNEO SIEMPRE valorar drenaje quirúrgico previo al inicio de antibioterapia</p>	<p>VANCOMICINA 30mg/Kg/día (en 2-3 dosis) ²⁺ CEFTAZIDIMA 2 GRAMOS/IV/8H ³</p>

¹AVISAR A BUSCA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA de GUARDIA para priorizar estudio y diagnostico etiológico. ²Sustituir vancomicina por LINEZOLID 600MG/12H en caso de insuficiencia renal. ³Sustituir ceftazidima por MEROPENEM 2GRAMOS/IV/8h en caso de sepsis o shock séptico. ⁴Hemocultivos SIEMPRE (si es posible antes de inicio de antibioterapia).

DURACIÓN DE LA ANTIBIOTERAPIA

Es posible completar pauta VÍA ORAL a partir del 5º-7º día siempre que el paciente se encuentre estable, tolere vía oral y tengamos opciones orales con buena biodisponibilidad en SNC (consultar con enfermedades infecciosas)

Meningitis por <i>S.pneumoniae</i>	- 10-14 días	Meningitis por <i>Listeria</i>	21 días
Meningitis por <i>N.meningitidis</i>, <i>H.influenzae</i>	- 7 días	Encefalitis herpética	14 días (Si inmunodepresión: 21 días)
Meningitis asociada a dispositivos de derivación	- 21 días	Absceso o empiema	Empiema epidural: 4 semanas desde drenaje quirúrgico Empiema subdural o abscesos: 6 semanas desde drenaje quirúrgico ** En todos los casos: hasta 8 semanas si osteomielitis asociada.