

PROTOCOLO INGRESO SÍNDROME MENINGOENCEFALÍTICO. 2025.

Dra. Pérez Sola.

DEFINICIÓN / CONCEPTOS RELEVANTES:

- *Síndrome meníngeo es el conjunto de síntomas y signos (cefalea, vómitos, fiebre, rigidez de nuca y alteración de la conciencia) secundarios a un proceso inflamatorio, generalmente infeccioso, en las leptomeninges (piamadre y aracnoides) que envuelven al cerebro y la médula espinal, formando el espacio subaracnoideo. Cuando hay afectación del parénquima cerebral se denomina meningoencefalitis (crisis convulsivas generalizadas o focales, afectación de nervios craneales o aparición de síntomas focales).*

CRITERIOS DE PASO A SILLONES

- No indicado.

CRITERIOS DE OBSERVACIÓN:

- Todo paciente con sospecha de síndrome meníngeo debe ingresar en el área de Observación del servicio de Urgencias hasta su confirmación diagnóstica.

CRITERIOS DE VALORACION POR UCI:

- Enfermos con alteración importante del estado de conciencia, crisis convulsivas, disfunción cardiorrespiratoria o sepsis.

CRITERIOS CLINICOS DE INGRESO EN PLANTA:

- Los pacientes con absceso cerebral y absceso epidural espinal deben ingresar en el servicio de Neurocirugía (**ACTO DE FÉ**)
- Todos los pacientes con diagnóstico de meningoencefalitis requieren ingreso hospitalario en planta, salvo los indicados previamente con criterios de ingreso en UCI.

CRITERIOS DE CALIDAD DE HOSPITALIZACION:

- Historia completa con tratamientos previos con descripción de evolución en Urgencias, especialmente terapéuticas aplicadas.
- Complementarios mínimos descritos:
 - Analítica general (HM con fórmula y recuento leucocitario; BQ con glucosa, urea, creatinina, iones, PCR y procalcitonina; estudio de coagulación).
 - Estudio de LCR: glucosa, celularidad (fórmula y recuento), proteínas, ADA, tinción de Gram y PCR para meningitis bacterianas; antígenos capsulares si el paciente estaba tomando ATB.
 - Si se sospecha meningitis vírica: PCR para enterovirus, VHS tipo 1 y 2, VVZ, VEB, serologías del Virus Toscana y del Nilo occidental, de ser negativos los anteriores.
 - Hemocultivos y cultivo de LCR.
 - Serología VIH.
 - Rx PA y Lateral de Tórax.
 - TAC craneal
- En ningún caso la realización de la prueba de imagen demorará el inicio del tratamiento antimicrobiano.

Hallazgos en el LCR en las meningitis bacterianas y meningitis virales

	NORMAL	MENINGITIS BACTERIANAS	MENINGOENFALITIS VIRALES
Presión de apertura	5-19.5 cm H2O.	>20 cm H2O.	Normal o mín. elevación 10-1.000 cel/mm3 (34% PMNn) 50-100 mg/dL.
Recuento celular	< 5cel/mm3 (15% PMNn) 15-50 mg/dL.	1.000-10.000 cel/mm3 (86% PMNn) 100-500 mg/dL.	Normal o 20-40 mg/dL.
Proteínas	45-80 mg/dL.	<20-40 mg/dL.	Normal.
Glucosa	>0.5	<0.4	Normal ó mín. elevación 10-1.000 cel/mm3 (34% PMNn) 50-100 mg/dL.
Relación glucosa LCR/plasma	< 5cel/mm3 (15% PMNn) 15-50 mg/dL	>20 cm H2O	Normal o 20-40 mg/dL.

- Conceptos básicos terapéuticos al ingreso:
 - Con la sospecha clínica de meningitis bacteriana hay que iniciar de manera inmediata tratamiento antibiótico empírico y administrar corticoides si están indicados, incluso antes de realizar la TAC y punción lumbar. El retraso en comenzar la terapia y la elección inadecuada de los antibióticos son causas importantes de mortalidad y secuelas.
 - Cuando los datos clínicos o el análisis del LCR sugieran el diagnóstico de encefalitis herpética, debe iniciarse inmediatamente el tratamiento con aciclovir.
 - En el 5-10% de los casos, el cuadro clínico de la encefalitis herpética remeda el de una meningitis bacteriana grave, por lo que en estas situaciones se recomienda incluir el aciclovir como tratamiento empírico inicial hasta que la punción lumbar o los estudios microbiológicos confirmen el origen bacteriano.
 - Medidas generales:
 - Dieta absoluta.
 - Suero glucosalino o fisiológico 1500-2000 ml/24h. No se debe hidratar en exceso, especialmente si existe hipertensión intracraneal. Evitar las soluciones con alta proporción de agua libre como la solución glucosada.
 - Tratar la fiebre (medios físicos y antitérmicos)
 - Si se sospecha meningitis meningocócica hay que aislar al paciente hasta que transcurran 24h del inicio del tratamiento antibiótico.
 - Profilaxis de contactos: Rifampicina 600 mg/12h durante 2 días, ciprofloxacino 500-750 mg dosis única.
 - Tratamiento Antibiótico:
 - Debe iniciarse inmediatamente si se tiene la sospecha diagnóstica, por lo que la realización de la TAC craneal no deber retrasar el inicio del tratamiento.
 - Tras la extracción de las muestras de sangre para hemocultivos, se administra una dosis de corticoides (Dexametasona 10 mg/6h durante los primeros 4 días) seguida del antibiótico elegido.
 - Meningitis viral aguda:
 - Tratamiento sintomático.
 - Meningitis por VHS-2 y VVZ puede tratarse con aciclovir iv, aunque su uso es controvertido en paciente inmunocompetente.
 - Meningitis bacteriana:
 - Tratamiento empírico:

TRATAMIENTO EMPÍRICO

Debe realizarse teniendo en cuenta la tinción de Gram, y en el caso de no tenerla, los gérmenes más probables en relación con la edad y factores predisponentes.

Ver guía prioam: <http://guiaprioam.com/>

EDAD	ETIOLOGÍA	ANTIBIÓTICO EMPÍRICO
Neonatos y lactantes < 3 meses.	Streptococcus spp. grupo B, E. coli, L. monocytogenes.	Ampicilina + Meropenem.
14– 50 años.	S. pneumoniae, N. meningitidis.	Cefotaxima o Ceftriaxona (± Vancomicina).
>50 años.	S. pneumoniae, N. meningitidis, L. monocytogenes, bacilos gramnegativos.	Cefotaxima o Ceftriaxona+ Ampicilina (± Vancomicina).

FACTORES PREDISPONENTES	ETIOLOGÍA	ANTIBIÓTICO EMPÍRICO
Sinusitis, otomastoiditis.	S. pneumoniae, H. influenzae, N. meningitidis, bacilos gramnegativos.	Cefotaxima o Ceftriaxona (± Vancomicina)1.
Inmunosupresión y pacientes oncológicos.	S. pneumoniae, L. monocytogenes, bacilos gramnegativos.	Cefotaxima o Ceftriaxona+ Ampicilina (± Vancomicina).
Esplenectomía, alcoholismo, cirrosis.	S. pneumoniae, H. influenzae, N. meningitidis.	Cefotaxima o Ceftriaxona (± Vancomicina).

FACTORES PREDISPONENTES	ETIOLOGÍA	ANTIBIÓTICO EMPÍRICO
Traumatismo craneal.	S. pneumoniae, H. influenzae, S. pyogenes.	Traumatismo craneal.
Post-neurocirugía.	Staphylococcus spp., bacilos gramnegativos nosocomiales.	Ceftazidima o Cefepima o Meropenem + Vancomicina.
Asociadas a shunts.	Staphylococcus spp., bacilos gramnegativos nosocomiales, P. acné.	Ceftazidima o Cefepima o Meropenem + Vancomicina.
Fistula de LCR.	S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus, S. epidermidis, bacilos gramnegativos.	Meropenem o Cefepima o Ceftazidima + Vancomicina.

TINCIÓN GRAM	ETIOLOGÍA	ANTIBIÓTICO EMPÍRICO
Diplococos GP	S. pneumoniae.	Cefotaxima o Ceftriaxona (± Vancomicina).
Cocos grampositivos en cadena	S. aureus, S. epidermidis.	Cloxacilina y/o Vancomicina ± Rifampicina.

TINCIÓN GRAM	ETIOLOGÍA	ANTIBIÓTICO EMPÍRICO
Cocobacilos gramnegativos.	H. influenzae.	Cefotaxima o Ceftriaxona.
Diplococos gramnegativos.	N. meningitidis.	Cefotaxima o Ceftriaxona.
Bacilos gramnegativos.	H. influenzae y otros bacilos gramnegativos.	Meropenem o Cefepima o Ceftazidima.

[Portada](#)
[Índice](#)
[Información](#)
[Descargas](#)
[Contacto](#)

* En caso de duda de estar ante una meningoencefalitis viral, sobre todo por el virus del herpes simple (VHS), añadir aciclovir a dosis de 10 mg/kg/8h diluido en 250 ml de suero fisiológico a pasar en 60 minutos hasta establecer un diagnóstico definitivo.

* En los pacientes con meningitis causada por Meningococo, Haemophilus o virus de la parotiditis, se deben adoptar medidas de aislamiento de contacto y gotas, y mantenerlo hasta 24h tras el inicio de un tratamiento antibiótico efectivo.

Avda. Dra. Ana Parra, s/n
04600 Huércal-Overa (ALMERIA)
Teléfono: 950 02 90 00

- Encefalitis:
 - Encefalitis herpética (VHS-1) es la más frecuente
 - Aciclovir 10-15 mg/kg/8h iv durante 2-3 semanas.
 - En casos graves en que exista lesión cerebral expansiva y edema cerebral puede ser útil la administración de corticoides (dexametaxona 10 mg/6h)

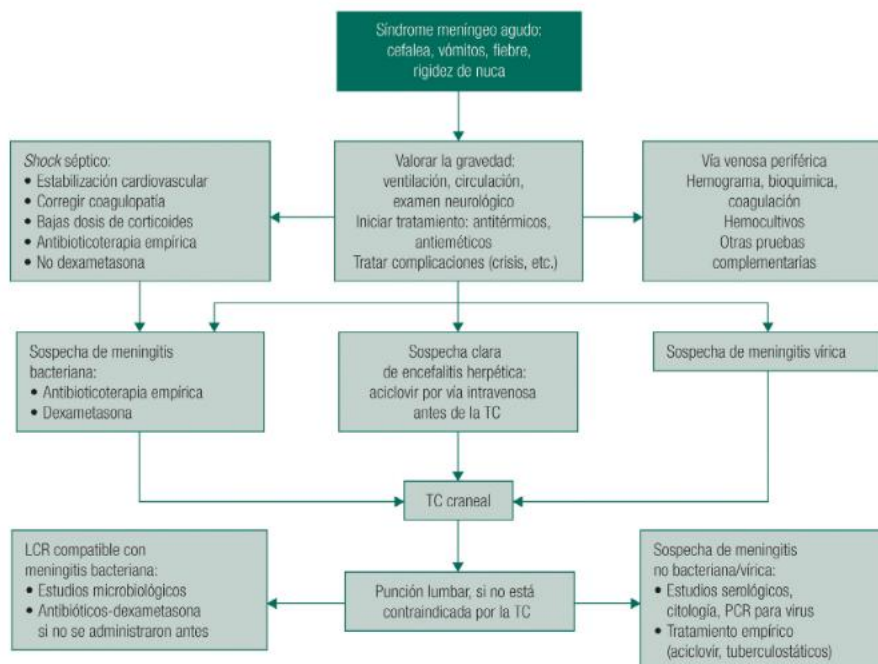


Figura 66.1 Diagnóstico del síndrome meníngeo agudo en urgencias.

CRITERIOS DE SEGURIDAD DE TRANSFERENCIA DESDE AREA DE URGENCIAS A HOSPITALIZACIÓN:

- Situación clínica, constantes, parámetros previos a la transferencia: Fiebre o dolor controlado con medicación. No inestabilidad hemodinámica ($SO_2 > 92\%$, $PAS > 90$, $FC < 100$, $FR < 25$).
- Transferencia con oxígeno y monitorización de saturación, Equipo de transferencia no abandona al enfermo hasta recepción por personal de planta. Facilitar acompañante.
- Aislar si: Si se sospecha meningitis meningocócica hay que aislar al paciente hasta que transcurran 24h del inicio del tratamiento antibiótico.

CRITERIOS DE TRASLADO A HOSPITAL DE REFERENCIA:

- Los pacientes con absceso cerebral y absceso epidural espinal deben ingresar en el servicio de Neurocirugía

CRITERIOS DE ALTA DESDE URGENCIAS Y DESTINO (En ausencia de criterios de ingreso):

- No procede.

BIBLIOGRAFIA:

- *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*, 7.ª ed., de F. Javier Montero Pérez y Luis Jiménez Murillo. 2023.
- Manual Clínico de Urgencias. HUVR (<https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias/manual-clinico-de-urgencias/>)