

# Meningitis aguda

Es una carrera contra el reloj: el error que mata no es la punción, es esperar a hacerla para dar el antibiótico. Hemocultivos, dexametasona y antibiótico YA; la TC y la PL no deben retrasarlo.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·  
@davidrojas\_medicinainterna

Basado en: manual práctico OMS 2026 de diagnóstico, tratamiento y cuidado de la meningitis y guías IDSA/ESCMID.

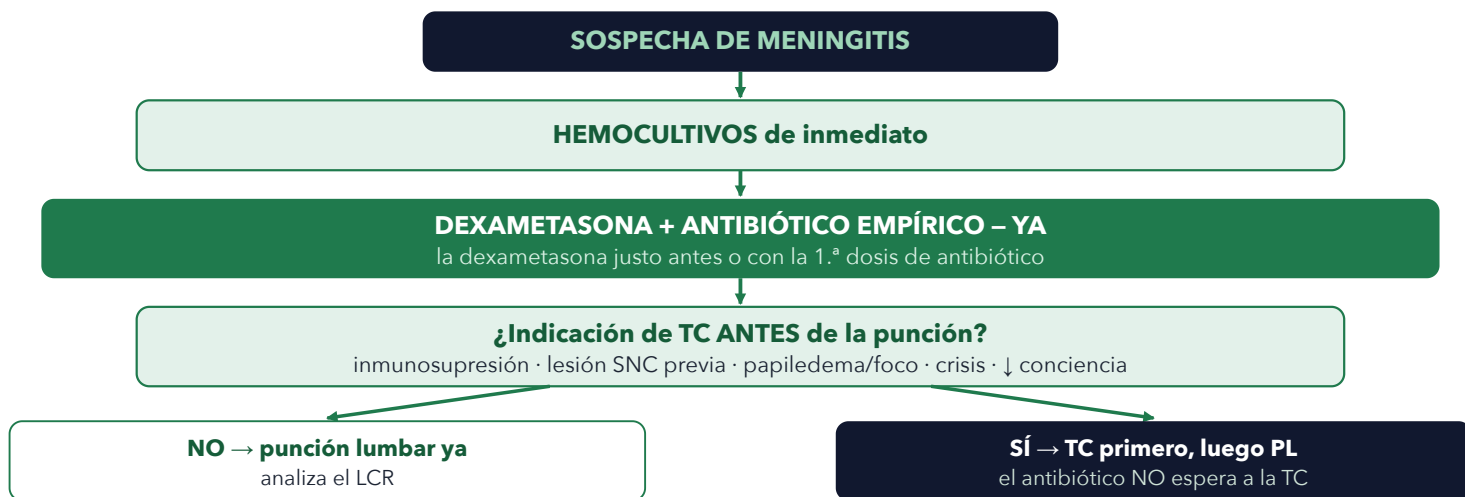
- 01 Sospecha y presentación
- 02 Secuencia de emergencia
- 03 ¿TC antes de la punción?
- 04 Interpretar el LCR
- 05 Dexametasona
- 06 Antibiótico empírico
- 07 Gérmenes por grupo
- 08 Viral y profilaxis de contactos
- 09 Complicaciones y secuelas
- 10 Pistas y mímicos
- 11 Dosis empíricas rápidas
- 12 Lo que sí funciona
- 13 Para llevar a la guardia

## 01 Sospecha y presentación

### CAJA DE DECISIÓN

Sospéchala ante **fiebre + cefalea + rigidez de nuca + alteración del estado mental** (la tétrada completa es poco frecuente, pero casi todos tienen al menos 2). Busca **petequias/púrpura** (meningococo), signos de Kernig/Brudzinski (poco sensibles) y datos de hipertensión intracraneal. En el anciano/inmunocomprometido puede presentarse solo con **confusión**.

## 02 Secuencia de emergencia



Secuencia de emergencia recreada por Sala-7 (OMS 2026 · IDSA). El orden lo dice todo: no retrases el antibiótico por la imagen ni la punción.

## 03 ¿TC antes de la punción lumbar?

### EL ERROR QUE MATA

Pide **TC antes de la PL** solo si hay: **inmunosupresión, lesión/EVC del SNC previa, papiledema o déficit focal, crisis convulsiva nueva o deterioro de la conciencia**. PERO en cualquier caso: **hemocultivos + dexametasona + antibiótico ANTES** de salir a la TC. **Nunca** esperes la imagen o la punción para dar el antibiótico.

## 04 Interpretar el LCR

LCR	Bacteriana	Viral	TB / hongos
Células	↑↑ (cientos-miles)	↑ (decenas-cientos)	↑ (cientos)
Predominio	<b>Neutrófilos</b>	<b>Linfocitos</b>	<b>Linfocitos</b>
Glucosa	<b>Baja</b> (LCR/sérica < 0.4)	Normal	<b>Baja</b>
Proteínas	Muy altas	Normal/alta	Muy altas

## 05 Dexametasona

### LO QUE CAMBIA LA PRÁCTICA

**Dexametasona 10 mg c/6 h** iniciada **con (o justo antes de) la primera dosis de antibiótico** –y nunca después de 12 h de ella– reduce las secuelas (sobre todo hipoacusia) y la mortalidad en la meningitis por **neumococo** y **H. influenzae**. **Suspéndela** si el cultivo descarta una causa bacteriana en la que beneficie.

### CUÁNDO NO DAR EL CORTICOIDE (OMS 2026)

**No administres dexametasona** si **no se ha descartado malaria cerebral** (donde es posible) o si es probable una **meningitis criptocócica** (persona con **VIH avanzado**). Tampoco se recomienda en el **neonato**. Si no hay dexametasona, usa **hidrocortisona** o **metilprednisolona** a dosis equivalente.

## 06 Antibiótico empírico

- **Adulto inmunocompetente: ceftriaxona 2 g c/12 h + vancomicina** (cubre neumococo resistente y meningococo).
- **> 50 años, embarazo o inmunocompromiso:** añade **ampicilina 2 g c/4 h** para cubrir **Listeria**.
- **Sospecha de encefalitis viral (HSV):** añade **aciclovir 10 mg/kg c/8 h**.
- Ajusta al Gram/cultivo y a la epidemiología local; trauma/neurocirugía → cubre estafilococo y gramnegativos.

## 07 Gérmenes por grupo

Grupo	Gérmenes típicos
Adulto (la mayoría)	<b>S. pneumoniae</b> y <b>N. meningitidis</b>
> 50 años / inmunocomprometido / embarazo	+ <b>Listeria monocytogenes</b> (de ahí la ampicilina)
Trauma craneal / neurocirugía / derivación	Estafilococo, gramnegativos

## 08 Viral y profilaxis de contactos

- **Meningitis viral** (enterovirus la más común): LCR linfocítico con glucosa normal; manejo de **soporte**, buen pronóstico. Distínguela de la **encefalitis** (alteración del contenido de la conciencia → cubre HSV con aciclovir).
- **Profilaxis de contactos en meningococo:** a los **contactos cercanos** (convivientes, exposición a secreciones): **rifampicina, ciprofloxacino o ceftriaxona**. Notifica a salud pública.
- Vacunación según riesgo (neumococo, meningococo, Hib).

## 09 Complicaciones y secuelas

- **Agudas:** hipertensión intracraneal, **crisis convulsivas**, hidrocefalia, infarto por vasculitis o trombosis venosa, ventriculitis e hiponatremia (SIADH).
- **Secuelas:** **hipoacusia neurosensorial** (la más frecuente – el motivo de la dexametasona), déficit cognitivo, epilepsia y déficit focal.
- **Mortalidad alta**, sobre todo por **neumococo** y en mayores o inmunocomprometidos. Da seguimiento auditivo y neurológico.

## 10 Pistas y mímicos

- **Petequias/púrpura + fiebre + choque** → **meningococemia / púrpura fulminante:** antibiótico de inmediato y soporte agresivo.
- **Meningismo + fiebre no siempre es meningitis:** considera **hemorragia subaracnoidea** (cefalea en trueno, xantocromía), **absceso cerebral/empiema subdural** (foco, efecto de masa) y **encefalitis** (cubre HSV con aciclovir).
- Si no responde o evoluciona raro, **repite la punción** y reconsidera el diagnóstico.

## 11 Dosis empíricas rápidas (adulto)

Fármaco	Dosis
Ceftriaxona	<b>2 g IV c/12 h</b>
Vancomicina	<b>15-20 mg/kg IV c/8-12 h</b> (carga + ajuste por niveles; neumococo resistente)
Ampicilina (si Listeria)	<b>2 g IV c/4 h</b> (> 50 años, embarazo, inmunocompromiso)
Dexametasona	<b>10 mg IV c/6 h x 4 días</b> (con/antes de la 1.ª dosis)
Aciclovir (si HSV)	<b>10 mg/kg IV c/8 h</b>

Ajusta a la función renal y al cultivo/Gram; desescala en cuanto tengas el germen.

### LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST MENINGITIS

- ✓ Secuencia: **hemocultivos → dexametasona + antibiótico YA → (TC si indicada) → PL.**
- ✓ **El antibiótico NO espera** a la TC ni a la punción.
- ✓ TC antes de PL solo si: inmunosupresión, lesión SNC, papiledema/foco, crisis, ↓ conciencia.
- ✓ Empírico: **ceftriaxona + vancomicina**; + **ampicilina** si > 50/inmunocomp (Listeria); + **aciclovir** si HSV.
- ✓ **Dexametasona** con/antes del antibiótico (beneficio en neumococo).
- ✓ LCR: **neutrófilos + glucosa baja = bacteriana**; profilaxis a contactos en meningococo.

### PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- El error que mata es **esperar la PL/TC para dar el antibiótico.**
- Orden: **hemocultivos → dexametasona + antibiótico → TC (si indicada) → PL.**
- Empírico: **ceftriaxona + vancomicina** (+ ampicilina si > 50/inmunocomp; + aciclovir si HSV).
- **Neutrófilos + glucosa baja** en LCR = bacteriana.
- Meningococo → **profilaxis a contactos cercanos** y notificación.