



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**DR. LOPEZ MONTES EDWIN YOANI**  
**MAYDELIN GALVEZ ARGUETA**  
**NEUROLOGIA**  
**FLASHCARD**  
**2 PARCIAL**  
**6 SEMESTRE**  
**TAPACHULA, CHIAPAS**

# EPILEPSIA EN EL ADULTO



TRASTORNO CEREBRAL QUE SE CARACTERIZA POR UNA PREDISPOSICIÓN PARA GENERAR CRISIS EPILÉPTICAS Y LAS CONSECUENCIAS NEUROBIOLÓGICAS, COGNITIVAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DE ESTA CONDICIÓN.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE EPILEPSIA:

- AL MENOS 2 CRISIS REFLEJAS CON UNA DIFERENCIA >24HRS ENTRE UNA CRISIS Y OTRA.
- UNA CRISIS REFLEJA Y UNA PROBABILIDAD DE PRESENTAR UNA CRISIS DURANTE LOS 10 AÑOS SIGUIENTES.
- EL DIAGNÓSTICO DE UN SÍNDROME EPILÉPTICO.



## EPIDEMIOLOGÍA

1. ES EL TRASTORNO CEREBRAL GRAVE MÁS COMÚN EN EL MUNDO.
2. NO DISTINGUE EDAD, RAZA Y NACIONALIDAD
3. 3.9 POR CADA 1000 HABITANTES.
4. 70% PUEDEN CONTROLARSE CON EL TX FARMACOLÓGICO ADECUADO.



CRISIS EPILÉPTICA ES UN EVENTO TRANSITORIO CON SIGNOS Y SÍNTOMAS SECUNDARIOS A UNA ACTIVIDAD NEURONAL CEREBRAL ANORMAL, EXCESIVA O SINCRÓNICA.

## CLASIFICACIÓN

- GENERALIZADAS: CE TÉCNICA CLÓNICA, AUSENCIA (TÍPICA, ATÍPICA, AUSENCIA CON CARACTERÍSTICAS ESPECIALES) (LÓNICA, TÓNICA, ATÓNICA Y MIOCLÓNICA)
- FOCALES: SIN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ALERTA
- DESCONOCIDA: CONVULSIONES NEONATALES



EL EEG NO SE DEBE UTILIZAR COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO AISLADO DE EPILEPSIA. SE DEBE UTILIZAR PARA AYUDAR A DETERMINAR TIPO DE CRISIS EPILÉPTICAS Y SÍNDROME DE EPILEPSIA.



## DIAGNÓSTICO

### ¡CLÍNICO!

PUEDEN SER REALIZADO EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS CON BASE EN: INTERROGATORIO Y EN EL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE.

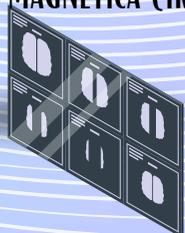
ANAMNESIS: OBTENER DATOS CLÍNICOS  
EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

### ¡IMAGEN!

OBJETIVO INICIAL IDENTIFICAR ALTERACIONES ESTRUCTURALES DE UN DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO O SINDROMÁTICO.

TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS SON:

- TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC)
- IMAGEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA (IRM)



## TRATAMIENTO

### TX CE NO PROVOCADA

PRESENCIA DE CE AGUNA SE RECOMIENDA LA ADMINISTRACIÓN DE FAE

- CBZ, LEV, PHT, VPA POR VÍA INTRAVENOSA U ORAL.

### TX CE GENERALIZADA

EL VPA ES EL FÁRMACO ANTIEPILEPTICO DE ELECCIÓN EN TODOS LOS TIPOS DE CE GENERALIZADA. SÍ ES INEFICAZ O MAL TOLERADA OFRECER: LGT, TPM O VPA COMO TERAPIA ADJUNTA

### TX CE

TÓNICO-CLONICAS, MIOCLONICAS, AUSENCIAS

VPA

TX PARA EMBARAZO FAE.



### TX CE FOCALES

LA EVIDENCIA REFIERE EL USO DE

- CBZ, LEV, PHT Y ZNS COMO FÁRMACOS DE ELECCIÓN EL TX INICIAL EN MONOTERAPIA PARA ADULTO
- LTG Y GBP SON TX DE ELECCIÓN PARA ADULTOS MAYORES QUE PRESENTAN CE FOCALES

- LA TC ES DE ELECCIÓN EN: CONTRAINDICACIONES DE IRM, PERIODO POSQUIRÚRGICO Y EN EL ÁREA DE URGENCIA.
- LA IRM ES IMPORTANTE EN PACIENTES QUE TIENEN SUGERENCIA DE INICIO FOCAL DE LAS CE EN LA HISTORIA, EXAMEN O EEG.

MAYDELIN GALVEZ ARGUETA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA EN EL ADULTO EN PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. GUÍA DE EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES : GPC MÉXICO: SECRETARÍA DE SALUD, CENETEC. 02/JULIO/2015

# MENINGITIS BACTERIANA

LA MENINGITIS BACTERIANA AGUDA ES EL PRODUCTO DE LA PRESENCIA DE BACTERIAS EN EL ESPACIO SUBARACNOIDEO, CON UN REACCIÓN INFLAMATORIA QUE COMPROMETE AL PARÉNQUIMA CEREBRAL Y MEMBRANAS



## FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGÍA:

- LA INTEGRIDAD DE LA BARRERA HEMATOENCEFÁLICA SE VE COMPROMETIDA DIRECTA (TRAUMATISMO) O INDIRECTAMENTE (PERMEABILIDAD AUMENTADA EN RESPUESTA A INFLAMACIÓN/INFECCIÓN).
- LOS MICROORGANISMOS SE REPLICAN A UN NIVEL QUE UNA TÍPICA RESPUESTA INMUNE NO PUEDE CONTENER.
- LOS MICROORGANISMOS ATRAVIESAN LA BARRERA HEMATOENCEFÁLICA A TRAVÉS DE VARIOS MECANISMOS LA MÁS COMÚN ES:
- DISEMINACIÓN HEMATÓGENA



## EPIDEMIOLOGÍA

1. EL 80% DE LOS CASOS DE MENINGITIS SE PRODUCEN EN LA INFANCIA. PRINCIPALMENTE EN NIÑOS < 10 AÑOS.

MENINGITIS BACTERIANA: TIPO MÁS COMÚN EN NEONATOS.

- STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE: ES LA PRINCIPAL CAUSA DE MENINGITIS ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LOS NIÑOS
- S. PNEUMONIAE Y N. MENINGITIDIS AISLADOS EN EL 80% DE LOS CASOS.
- LA VACUNACIÓN CONTRA LOS AGENTES CAUSANTES HA DISMINUIDO LA INCIDENCIA EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD, EXCEPTO EN LOS LACTANTES NO INMUNIZADOS < 1 MES DE EDAD

## GRUPO DE EDAD:

- MENORES DE 3 MESES - STREPTOCOCCUS AGALATIAE, ENTEROBACTERIAS, LISTERIA MONOCYTOGENES.
- ENTRE 3 MESES Y 5 AÑOS: NEISSERIA MENINGITIDIS, HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B.
- ENTRE 5 Y 20 AÑOS: NEISSERIA MENINGITIDIS, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE
- ENTRE 20 Y 55 AÑOS: STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS

## FACTORES DE RIESGO

DEPENDE DEL AGENTE CAUSAL.

EN CASOS DE MENINGITIS NEUMOCÓCICA OCURRE EN PACIENTES CON :

- NEUMONÍA
- OTITIS MEDIA AGUDA
- SINUSITIS AGUDA

LOS GRUPOS CON MAYOR RIESGO INCLUYEN:

- PACIENTES DE EDAD AVANZADA
- FUMADORES
- DIABÉTICOS
- ALCOHÓLICOS
- RINORREA DE LCR



LOS AGENTES MÁS FRECUENTES AISLADOS SON: STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE Y NEISSERIA MENINGITIDIS.

LOS BACIOS GRAM NEGATIVOS :

E. COLI, KLEBSIELLA, ENTEROBACTER, Y P. AERUGINOSA CONTRIBUYEN EN MENOS DEL 10% DE LOS CASOS

HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B ES UNA CAUSA MENOS FRECUENTE DEBIDO A LA INMUNIZACIÓN UNIVERSAL

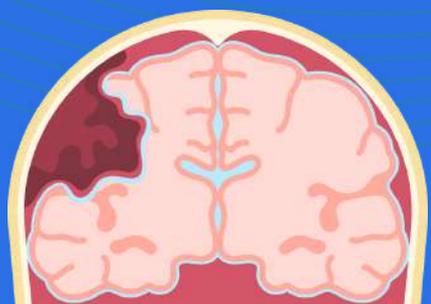
## QUIMIOPROFILAXIS CONTRA MENINGOCOCO

RIFAMPICINA - 600MG C/12HRS POR 2 DÍAS  
CIPROFLOXACINO 500MG/DOSIS UNICA

CEFTRIAXONA 250MG A 1G INTRAMUSCULAR O ENDOVENOSO/ UNICA DOSIS

ESQUEMA A LOS CONTACTOS CERCANOS A LOS PX CON DIAGNOSTICO O SOSPECHA:

# MENINGITIS BACTERIANA



## ADULTOS:



TRIADA CLÁSICA :

CEFALEA

FIEBRE.

RIGIDEZ DE CUELLO.

ALTERACIONES DEL ESTADO MENTAL. + FC

MENINGITIS BACTERIANA AGUDA 95%.

1. NEUMOCÓCICA 58%.

2. MENINGOCÓCICA 27%.

## NIÑOS:

· FIEBRE · VÓMITOS · CEFALEA · FOTOFOBIA

· CONFUSIÓN · RIGIDEZ DE CUELLO · TETANIA.

· PETEQUIAS Y PÚRPURA (N. MENINGITIDIS)

· SIGNOS DE KERNIG Y BRUDZINKS

## DIAGNOSTICO CLÍNICO:



1. SE BASA EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA.

1. COMO EN UN EXAMEN DEL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO DESPUES DE UNA PUNCIÓN LUMBAR.

## LACTANTES:

FIEBRE (SIEMPRE HACE SOSPECHAR UNA MENINGITIS).

· FONTANELA ABULTADA (20% DE LOS PACIENTES)

· IRRITABILIDAD/LETARGO

· LLANTO EXCESIVO

· ASPECTO TÓXICO

· HIPOTERMIA.



## DIAGNOSTICO POR PUNCIÓN LUMBAR:

Criterio	Normal	Meningitis bacteriana	Meningitis viral Meningoencefalitis	Meningitis tuberculosa
Apariencia	Claro	Turbio, purulento	Claro	Claro, turbio
Presión de apertura (mmH <sub>2</sub> O)	<180	>180	>180	>180
Leucocitos (cel/mm <sup>3</sup> )	#3 0-5	1000-10 000	5-1000	25-500
Neutrófilos (%)	#2 0-15	>60	<20	<50
Proteínas (g/dL)	15-50	>50	<100	>50
Glucosa (mg)	#1 45-81	<45	45-81	<45
Relación glucosa LCR/plasma	0.6	<0.3	>0.5	<0.5

LAS CONTRAINDICACIONES PARA REALIZA LA PUNCIÓN LUMBAR

SON:

LA PRESENCIA DE SIGNOS DE INCREMENTO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL. INFECCIÓN LOCAL DE LA AGUJA. EVIDENCIA DE HIDROCEFALIA O HERNIACIÓN CEBREBRAL

## TRATAMIENTO

### ALGORITMO

### DE DIAGNOSTICO:

TINCIÓN DE GRAM DE LCR

PROTEÍNA C REACTIVA SÉRICA O EN LCR

PROCALCITONINA

REACCIÓN EN CADENA DE POLIMERASA ( PCR)

MANEJO CON ESTEROIDES:

DEXAMETASONA A 0.15 MG/KG- ANTES 10-20 MIN O

CON LA PRIMERA DOSIS DEL TX.

TX DE ELECCIÓN - 1 CEFTRIAXONA 2 GR IV C

712-24HRS

ALERGICOS A PENICILINA: 1- VANCOMICINA A

60MG/KG/25HR.

RESISTENTE A PENICILINA: VANCOMICINA MÁS

CEFTRIAXONA.

MAYDELIN GALVEZ ARGUETA