



**Universidad Del Sureste**

**Campus Comitán**

**Licenciatura en Medicina Humana**



**Tema:**

**Infografía sobre “Meningitis”**

**Alumna:**

**Anzueto Aguilar Mónica Monserrat.**

**Grupo: A**

**Grado: 6°**

**Materia:**

**“Enfermedades infecciosas”**

**Docente:**

**Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo**

Comitán de Domínguez, Chiapas a 22 de abril de 2024.

La meningitis es la inflamación de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal; sus agentes causales pueden ser bacterias, parásitos, hongos, virus, ciertos medicamentos o tumores. El 80% es causada por *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*.

Tiene una tasa de letalidad del 5-20% y aproximadamente el 20-40% de las personas presentan secuelas. La prevención consta de la vacunación y de profilaxis antibiótica.

Puede presentarse en cualquier grupo de edad, sin embargo, tanto pediátricos como en personas mayores son grupos de riesgo; otros factores son la neumonía, otitis media, sinusitis aguda, diabéticos, alcohólicos, el uso de drogas y antecedentes de fistulas en el LCR.

Y en algunas circunstancias son más frecuentes algunos agentes infecciosos, por ejemplo, en el embarazo: *Listeria monocytogenes*.

En México el 90% de los casos son causados por una infección vírica, y el segundo más frecuente es el virus del herpes simple tipo 2.

Además de su etiología pueden clasificarse según la cronología, la intensidad de la presentación y el aspecto microscópico del líquido cefalorraquídeo.

# MENINGITIS

# MENINGITIS

### ¿QUÉ ES?

Inflamación de las cubiertas menígeas que recubre el cerebro.  
Pediátricos → + infeccioso

80% *Streptococcus Pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*

### FACTORES DE RIESGO

- NEUMONIA, OTITIS MEDIA
- RECIÉN NACIDOS Y MAYORES DE EDAD
- DM Y ALCOHOLISMO
- DROGAS

### Meningitis por meningococo

Clínica de meningitis manifestaciones cutáneas (petequias y púrpura)

### MENINGITIS POR TUBERCULOSIS

CLÍNICA DE MENINGITIS + LESIONES EN LOS PARES CRANEALES (IV, V Y VIII)

### ELASIFICACIÓN!

- Cronología: Aguda, subaguda, crónica
- Intensidad: Franco o atípico
- Aspecto macroscópico del LCR

3 GRUPOS:

- Meningitis aguda con líquido purulento (bacterianas)
- Glucorraquia normal (+viricas)
- Meningitis subagudas/crónicas

### MENINGITIS VIRICAS

A VECES NO SE LLEGA A IDENTIFICAR EL VIRUS. EN MÉXICO 90% CAUSAS VIRALES + ENTEROVIRUS

#2 virus del herpes simple tipo 2

PRESIÓN > 180MMHG

Dx: TAC y Punción L

COMPLICACIÓN: HERNIACIÓN C

DOLOR DE CUELLO, FIEBRE, ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL

MENINGITIS BACTERIANA

### TX

Signos de hipertensión intracraneal: PAPIEDEMA y posición de DESCEREBRACIÓN

TX: 1) PROFILAXIS CON DEXAMETASONA, NO SI SE USA VANCOMICINA

2) ANTIBIÓTICOS

1- CEFALOSPORINA DE 3G

2- MEROPENEM

EDEMA C

CRISIS C

TROMBOCITOPENIA

OFILAXIS

Manitol 20%

Fenitoína

HeParina no fraccionada

SX DE WATERHOUSE: NECROSIS HEMORRÁGICA- INSUF SUPRARRENAL

SX DE AUSTRIAN: COMPLICACIÓN NEUMOCOCICA CRÓNICA: SECUELAS NEUROLÓGICAS

### COMPLICACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: GUTIÉRREZ, K. (2013). INFECTOLOGÍA CLÍNICA DECIMOSEPTIMA EDICIÓN. MÉXICO D.F: MÉNDEZ EDITORES.



La mayor parte del diagnóstico es clínico, ya que las manifestaciones que se observan se consideran características, principalmente incluyen fiebre, rigidez de nuca, alteración del estado mental, y los signos meníngeos (rigidez de cuello, signo de Kerning, signo de Brudzinksky), que si bien no todos se presentan según su etiología eso también funciona como una guía diagnóstica.

Además de los estudios que ayudan a confirmar la sospecha diagnóstica: la TAC y la punción lumbar, este último es mucha utilidad ya que con los resultados reportados se puede hacer un diagnóstico diferencial acorde a sus características.

El tratamiento incluye también la profilaxis con dexametasona (excepto si se usa vancomicina), los antibióticos. A las cefalosporinas de tercera generación y a la ceftriaxona.

Las complicaciones son bien reconocidas ya que suelen ser consideradas como graves, el síndrome de Waterhouse que incluye la insuficiencia suprarrenal, el síndrome de Austrian y en las crónicas las secuelas neurológicas.

La mortalidad suele ir de 3-7% cuando es causada por H. Influenzae, N. Meningitidis y estreptococcus B, 15% en monocytogenes y 20% cuando es neumocócica.