

**Marvin López Roblero**

**DR. Medellín Guillen Adolfo**

**Enfermedades infecciosas**

**Mapa conceptual**

**6°**

**“B”**



# ENDOCARDITIS

LA INFECCIÓN QUE ASIENTA SOBRE EL ENDOCARDIO, YA SEA VALVULAR, SOBRE CUERDAS TENDINOSAS, MÚSCULOS PAPILARES, ENDOCARDIO MURAL O SOBRE CABLES DE MARCAPASOS O DESFIBRILADORES. LA LESIÓN CARACTERÍSTICA ES LA VEGETACIÓN.

## Epidemiología:

La mitad de los casos de EI suceden en sujetos con cardiopatías predisponentes. Otras circunstancias predisponentes son las lesiones valvulares degenerativas seniles. En nuestro medio, más de un tercio de los casos son relacionados con los cuidados sanitarios

## Etiología:

La causa más frecuente es *S. aureus*, y la segunda causa los estreptococos del grupo viridans. *Staphylococcus spp.* y *Streptococcus spp.* se reparten cerca del 80% de los casos de endocarditis infecciosa.

## Manifestaciones clínicas:

Clásicamente se clasifican en: endocarditis agudas y subagudas. Fiebre: 90% de los casos. encontrar un nuevo soplo o el empeoramiento de uno previo en el 85 de los casos. La válvula más afectada es la mitral (30-45%), seguida por la válvula aórtica. infrecuentes: hematuria en un 25%, esplenomegalia en un 10%, hemorragias ungueales en astilla en un 8%, manchas de Janeway en palmas y plantas en un 5%, manchas de Roth retinianas en un 5%.

## Diagnóstico:

El diagnóstico de la EI se apoya en los **criterios de Duke**. Los **hemocultivos** permiten la identificación del microorganismo en un 90%. En el caso de que se realice cirugía valvular, se debe realizar **cultivo y PCR**. **Pruebas de imagen: La ecocardiografía transtorácica (ETT)** es la primera prueba a realizar. En caso de alta sospecha de EI, siempre debe realizarse una **ecocardiografía transesofágica (ETE)**.

## Tratamiento:

Los antibióticos usados han de ser bactericidas, a dosis altas y por vía i.v. entre 4-6 semanas, recomendándose 6 semanas en válvula protésica. El tratamiento empírico debe de cubrir los microorganismos más probables. Por ejemplo: para endocarditis sobre válvula nativa podría ser: cloxacilina + ampicilina + gentamicina, y sobre válvula protésica: vancomicina + rifampicina + gentamicina.

## Tratamiento quirúrgico

Las indicaciones de cirugía cardiaca responden al desarrollo de insuficiencia cardiaca, infección no controlada y prevención de embolismos.

## Staphylococcus spp.

*S. aureus* es la causa más frecuente de EI sobre válvula nativa y también sobre las válvulas protésicas, con alto potencial embolígeno y destructivo. Es la causa más frecuente de endocarditis en UDVP

## Streptococcus spp.

Los estreptococos de la cavidad oral, incluidos la inmensa mayoría de ellos dentro del grupo viridans, son la segunda causa de endocarditis. Los estreptococos del grupo viridans son la causa más frecuente de endocarditis subaguda.

## Enterococcus spp.

Los enterococos suponen la tercera causa de endocarditis. La mayoría son por *E. faecalis* (90%).

Las endocarditis por **HACEK** se caracterizan por alta frecuencia de complicaciones embólicas.

- *Haemophilus*
- *Actinobacillus*
- *Cardiobacterium hominis*.
- *Eikenella corrodens*
- *Kingella kingae*



# MENINGITIS

## CLASIFICACIÓN DE LA MENINGITIS

EN FUNCIÓN DE LA CRONOLOGÍA (AGUDA, SUBAGUDA O CRÓNICA) Y EL ASPECTO MACROSCÓPICO DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (PURULENTO-TURBIO O CLARO).

1. MENINGITIS AGUDAS CON LÍQUIDO PURULENTO: SE CORRESPONDEN CON LAS MENINGITIS BACTERIANAS AGUDAS.

2. MENINGITIS AGUDAS CON LÍQUIDO CLARO

- GLUCORRAQUIA NORMAL: LA INMENZA MAYORÍA SON MENINGITIS VÍRICAS.

- GLUCORRAQUIA DISMINUIDA: LA CAUSA MÁS HABITUAL ES LISTERIA MONOCYTOGENES

- MENINGITIS SUBAGUDAS/CRÓNICAS. PRESENTAN LCR CON PLEOCITOSIS DE PREDOMINIO MONONUCLEAR E HIPERPROTEINORRAQUIA.

### Etiología

### clínica

### Diagnóstico

### Tratamiento

**S. pneumoniae:** es la causa más frecuente de meningitis en adultos >20 años y niños. **Factores de riesgo:** Son factores de riesgo típicos. las infecciones recurrentes del oído medio, las fístulas de LCR, los procesos que aumentan el riesgo de infección por encapsulados, alcoholismo y DM.

**Listeria monocytogenes:** **Factores de riesgo:** Presentan riesgo de sufrir meningitis por Listeria: neonatos, embarazadas, edad >50 años, trasplantados, pacientes en tratamiento con corticoides e inmunodeprimidos

**N. meningitidis:** es la causa más frecuente de meningitis en niños y jóvenes entre 2 y 20 años de edad.  
**Streptococcus agalactiae y E. coli KI:** son la causa más frecuente de meningitis en recién nacidos

La tríada clásica de la meningitis aguda es fiebre, cefalea y rigidez de nuca, que aparece en >90% de los pacientes. Hay alteración del nivel de conciencia en >75% y son frecuentes. También náuseas, vómitos y fotofobia. Hasta el 20-40% de los pacientes sufren crisis comiciales. La presión intracraneal está elevada (>180 mmH2O en más del 90%). Cuando está muy elevada puede manifestarse por disminución del nivel de conciencia, papiledema, midriasis, parálisis del VI par, postura de descerebración y reflejo de Cushing (bradicardia, hipertensión y respiración irregular).

**Análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR)** mediante una punción lumbar (PL). La PL está **contraindicada** en pacientes con hipertensión intracraneal. Antes de realizar una PL hay que descartar papiledema (que contraindica la PL). Hay que realizar una TC craneal (o RM craneal) para descartar signos de hipertensión intracraneal a pacientes sin papiledema. **Estudios microbiológicos:** Los hemocultivos serán muy rentables en meningitis neumocócicas (75% tienen hemocultivo positivo), meningocócicas (45%), por Listeria (60%) y criptocócicas. La detección de antígenos bacterianos (aglutinación en látex) y las técnicas de PCR en LCR son útiles por su rapidez y en casos que han recibido antibiótico antes de la PL.

Las cefalosporinas de tercera generación (ceftriaxona, cefotaxima) son la base del tratamiento de la meningitis por neumococo y meningococo. Listeria presenta resistencia intrínseca a cefalosporinas, en pacientes con factores de riesgo hay que añadir empíricamente ampicilina. En casos confirmados de meningitis por Listeria se recomienda asociar cotrimoxazol o gentamicina al tratamiento con ampicilina.