

## GUIA EMPIRICA SERVICIO NEUROLOGIA

INFECCION	TRATAMIENTO PRIMERA LÍNEA	TRATAMIENTO 2DA LINEA	TRATAMIENTO INJUSTIFICADO	OBSERVACIONES
<b>INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>				
<b>Meningitis en paciente adulto de 18 a 50 años</b>	<p><b>Ceftriaxona</b> 2 gr IV /12 horas + <b>Vancomicina</b> IV primera dosis de 25-30 mg/kg y luego continuar 1g cada 12 horas (15 mg/kg cada 12 horas) + <b>dexametasona</b> 10mg IV cada 6 horas por 4 días (iniciar dexamentasona antes de la primera dosis de antibiótico y discontinuarse si el microorganismo aislado no es <i>S. pneumoniae</i>).</p> <p><b>Duración:</b> <i>N. meningitidis</i> 7 días <i>S. pneumoniae</i> 10-14 días <i>H. influenzae</i> 7 días <i>L. monocytogenes</i> 21 días o más</p>	<p><b>Ceftriaxona</b> 2 gr IV /12 horas + <b>Linezolid</b> 600 mg IV cada 12 horas en caso de disfunción renal.</p> <p><b>Duración:</b> <i>N. meningitidis</i> 7 días <i>S. pneumoniae</i> 10-14 días <i>H. influenzae</i> 7 días <i>L. monocytogenes</i> 21 días o más</p> <p>+ <b>dexametasona</b> 10mg IV cada 6 horas por 4 días (iniciar dexamentasona antes de la primera dosis de antibiótico y discontinuarse si el microorganismo aislado no es <i>S. pneumoniae</i>).</p>	<b>Meropenem</b>	<p>La muestra de líquido cefalorraquídeo debe ser trasladada al laboratorio en menos de 30 minutos desde su toma e incluir cultivo de LCR, Toma hemocultivos. Toma de film array panel meningitis en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- citoquímico anormal</li> <li>- microorganismo visible en tinciones LCR</li> <li>- uso previo de antimicrobiano</li> <li>- inmunosuprimidos</li> <li>-&gt; 50 años</li> <li>- sospecha de encefalitis</li> <li>- sospecha meningococcemia (púrpura cutánea)</li> <li>- signos neurológicos muy alterados al ingreso o deterioro rápido</li> </ul> <p>Pruebas adicionales según sospecha diagnóstica.</p> <p>El tratamiento empírico se ajustará acorde a los cultivos disponibles</p>
<b>Meningitis en pacientes adultos &gt; 50 años o inmunocomprometidos, alcoholismo, cirrosis, embarazadas, malignidad, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, consumo de leche cruda.</b>	<p><b>Ceftriaxona</b> 2 gr IV /12 horas + <b>Ampicilina</b> 2 gr IV cada 4 horas + <b>Vancomicina</b> 15-20 mg por kg de peso C/12h</p> <p><b>Duración:</b> <i>N. meningitidis</i> 7 días <i>S. pneumoniae</i> 10-14 días <i>H. influenzae</i> 7 días <i>L. monocytogenes</i> 21 días o más</p>	<p><b>Ceftriaxona</b> 2 gr IV /12 horas + <b>Ampicilina</b> 2 gr IV cada 4 horas + <b>linezolid</b> 600 mg IV cada 12 horas</p>	<b>Meropenem</b>	<p>Pruebas adicionales según sospecha diagnóstica.</p> <p>El tratamiento empírico se ajustará acorde a los cultivos disponibles</p>

INFECCION	TRATAMIENTO PRIMERA LÍNEA	TRATAMIENTO 2DA LINEA	TRATAMIENTO INJUSTIFICADO	OBSERVACIONES
<b>Encefalitis viral.</b>	<b>Aciclovir</b> 10 mg/Kg/dosis c 8 horas <b>Duración:</b> 7-14 días.		<b>Valganciclovir</b>	Toma de cultivo de LCR, film array LCR
<b>Absceso cerebral</b>	<b>Ceftriaxona</b> 2 gr IV /12 horas + <b>Vancomicina</b> 15-20 mg por kg de peso C/12h + <b>Metronidazol</b> 500 Mg IV C/8H <b>Duración:</b> 6- 8 semanas	<b>Cefepime</b> 2 gr Iv cada 8 horas + <b>Vancomicina</b> 15-20 mg por kg de peso C/12h en pacientes con absceso posquirúrgico. <b>Duración:</b> 6- 8 semanas *Puede manejarse oral de acuerdo con aislamientos	<b>Meropenem</b>	Drenaje quirúrgico, toma de cultivo incluyendo para gérmenes anaerobios

### ESQUEMAS TERAPÉUTICOS PARA PACIENTES CON CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA Y OTRAS FORMAS NO MENÍNGEAS DE CRIPTOCOCOSIS.

ESQUEMA TERAPEUTICO PARA CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA PARA PACIENTE CON INFECCION POR VIH		
PRIMERA LÍNEA	SEGUNDA LÍNEA	OBSERVACIONES
Dosis única alta (10 mg/kg) de anfotericina B liposomal + 14 días de flucitosina (100 mg/kg al día divididos en cuatro dosis al día) y fluconazol (1200 mg/día) como régimen de inducción preferido para tratar a las personas con meningitis por criptococo según la OMS.		



Carrera 11 No. 27-27  
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co  
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254  
PROGRAMA  
MADRE CANGURO



SA-CER560814



OS-CER559527

<p>Anfotericina b desoxicolato 0,7-1 mg/kg/día en infusión de 24 horas + <b>5-Flucitosina</b> 25 mg/kg dosis cada 6 horas (100mg/kg/día) x 7 días, seguido de Fluconazol 1200 mg al día x 7 días más.</p>	<p>En caso de que haya contraindicación relativa para uso de Anfotericina b desoxicolato por toxicidad, utilice las alternativas con las siguientes dosis. <b>Anfotericina b liposomal</b> 5 mg kg día o <b>Anfotericina b de complejo lipídico</b> 5 mg kg día. + <b>5-Flucitosina</b> 25 mg/kg dosis cada 6 horas (100mg/kg/día) x 7 días, seguido de Fluconazol 1200 mg al día x 7 días más. o El uso de estas anfotericinas requieren autorización del servicio de Infectología</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer punción de lumbar en el día 6 de tratamiento. Si el cultivo es negativo se puede hacer cambio a terapia de consolidación una vez haya completado el ciclo de inducción.</li> <li>• Con cultivo negativo al finalizar la etapa de inducción puede iniciar ciclo de consolidación con Fluconazol 800 mg VO por día x 8 semanas.</li> <li>• En caso de que el cultivo en el LCR de control sea positivo, deberá hacerse un nuevo ciclo de inducción</li> <li>• No se recomienda el uso rutinario de corticosteroides sistémicos durante la fase de inducción en el tratamiento de adultos con meningitis por criptococo asociada al VIH</li> <li>• En personas adultas que viven con el VIH Se recomienda en fase de mantenimiento fluconazol (200 mg al día, vía oral) hasta la reconstitución inmunitaria (CD4 &gt; 200 células/mm3 durante al menos tres meses) y la supresión de la carga viral con terapia antirretroviral.</li> </ul>
	<p>Solo considere ciclo de inducción con <b>Anfotericina b desoxicolato</b> 0.7 - 1 mg kg día en infusión de 24 hrs + <b>Fluconazol</b> 1200 mg VO por día x 14 días, cuando no se cuente con Flucitosina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer punción de lumbar de control al día 10 de tratamiento, si el cultivo de LCR es negativo al finalizar el ciclo de inducción se puede hacer cambio a terapia de consolidación con Fluconazol 800 mg vo día x 8 semanas</li> <li>• Si el cultivo en el LCR de control es positivo se deberá realizar nuevo ciclo de inducción</li> <li>• Solo considere ciclo de inducción con Flucitosina 25 mg kg vo cada 6 hora + Fluconazol 1200 mg vo día x 14 días solo si hay contraindicación absoluta para el uso de Anfotericina b (Ej:Hipersensibilidad)</li> </ul>

ESQUEMAS TERAPÉUTICOS PARA CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO NO VIH /TRANSPLANTE DE ORGANO.		
PRIMERA LINEA	SEGUNDA LINEA	OBSERVACIONES
<p><b>Anfotericina b desoxicolato</b> 0.7 - 1 mg/kg día en infusión de 24 horas + <b>5-Flucitosina</b> 25 mg kg/dosis cada 6 horas (100mg/kg/día) x 2 semanas (14 días)</p>	<p>• Solo considere ciclo de inducción con <b>Anfotericina b desoxicolato</b> 0.7 - 1 mg kg día en infusión de 24 horas + <b>Fluconazol</b> 1200 mg vo día x 2 semanas, cuando no se cuente con Flucitosina</p>	<p>En el día 10 de tratamiento realice la Punción Lumbar de control. Si el cultivo es negativo para criptococo cuando cumpla el tiempo de inducción; se puede hacer cambio a terapia de consolidación con Fluconazol 800 mg vo día x 8 semanas</p> <p>Si el cultivo en el LCR de control es positivo se deberá realizar nuevo ciclo de inducción.</p> <p>En caso de que haya contraindicación relativa para uso de Anfotericina b desoxicolato por toxicidad, utilice las alternativas con las siguientes dosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Anfotericina b liposomal 3-5 mg kg día.</li> <li>o Anfotericina b de complejo lipídico 5 mg kg día.</li> </ul> <p>o El uso de estas anfotericinas requieren autorización del servicio de Infectología</p>

ESQUEMAS TERAPÉUTICOS PARA CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE (NO VIH)		
PRIMERA LÍNEA	SEGUNDA LÍNEA	OBSERVACIONES
<p><b>Anfotericina b desoxicolato</b> 0,7-1 mg/kg día en infusión de 24 hrs + 5-Flucitosina 25 mg kg VO cada 6 hrs o (100mg/kg/día) x 4 semanas.</p>	<p>Solo considere ciclo de inducción con Anfotericina b desoxicolato 0.7 - 1 mg kg día en infusión de 24 horas + Fluconazol 1200 mg vo día x 2 a 4 semanas, cuando no se cuente con Flucitosina</p>	<p>Realizar punción lumbar de seguimiento al día 28 y si el cultivo es negativo pasar a esquema de consolidación con fluconazol 800 mg VO día por 8 semanas.</p> <p>Si el cultivo es positivo continuar con la terapia de Inducción con Anfotericina más Flucitosina la cual podrá ser llevada a 6 semanas (42 días).</p>



Carrera 11 No. 27-27  
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co  
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES**  
**VERDES y SALUDABLES**  
www.hospitalesporlasaludambiental.net



SC-CER906254  
PROGRAMA  
MADRE CANGURO



SA-CER560814



OS-CER559527

En caso de que haya contraindicación relativa para uso de Anfotericina b

desoxicolato por toxicidad, utilice las alternativas con las siguientes dosis.  
 o Anfotericina b liposomal 4 mg kg día  
 o Anfotericina b de complejo lipídico 5 mg kg día.  
 o El uso de estas anfotericinas requieren autorización del servicio de Infectología

ESQUEMAS TERAPEUTICOS PARA CRIPTOCOCOSIS NO MENINGEA LOCALIZADA DISTINTA DE LAS MENINGES (PULMONAR, CUTÁNEA ETC).		
PRIMERA LÍNEA	SEGUNDA LÍNEA	OBSERVACIONES
<p><b>Fluconazol</b> 800 mg/día durante 2 semanas, seguido de <b>fluconazol</b> 400 mg/día durante 8 semanas, seguido de <b>fluconazol</b> 200 mg/día hasta la reconstitución inmune.</p>	<p><b>Itraconazol</b> 400 mg VO día por 6 meses o hasta la reconstitución inmune.</p>	

## RECOMENDACIONES MANEJO PARA CRIPTOCOCOSIS

- Se recomienda el cribado del AgCr (preferiblemente mediante ensayo de flujo lateral), seguido de una terapia antifúngica anticipativa en las personas con AgCr positivo para prevenir el desarrollo de la criptococosis, antes de iniciar o reiniciar la terapia antirretroviral en adultos que viven con el VIH y tienen un recuento de células CD4 < 200 células/mm<sup>3</sup> y no tienen acceso pronto al TAR.
- Cuando el cribado de AgCr no esté disponible, debe administrarse profilaxis primaria con fluconazol (200 mg/día) a los adultos que viven con el VIH y tienen un recuento de células CD4 < 100 células/mm<sup>3</sup> sin acceso pronto al TAR.
- Para adultos que viven con el VIH con sospecha de un primer episodio de meningitis por criptococo, se recomienda la punción lumbar inmediata con medición de la presión de apertura del LCR y la prueba rápida de AgCr.
- Las contraindicaciones para realizar punción lumbar incluyen: coagulopatía significativa o sospecha de lesión ocupante de espacio basada en los hallazgos clínicos con signos de focalización del sistema nervioso (excluida la parálisis del VI par craneal) que, cuando sea posible, sea confirmada por tomografía computarizada, o la presencia de convulsiones recurrentes. Otras contraindicaciones son: una deformidad importante de la columna vertebral y la negativa del paciente tras haber solicitado su consentimiento informado. La elevación de la presión intracraneal no contraindica la punción lumbar en caso de (presunta) meningitis por criptococo.
- Para la administración de más de una dosis de anfotericina B utilizar preferiblemente un acceso venoso central. No diferir la administración de la primera dosis de anfotericina B por la colocación de un acceso venoso central y adminístrela por vía periférica (únicamente esta primera dosis). Cuando se utilice anfotericina B desoxicolato, considere el uso de infusiones de al menos 4-6 horas, que se podrían extender hasta 24 horas.
- Para el tratamiento del criptococoma y otras formas de afectación del parénquima cerebral causadas por la criptococosis se sugiere usar anfotericina B intravenosa (formulación liposomal si es posible [3-4 mg/kg/día]) y flucitosina oral durante al menos 6 semanas, seguido de terapia de consolidación y mantenimiento con fluconazol como para la meningitis por criptococo. Considere realizar seguimiento imagenológico para evaluar la respuesta al tratamiento, con periodicidad



Carrera 11 No. 27-27  
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co  
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



SC-CER906254  
PROGRAMA  
MADRE CANGURO



SA-CER560814



OS-CER559527

de acuerdo con criterio del médico tratante. Considere el uso de corticoesteroides como terapia adyuvante durante la fase de inducción en el tratamiento de adultos con criptococoma del SNC asociada al VIH.

- La anfotericina B liposomal presenta menos riesgos de toxicidad farmacológica que la anfotericina B desoxicolato y requiere un paquete menos intensivo de prevención, monitorización y manejo de la toxicidad.
- Utilizar un protocolo simplificado de pre-hidratación y reposición de electrolitos antes de cada infusión de anfotericina B desoxicolato, junto con un protocolo de control de creatinina, potasio, y magnesio, así como un control semanal de la hemoglobina.
- Entre los adultos que viven con el VIH y que reciben tratamiento para la meningitis por criptococo, se recomienda diferir el inicio de la terapia antirretroviral de 4 a 6 semanas desde el inicio del tratamiento antifúngico, debido al riesgo aumentado de mortalidad.

### **Monitorización y manejo de la presión intracraneal elevada, en personas adultas que viven con el VIH con sospecha clínica o diagnóstico confirmado de meningitis por criptococo**

#### **Puntos de buena práctica:**

1. Los adultos que viven con el VIH con sospecha de meningitis por criptococo deben someterse a una punción lumbar inicial y a una punción lumbar temprana repetida con medición de la presión de apertura del LCR para evaluar la presión intracraneal elevada (mayor a 25 cm H<sub>2</sub>O), independientemente de la presencia de síntomas o signos de presión intracraneal elevada a la medición de la presión de apertura se debe realizar en todos los pacientes mediante la utilización de sistemas de venoclisís o con manómetro.
3. La meta de disminución de la presión de apertura es a menos de 25 cm H<sub>2</sub>O o la mitad del valor en pacientes con presión intracraneal muy elevada.

4. Para las personas con presión intracraneal elevada persistente, se recomienda repetir diariamente la punción lumbar terapéutica (con medición de la presión de apertura del LCR) y el drenaje del LCR, si es necesario, hasta que los síntomas desaparezcan o la presión de apertura sea normal durante al menos dos días.
5. En pacientes que después de 7 días persistan con presión intracraneal elevada, se recomienda la colocación de un sistema de derivación del LCR.
6. No se recomienda el uso de acetazolamida para el manejo de la presión intracraneal elevada en ningún contexto.
7. No hay evidencia para la utilización de manitol, diuréticos o esteroides para el manejo de la presión intracraneal elevada.



Carrera 11 No. 27-27  
Tunja - Boyacá - Colombia



8-7405030



[www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co](http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co)  
Gerente@hospitalsanrafaeltunja.gov.co



Miembro de la  
**Red GLOBAL de HOSPITALES  
VERDES y SALUDABLES**  
[www.hospitalesporlasaludambiental.net](http://www.hospitalesporlasaludambiental.net)



SC-CER906254  
PROGRAMA  
MADRE CANGURO



SA-CER560814



OS-CER559527