

Meningitis bacteriana (profilaxis de contactos)

Helena Carbajosa Moreno [hcarbajosamoreno@yahoo.es].

Pediatra. Centro de Salud El Soto [Servicio Madrileño de Salud, Área 8]. Móstoles, Madrid.

Fecha de actualización: 08/01/2008

Guía_ABE_Meningitis bacteriana (profilaxis de contactos) (v.1/2008)

Cita sugerida: Carbajosa Moreno H. Meningitis bacteriana (profilaxis de contactos) (v.1/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 08/01/2008; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <http://infodoctor.org/gipi/>

Introducción / puntos clave

La meningitis bacteriana es una infección que amenaza la vida a cualquier edad. La incidencia es de 2-5 casos por 100.000 personas/año en países desarrollados y hasta 10 veces más en países en vías de desarrollo. A pesar de los avances en el tratamiento de esta enfermedad, la mortalidad se sitúa alrededor del 10% y las secuelas se observan hasta en un 40%. Aproximadamente el 80% de los pacientes pertenecen al grupo de edad pediátrica y más de la mitad son menores de dos años. La inclusión de las vacunas conjugadas frente a *H. influenzae* tipo b, meningococo serogrupo C y neumococo en los calendarios vacunales sistemáticos ha causado una importante disminución de la incidencia de esta enfermedad.

Los contactos cercanos de pacientes con enfermedad invasora por *H. influenzae* tipo b o *N. meningitidis* tienen mayor probabilidad tanto de ser portadores como de contraer la enfermedad en los 7 días siguientes. La erradicación efectiva de la bacteria de la nasofaringe es posible mediante el uso de antibióticos. Por ello, la importancia de la quimioprofilaxis en la prevención de casos secundarios en los contactos de pacientes con meningitis bacteriana por estos agentes. La realización de frotis nasofaríngeo no contribuye a la detección y manejo de los contactos por lo que no están indicados.

No se ha observado un aumento del riesgo de infección secundaria en contactos, previamente sanos, con pacientes afectados de **meningitis neumocócica**, por lo que, en estos casos, **la quimioprofilaxis no es necesaria**.

Profilaxis en caso de contacto con meningococo (../..)

La tasa de enfermedad en contactos cercanos con pacientes con enfermedad meningocócica es de 400 a 1.200 veces mayor que en la población general, siendo más acusado el riesgo en los niños

Indicaciones

- Personas que convivan en el mismo domicilio del enfermo
- Personas que hayan pernoctado en la misma habitación del caso índice en los 7 días previos a su hospitalización
- Personas que hayan tenido contacto directo con las secreciones nasofaríngeas del enfermo en los 7 días previos:
 - En domicilio, colegio/guardería (besos, cepillo de dientes, utensilios de comer, etc.)
 - Atención sanitaria: reanimación boca-boca y/o intubación endotraqueal
- Pasajeros sentados al lado del paciente en viajes de duración mayor de 8 horas
- En guarderías y centros preescolares:
 - Todos los niños y el personal del aula. Si tuviesen varias aulas con actividades en común, se considerarán contactos a todos ellos
 - Si aparece otro caso en un aula distinta, se considerarán contactos a todos los niños y personal del centro



Profilaxis en caso de contacto con meningococo (../..)					
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En centros escolares: <ul style="list-style-type: none"> - Un caso en un aula: todos los niños y el personal del aula (valorar otros posibles contactos) - Dos casos en aulas distintas: todos los alumnos y el personal de ambas aulas (valorar otros posibles contactos) - Tres o más casos en el plazo de un mes en al menos dos aulas: todos los alumnos y el personal del centro ▪ El propio paciente, al ser dado de alta en el hospital, si se le ha tratado con penicilina o cloranfenicol (no erradican el meningococo de la nasofaringe) 				
Pautas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De elección: 				
		Edad	Dosis, VO	Duración	Observaciones
	Rifampicina	< 1 mes	5 mg/kg, c/12 horas	2 días	Tiñe lágrimas (precaución con lentillas), orina, sudor, heces
		> 1 mes	10 mg/kg, c/12 horas (máx 600 mg/dosis)		Disminuye actividad de los anticonceptivos orales Contraindicada en mujeres gestantes
Rifaldin®: suspensión 1 ml/20 mg; comp 600 mg					
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alternativas: 				
		Edad	Dosis, vía	Duración	Observaciones
	Ciprofloxacino	> 18 años	500 mg, VO	Dosis única	Contraindicada en mujeres gestantes
	Ceftriaxona	< 15 años	125 mg, IM	Dosis única	Contraindicada si alergia a betalactámicos De elección en mujeres gestantes
		≥ 15 años	250 mg, IM		
Ciprofloxacino: comp 500 mg. Ceftriaxona: vial 250 mg					

Profilaxis en caso de contacto con <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (../..)	
<p>Aproximadamente el 50% de los casos secundarios aparecen en la primera semana tras la hospitalización del paciente índice. En niños menores de 4 años la tasa de enfermedad es de 200 a 400 veces mayor que en la población general, siendo mucho menor en pacientes por encima de esa edad</p>	
Indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convivientes¹ con el caso índice que estén en contacto con 1 ó más niños menores de 4 años que no hayan recibido la vacunación completa frente a Hib, o con individuos inmunodeprimidos independientemente de su estado de vacunación ▪ Los contactos en la guardería cuando haya 2 casos de enfermedad invasora en menos de 60 días ▪ En el caso índice, cuando haya sido tratado con un antibiótico diferente a cefotaxima/ceftriaxona (ya que no erradican el Hib de la nasofaringe)



Profilaxis en caso de contacto con *Haemophilus influenzae* tipo b (../..)

Pautas

▪ De elección:

	Edad	Dosis, VO	Duración	Observaciones
Rifampicina	< 1 mes	10 mg/kg, 1 dosis/día	4 días	(ver tabla anterior)
	> 1 mes	20 mg/kg, 1 dosis/día (máx 600 mg/dosis)		

Rifaldin®: suspensión 1 ml/20 mg; comp 600 mg

Referencias bibliográficas

American Academy of Pediatrics. Report of the Committee on Infectious Diseases, "Red book" 2006, 27th ed.; 312-4;454-5.

Prasad K, Karlupia N. Prevention of bacterial meningitis: an overview of Cochrane systematic reviews. Respir Med. 2007;101(10):2037-43.

Peltola H. Prophylaxis of bacterial meningitis. Infect Dis Clin North Am. 1999;13:685-710.

Xavier Sáez-Llorens, George H McCracken Jr. Bacterial meningitis in children. Lancet. 2003;361:2139-48.

Schaad B. Chemoprophylaxis of bacterial meningitis. J Antimicrob Chemotherapy. 1985;15(2):131-33.

Abreviaturas: **Comp:** comprimido. **Hib:** *Haemophilus influenzae* tipo b. **IM:** vía intramuscular. **Susp:** suspensión oral. **VO:** vía oral.

Notas aclaratorias

¹ Incluye a las personas que residen en el mismo domicilio del caso índice y a las no residentes que hayan pasado 4 ó más horas al día, al menos 5 días de los 7 previos a la hospitalización.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos una vez al año. Próxima revisión prevista en 2009. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[Ⓞ] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2008. ISBN: 978-84-95028-75-4