

## Meningitis bacteriana (profilaxis de contactos)

Helena Carbajosa Moreno

•Pediatra, Centro de Salud Mendiguchía Carriche [Servicio Madrileño de Salud]. Leganés. Madrid. España.

Fecha de actualización: 10/04/2019  
(V.1.0/2019)

**Cita sugerida: Autores. Título.** Carbajosa Moreno H, Meningitis bacteriana (profilaxis de contactos) (v.3/2019). En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] .Consultado el dd-mm-aaaa. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

### 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 estas enfermedades. Datos preliminares del impacto de la vacunación frente a meningococo B en países como Reino Unido que han incluido la vacuna en calendario sistemático, ofrecen resultados muy prometedores.

La incidencia de enfermedad meningocócica en España presentó una tendencia decreciente desde la temporada 1999-2000. En los últimos 18 años se ha producido un descenso del 90,6% en la tasa de casos confirmados, desde una tasa de 4,04 y 1.625 casos confirmados notificados en 1999-2000 a una tasa de 0,74 y 346 casos confirmados en la temporada 2017-2018. Sin embargo, en la temporada 2017-2018 se produjo un incremento en el número de casos y tasas notificados con respecto a las temporadas anteriores. El serogrupo B produjo las tasas de incidencia más elevadas, en la temporada 2017-2018.

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. El principal objetivo de la quimioprofilaxis es reducir la transmisión a individuos susceptibles no portadores en la nasofaringe, y, además, eliminar el estado de portador de los recién colonizados (adquisición del estado de portador en los 7 días tras la aparición del caso índice). La realización de frotis nasofaríngeo no contribuye a la detección y manejo de los contactos, por lo que no están indicados.

**Cambios más importantes respecto a la versión anterior:** actualización de indicaciones.

### Profilaxis en caso de contacto con meningococo

- La tasa de ataque de la EMI durante los primeros 14 días es de 3,1-28,5/1000 contactos sin quimioprofilaxis (o con pauta incorrecta), frente a 0,0-0,2/1000 con quimioprofilaxis correcta
- La quimioprofilaxis se administrará lo antes posible, preferiblemente en las primeras 24 horas tras la aparición del caso índice aunque puede realizarse de manera efectiva hasta 7 días después de diagnosticar al caso índice (ocasionalmente, es preferible esperar a los resultados microbiológicos, sobre todo si hay dudas sobre el diagnóstico del caso).

<p><b>Indicaciones</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas que hayan tenido contacto estrecho <sup>1</sup> con el caso índice en los 7 días días previos</li> <li>• En guarderías y centros de educación infantil             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Todos los niños y el personal del aula. Si tuviesen varias aulas con actividades en común, se considerarán contactos a todos ellos</li> <li>○ Si aparece otro caso en un aula distinta, se considerarán contactos a todos los niños y al personal del centro</li> </ul> </li> <li>• No está indicado administrar quimioprofilaxis a los alumnos que asisten a la misma clase o centro de educación primaria, secundaria y universitaria, a no ser que hayan tenido contacto estrecho<sup>1</sup> La quimioprofilaxis en los supuestos que no estén incluidos en la definición de contacto estrecho deberá ser indicada por el servicio de Salud Pública.</li> <li>• El propio paciente, al ser dado de alta en el hospital, si se le ha tratado con antibióticos distintos de cefotaxima o ceftriaxona (ya que no erradican el meningococo de la nasofaringe)</li> </ul>																														
<p><b>Pautas</b></p>	<p>De elección:</p> <table border="1" data-bbox="406 795 1252 1232"> <thead> <tr> <th></th> <th>Edad</th> <th>Dosis, VO</th> <th>Duración</th> <th>Observaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2"><b>Rifampicina<sup>2</sup></b></td> <td>&lt;1 mes</td> <td>5 mg/kg, c/ 12 horas</td> <td rowspan="2">2 días</td> <td rowspan="2">Contraindicada en mujeres gestantes y lactancia materna  Precauciones<sup>3</sup></td> </tr> <tr> <td>&gt;1 mes</td> <td>10 mg/kg, c/12 horas (máx 600 mg/dosis)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Alternativas<sup>4</sup></p> <table border="1" data-bbox="406 1332 1252 1747"> <thead> <tr> <th></th> <th>Edad</th> <th>Dosis, vía</th> <th>Duración</th> <th>Observaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Ciprofloxacino</b></td> <td>&gt;18 años</td> <td>500 mg, VO</td> <td>Dosis única</td> <td>Contraindicada en mujeres gestantes y lactancia materna</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><b>Ceftriaxona<sup>5</sup></b></td> <td>&lt;15 años</td> <td>125 mg, IM</td> <td rowspan="2">Dosis única</td> <td>Contraindicada si alergia a betalactámicos</td> </tr> <tr> <td>&gt;15 años</td> <td>250 mg, IM</td> <td>De elección en mujeres gestantes y lactancia materna</td> </tr> </tbody> </table>		Edad	Dosis, VO	Duración	Observaciones	<b>Rifampicina<sup>2</sup></b>	<1 mes	5 mg/kg, c/ 12 horas	2 días	Contraindicada en mujeres gestantes y lactancia materna  Precauciones <sup>3</sup>	>1 mes	10 mg/kg, c/12 horas (máx 600 mg/dosis)		Edad	Dosis, vía	Duración	Observaciones	<b>Ciprofloxacino</b>	>18 años	500 mg, VO	Dosis única	Contraindicada en mujeres gestantes y lactancia materna	<b>Ceftriaxona<sup>5</sup></b>	<15 años	125 mg, IM	Dosis única	Contraindicada si alergia a betalactámicos	>15 años	250 mg, IM	De elección en mujeres gestantes y lactancia materna
	Edad	Dosis, VO	Duración	Observaciones																											
<b>Rifampicina<sup>2</sup></b>	<1 mes	5 mg/kg, c/ 12 horas	2 días	Contraindicada en mujeres gestantes y lactancia materna  Precauciones <sup>3</sup>																											
	>1 mes	10 mg/kg, c/12 horas (máx 600 mg/dosis)																													
	Edad	Dosis, vía	Duración	Observaciones																											
<b>Ciprofloxacino</b>	>18 años	500 mg, VO	Dosis única	Contraindicada en mujeres gestantes y lactancia materna																											
<b>Ceftriaxona<sup>5</sup></b>	<15 años	125 mg, IM	Dosis única	Contraindicada si alergia a betalactámicos																											
	>15 años	250 mg, IM		De elección en mujeres gestantes y lactancia materna																											

**Profilaxis en caso de contacto con *Haemophilus influenzae* tipo b**

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

**Indicaciones**

Convivientes<sup>6</sup> 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<sup>7</sup>, 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) y es menor de 2 años y/o convive con un contacto susceptible (referidos en el párrafo anterior).

**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)		

**Referencias bibliográficas:**

1. Red Book 2018: Report of the Committee on Infectious Diseases. Ed.31st. American Academy of Pediatrics; 2018.
2. Meningococcal disease, a clinical and epidemiological review. Rodrigo Siqueira Batista, Andréia Patrícia Gomes, Jorge Luiz Dutra Gazineo, Paulo Sérgio Balbino Miguel, Luiz Alberto Santana, Lisa Oliveira, Mauro Geller. Asian Pacific Journal of Tropical Medicine. Volume 10, Issue 11, November 2017.
3. Mandell, Douglas y Benett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. January 1, 2016.
4. Enfermedad meningocócica. Vigilancia de la temporada 2017-2018. Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
5. Guía de Práctica Clínica del SNS sobre el Manejo de la Enfermedad meningocócica invasiva. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Programa de GPC en el SNS de GuiaSalud. 2013. Disponible en <http://goo.gl/5oVC6>
6. Peltola H. Prophylaxis of bacterial meningitis. Infect Dis Clin North Am. 1999;13:685-710.
7. Prasad K, Karlupia N. Prevention of bacterial meningitis: an overview of Cochrane systematic reviews. Respir Med. 2007;101(10):2037-43.
8. Sáez-Llorens X, McCracken GH Jr. Bacterial meningitis in children. Lancet. 2003;361:2139-48.
9. Schaad B. Chemoprophylaxis of bacterial meningitis. J Antimicrob Chemotherapy. 1985;15(2):131-33.

**Abreviaturas:** Cáp: cápsula. Comp: comprimido. EMI: enfermedad meningocócica invasiva. Hib: Haemophilus influenzae tipo b. IM: vía intramuscular. Susp: suspensión oral. VO: vía oral.

**Notas aclaratorias**

1. Todas aquellas personas que hayan tenido contacto prolongado (8 horas o más) y además próximo (90 cm es el límite general establecido para la diseminación de gotitas de gran tamaño) con un caso de EMI o que hayan estado directamente expuestos a las secreciones orales del paciente durante la semana previa al inicio de los síntomas del paciente y hasta 24 horas después del comienzo del tratamiento antibiótico; a saber: miembros del hogar (o contextos equiparables como pisos compartidos, etc.), personas directamente expuestas a las secreciones orales del paciente (por ej., al besar en la boca, maniobras de reanimación boca a boca, intubación endotraqueal, etc.) y pasajeros sentados al lado del caso índice que hayan compartido 8 o más horas de viaje.
2. Rifaldin®: suspensión oral 1 ml/20 mg; comp/cáp. 300 y 600 mg.
3. Disminuye la actividad de los anticonceptivos orales, anticoagulantes y algunos anticonvulsivantes. Tiñe las lágrimas (precaución con las lentillas), orina, sudor y heces.
4. El Red Book 2018, admite como alternativas cuando no pueden usarse los antibióticos citados en la tabla, ciprofloxacino oral desde el mes de edad (20 mg/kg, máx 500 mg) o azitromicina (10 mg/kg, máx 500 mg), en una única dosis; estas opciones no deben usarse de rutina y sólo tras evaluación individualizada de cada caso.
5. Contraindicada si alergia a betalactámicos.
6. 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.
7. Se considera vacunación completa cuando han recibido una dosis de vacuna conjugada con  $\geq 15$  meses de edad, 2 dosis entre 12-14 meses o 2-3 dosis en  $> 12$  meses con un recuerdo a los 12 meses o más.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza periódicamente (al menos cada 2 años). 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.

[①] Más información en: [http://infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/](http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/)

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



Con la colaboración de:



[©] Guía\_ABE, 2019. ISBN: 978-84-92848-07-2.