

Profilaxis post exposición a meningitis

Dra. Victoria Frantchez

24 de abril de 2022



**Cátedra de
Enfermedades Infecciosas**

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA • FACULTAD DE MEDICINA

Prof. Dr. Julio Medina

Profilaxis post exposición a meningitis.

Dra. Victoria Frantchez - *Profesora Adjunta de Cátedra de Enfermedades Infecciosas.*
Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Profilaxis post exposición a meningitis



Introducción

- La meningitis bacteriana es una infección grave, la mortalidad se sitúa en alrededor del 10% y las secuelas se presentan hasta en un 40%.
- 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.
- Aproximadamente el 80% de los pacientes pertenecen al grupo de edad pediátrica y más de la mitad son menores de dos años.
- En Uruguay, desde la introducción en el año 1999 de la vacuna conjugada contra *H. influenzae* tipo b y las vacunas conjugadas neumocócicas, la heptavalente en el año 2008 y la trecevalente en el año 2010, *N. meningitidis* se ha transformado en el primer agente etiológico de meningitis en niños en Uruguay siendo el serogrupo B el más frecuente. El microorganismo que sigue en frecuencia es el neumococo.

Profilaxis post exposición:

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

Exposición a *N. meningitidis*:

- Se recomienda administrar la quimioprofilaxis lo antes posible, idealmente en las primeras 24 horas tras la aparición del caso índice aunque puede realizarse de manera efectiva hasta 7-14 días después de diagnosticar al caso índice.
- **Indicaciones:**
 - Personas que hayan tenido contacto estrecho con el caso índice en los 7 días días previos.
 - » Contacto prolongado (8 horas o más) y estrecho (menos de 1m) del caso índice.
 - » Exposición directa a 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
 - En guarderías y centros de primera infancia (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 con-

tactos a todos los niños y al personal del centro.

- En centros de educación primaria, secundaria y terciaria: no está indicado administrar quimioprofilaxis a los alumnos que asisten a la misma clase, a no ser que hayan tenido contacto estrecho.

- Si el paciente índice ha sido tratado con antibióticos distintos a cefotaxima o ceftriaxona, se debe indicar profilaxis para erradicar la portación nasofaríngea.

Pauta de elección:

	Edad	Dosis v/o	Duración	Observaciones
Rifampicina	<1 mes	5 mg/kg, c/ 12 horas	2 días	Precaución en embarazo y lactancia Chequear interacciones con otros fármacos
	>1 mes	10 mg/kg, c/12 horas (máx 600 mg/dosis)		
	Adultos	600mg c/12hs		

Pauta alternativa:

	Edad	Dosis , vía	Duración	Observaciones
Ciprofloxacina	>18 años	500mg, v/o	Dosis única	Contraindicada embarazo y lactancia
Ceftriaxona	<15 años	125mg, i/m	Dosis única	De elección en embarazo. Contraindicada en alergia a beta-lactámicos
	>15 años	250mg, i/m		

Exposición a *H. influenzae*:

- 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.
- Indicaciones:
 - Convivientes con el caso índice:
 - » > 6 años: 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 inde-

pendientemente de su estado de vacunación.

- » < 6 años conviviente no inmunizado.
- » Esplenectomizados no inmunizados.
- Los contactos en la guardería y centros de primera infancia 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.

– Pauta¹:

	Edad	Dosis v/o	Duración	Observaciones
Rifampicina	<1 mes	10 mg/kg, c/ día	4 días	Precaución en embarazo y lactancia Chequear interacciones con otros fármacos
	>1 mes	20 mg/kg, c/día (máx 600 mg/dosis)		
	Adultos	600mg c/día		

¹ No hay evidencia acerca de quimioprofilaxis para H. influenzae en caso de contraindicación a rifampicina, ceftriaxona en dosis única podría ser una opción razonable.

Bibliografía:

1. Tunkel AR, van de Beek D, y Scheld WM. Meningitis aguda. Cap-89 Mandell, G. L., Bennett, J. E., & Dolin, R. (2015). Enfermedades infecciosas: Principios y práctica (8^{ta} ed.). Barcelona: Elsevier.
2. McNamara LA, Blain A. Chapter 8: Meningococcal Disease. [Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases](#). Centers for Disease Control and Prevention Department of Health and Human Services. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt08-mening.html>
3. 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 11-04-2022. Disponible en <http://www.guia-abe.es>
4. Red Book 2018: Report of the Committee on Infectious Diseases. Ed.31st. American Academy of Pediatrics; 2018 .
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.
10. Pirez C, Peluffo G, Barrios P, Pujadas M. Vacunas no sistemáticas. Arch Pediatr Urug 2021; 92(S1): e803



Cátedra de Enfermedades Infecciosas

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA • FACULTAD DE MEDICINA

Prof. Dr. Julio Medina



Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
Piso 16. Av. Italia, S/N.
Montevideo, 11600. Uruguay.



clinfec@fmed.edu.uy



+598 2 4876981



@Infectologia_uy



/infectologia.edu.uy



www.infectologia.edu.uy