

## Vigilancia epidemiológica

# Indicaciones del uso de rifampicina como profilaxis en contactos de casos con enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

Dra. Hilda Hernández Orozco,<sup>1</sup> Dra. Aurora González Rivera,<sup>2</sup> Dr. Paulino A. Álvarez Navarro,<sup>3</sup> Dra. Esther Lombardo Aburto,<sup>1</sup> Dra. Maribel López Alquicira<sup>4</sup>

Se sabe que la colonización asintomática con *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) es más frecuente en los contactos intradomiciliarios de cualquier edad que en la población general. Esto representa el estado de portador. El informe del Comité de Enfermedades Infecciosas indica que la rifampicina erradica al Hib aproximadamente en un 95% de los contactos de casos primarios, incluyendo niños en guarderías<sup>1</sup>. El riesgo de casos secundarios varía con la edad: Es de 3.8% en niños menores de 2 años; 1.5% en niños de 2 a 3 años; 0.1% en niños de 4 a 5 años y 0% en mayores de 6 años. Ocurre entre el 3° y 7° día después del contacto.

La profilaxis con rifampicina para prevenir estos casos es similar a la de los controles: Hubo cuatro casos secundarios en 800 contactos tratados con placebo y ningún caso en 1 166 contactos tratados con rifampicina ( $p = 0.03$ )<sup>2</sup>.

En un estudio multicéntrico doble ciego controlado, se utilizó rifampicina 10 mg/kg, y se erradicó el *H. influenzae* en el 63.6% de los contactos en el domicilio. En contactos menores de 5 años, la eficacia fue del 27% comparada con el grupo placebo.

En un estudio de brazos cruzados aleatorizado para 26 contactos de pacientes con meningitis por *Haemophilus influenzae* se utilizó ampicilina en 17 pacientes y rifampicina en nueve. En el primer grupo se erradicó en 42%; en el segundo grupo se erradicó el 100%. En los seis pacientes con fallo de la ampicilina se dio rifampicina y se obtuvo el 100% de cultivos negativos<sup>3</sup>.

En otro estudio se encontró colonización en contactos, 18% en niños y 17% en personal de salud. Se dio tratamien-

to con rifampicina a la dosis de 20 mg/kg, con dosis máxima de 600 mg durante cuatro días; se obtuvo erradicación en el 96% de los sujetos<sup>4</sup>. Sin embargo, existe controversia sobre el uso habitual de rifampicina en los contactos con enfermedad invasiva por Hib en hospitales, estancias infantiles y en el domicilio, lo que ocasiona la pregunta obligada: ¿debe darse profilaxis al personal médico y paramédico que atiende estrechamente el caso?. La quimioprofilaxis a los adultos se apoya en informes sobre casos en adultos mayores. En pacientes inmunocomprometidos<sup>5</sup>, la gravedad del cuadro clínico puede ocasionar la muerte.

Por lo anterior, se realiza una revisión de las recomendaciones actuales de quimioprofilaxis con rifampicina en contactos de casos primarios.

La Academia Nacional de Pediatría<sup>1</sup> recomienda quimioprofilaxis con rifampicina en las siguientes situaciones:

1. Para todos los contactos de la casa (excepto mujeres embarazadas), independientemente de la edad, si existe por lo menos un menor de cuatro años de edad que no esté inmunizado o cuyo esquema para Hib esté incompleto.
2. El caso índice debe recibir profilaxis únicamente si se utilizó como tratamiento un régimen diferente a cefotaxima o ceftriaxona.
3. Todos los integrantes de la familia que tengan un niño menor de 12 meses de edad sin dosis de refuerzo para Hib.
4. Todos los miembros de la casa con un niño inmunizado pero inmunocomprometido, independientemente de la edad, por la posibilidad de que el esquema de inmunizaciones no haya sido eficaz.
5. Contactos en unidades pediátricas y guarderías, independientemente de la edad, cuando hayan ocurrido dos o más casos de enfermedad invasora en 60 días.

<sup>1</sup>Servicio de Epidemiología. <sup>2</sup>Depto. de Medicina Comunitaria. <sup>3</sup>Subdirector de Consulta Externa. <sup>4</sup>Depto. Archivo Clínico, INP.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

• No se recomienda quimioprofilaxis:

1. Para los ocupantes de la casa sin niños menores de cuatro años de edad, además del caso índice.
2. Cuando todos los contactos menores de 48 meses han completado su esquema de inmunizaciones contra Hib.
3. En contactos de un caso índice en unidades pediátricas y guarderías, especialmente mayores de dos años de edad.
4. Mujeres embarazadas.

La profilaxis debe iniciarse lo antes posible porque la mayoría de los casos intradomiciliarios secundarios ocurren después de la primera semana de la hospitalización del caso índice. Esto sugiere que la profilaxis de los contactos intradomiciliarios, después del séptimo día de hospitalización del caso índice todavía puede ser útil, aunque no óptima.

Para la quimioprofilaxis se recomienda rifampicina, 20 mg/kg (dosis máxima 600 mg), por vía oral una vez al día durante cuatro días. La dosis para niños menores de un mes de edad es 10 mg/kg. En adultos cada dosis es de 600 mg.

La Dirección General de Epidemiología<sup>6</sup>, recomienda quimioprofilaxis:

1. A los contactos y convivientes cercanos de los casos confirmados, menores de cuatro años, independientemente de los antecedentes de vacunación con las dosis recomendadas por la Academia Norteamericana de Pediatría.
2. Al personal de salud que tenga un estrecho contacto con casos de enfermedad invasiva por Hib, sobre todo si labora en unidades pediátricas.

El Centro de Control de Enfermedades Infecciosas CDC<sup>7</sup> menciona que el uso de rifampicina en personal que atiende niños es discutible, pero que si ocurre un caso de enfermedad por Hib y algún niño menor de dos años ha estado expuesto, debe ser notificado a sus padres. Aunque el riesgo no está totalmente documentado todos los niños alrededor de esa edad y el personal deben recibir rifampicina. Sin embargo, la rifampicina no es necesaria en niños inmunizados menores de cuatro años de edad.

La profilaxis erradica o inhibe la implantación del organismo en vías aéreas superiores, debe darse a contactos seleccionados del caso con enfermedad invasiva. Los factores a considerar para la quimioprofilaxis son<sup>7,8</sup>:

1. Contactos en guarderías, escuelas y centros sociales.
2. Realizar cultivos de vías respiratorias superiores, será sólo con fines epidemiológicos.

3. Se debe vigilar a los contactos con signos de la enfermedad.
4. Los pacientes deben recibir profilaxis ya que la terapia no erradica al organismo de las vías respiratorias.
5. La quimioprofilaxis debe darse lo más temprano posible.
6. No se debe dar rifampicina a embarazadas por el riesgo potencial de sus efectos teratogénicos.

### Quimioprofilaxis para contactos:

1. Miembros de la familia de un caso menor de 48 meses sin esquema completo de vacunación.
2. Niños menores de dos años que tengan contacto al menos 25 horas por semana.
3. Personal de guarderías y hospitales infantiles sólo si existen dos o más casos en 60 días.
4. Los niños mayores de cuatro años no deben recibir quimioprofilaxis.

El uso de rifampicina en el personal de salud que haya atendido un caso de *H. influenzae* es motivo de controversia. La Dirección General de Epidemiología lo recomienda, para todo el personal que haya tenido contacto estrecho con niños menores de cuatro años. Sin embargo, debe valorarse cada caso en particular y recomendar profilaxis al personal de salud cuando en un servicio existan dos o más casos de *H. influenzae* en un periodo de 60 días.

Cuadro 1.

Estudio	Dosis	Población	Erradicación	Eficacia
Multicentrico doble ciego controlado aleatorizado	Rifampicina	< 5 años	23.9	27%
	10mg/kg	> 5 años	47.8	75.6%
		Total	63.6%	52.2%
Brazos cruzados aleatorizado	Rifampicina 20mg/kg	< 18 años	42%	
Transversal	Rifampicina 20mg/kg	Niños y adultos	96%	

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Academy of Pediatrics. Haemophilus Influenzae. En: Pickering LK, ed. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Disease. 25<sup>th</sup> ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2000:408-42
2. Current Trends Prevention of Secondary Cases of Haemophilus influenzae Type b Disease (98). MMWR 1982; 31(50):672-674,679-680
3. Gessert C, Granoff DM, Gilsdorf J. Comparison of rifampicin

- and ampicilin in day care center contacts of Haemophilus influenzae type b disease. 1980;1(66); 1-4
4. Shapiro ED, Wald ER. Efficacy of rifampicin in eliminating pharyngeal carriage of Haemophilus influenzae type b. 1980; 1(66):5-8
  5. Invasive Haemophilus influenzae type B disease in Elderly Nursing Home Residents: two related cases. Emerg Infect Dis 1997;2(3): 1-5
  6. SSA Dirección General de Epidemiología. Manual de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones invasivas por Haemophilus influenzae. 1997
  7. Haemophilus influenzae type b vaccines for prevention of Haemophilus influenzae type b disease among infants and children two months of age or older. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1991;40(RR-1):1-7
  8. Antimicrobial treatment and prevention of meningitis. Pediatrics Annals 1994;23:2

**Programa de Educación Médica Continua**

**Sesiones a realizarse los martes del 2004**

**Auditorio principal del Instituto Nacional de Pediatría**

**Febrero**

<b>Fecha</b>	<b>Sesión</b>	<b>Coordinador</b>
3	Aplicación de la investigación en farmacología de la medicina	QFB Hugo Juárez Olguín
10	Estomatología en el adolescente	Dr. Eduardo de la Teja Ángeles
17	Acidosis tubular	Dr. Silvestre García de la Puente
24	Asociación Médica INP	

**Marzo**

<b>Fecha</b>	<b>Sesión</b>	<b>Coordinador</b>
2	Resonancia magnética en el diagnóstico de cardiopatías congénitas	Dra. Laura Camacho Reyes
9	Avances en medicina nuclear pediátrica	Dra. Rosa María Palma Rosillo
16	Abordaje de las infecciones en el sistema nervioso central	Dra. Mercedes Macías Parra
23	Relación autoinmunidad y alergia	Dr. José Huerta López
30	Asociación Médica INP	