



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE  
División de Planificación Sanitaria, DIPLAS

## **RESUMEN EJECUTIVO**

# Guía de Práctica Clínica de Enfermedad Meningocócica

**Este documento contiene las recomendaciones y un resumen de la metodología utilizada en la Guía de Práctica Clínica “Enfermedad Meningocócica” 2018, dirigido a los EQUIPOS DE SALUD.**

FEBRERO 2018



**VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica de Enfermedad  
Meningocócica 2018 en:**  
<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMEDAD  
MENINGOCÓCICA SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA DE EVIDENCIA
<p>1. En personas en contacto<sup>1</sup> con un caso de enfermedad meningocócica, el Ministerio de Salud SUGIERE USAR cefalosporinas de tercera generación en comparación a rifampicina.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esta recomendación está condicionada a las preferencias de los pacientes, al costo de usar cefalosporina oral y a la potencial adherencia al tratamiento.</li> </ul>	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○ ○
<p>2. En adultos de 18 años y más, excepto mujeres embarazadas, en contacto<sup>1</sup> con un caso de enfermedad meningocócica, el Ministerio de Salud SUGIERE USAR ciprofloxacino en comparación con rifampicina.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La dosis de ciprofloxacino vía oral es 500 mg por una vez.</li> </ul>	CONDICIONAL	BAJA ⊕ ⊕ ○ ○ ○
<p>3. En niños y adolescentes menores de 18 años en contacto<sup>1</sup> con un caso de enfermedad meningocócica, el Ministerio de Salud SUGIERE USAR mono dosis de azitromicina en comparación a usar rifampicina por 2 días.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La información de susceptibilidad del meningococo en Chile es aún insuficiente.</li> </ul>	CONDICIONAL	BAJA ⊕ ⊕ ○ ○ ○
<p>4. En personas en contacto<sup>1</sup> con casos de enfermedad meningocócica, el Ministerio de Salud RECOMIENDA NO HACER cultivo nasofaríngeo.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las recomendaciones fuertes basadas en certeza muy baja respecto de los efectos son excepcionales. El panel consideró que hay incertidumbre significativa respecto al beneficio de realizar cultivo nasofaríngeo, dado que no existe evidencia que dé respuesta a esta pregunta. Por otra parte, existe preocupación respecto a los potenciales daños de hacer este procedimiento, tales como el retraso del inicio de la terapia.</li> </ul>	FUERTE	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○ ○

Continúa

<sup>1</sup> Definición de contacto según Circular de Vigilancia Epidemiológica B51/N°08 del 17 de agosto del 2017:

- En familiares intra-domiciliarios o que hayan tenido contacto con secreciones orales del paciente (besos en la boca o por compartir alimentos o cigarrillos).
- En instituciones, con personal al cuidado de niños, compañeros de asientos (estudiantes) y, contactos en lugares hacinados como las cárceles, internados y otros.
- En viajes prolongados, con pasajeros sentados cerca de un caso índice.
- En personal de salud, sólo en aquellos que estuvieron directamente expuestos a secreciones respiratorias de un enfermo, como manejo de tubo endotraqueal o resucitación boca a boca.

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA DE EVIDENCIA
<p>5. En personas con sospecha de enfermedad meningocócica sin signos de meningitis, el Ministerio de Salud SUGIERE REALIZAR punción lumbar en lugar de no hacer.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerar que hay pacientes que tienen contraindicaciones para este procedimiento, como por ejemplo hipertensión intracraneal o extrema gravedad.</li> <li>- Tomar una muestra adecuada dependen de la experiencia del operador.</li> </ul>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>6. En personas con sospecha de enfermedad meningocócica, el Ministerio de Salud SUGIERE HACER hemocultivo previo al inicio del tratamiento en lugar de no hacer.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El procedimiento no debe retrasar el inicio de tratamiento.</li> </ul>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>7. En personas con enfermedad meningocócica, el Ministerio de Salud SUGIERE USAR aislamiento en gotitas (separación de 1 metro o más entre enfermos) o aislamiento en pieza individual por 24 horas desde el inicio del tratamiento efectivo.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento de gotitas está regulado según Circular C13 N°09 del 13 de marzo del 2013<sup>2</sup>.</li> <li>- El aislamiento en pieza individual en las primeras 24 horas desde el inicio de tratamiento antibiótico, puede ayudar cuando no es posible asegurar el adecuado aislamiento de gotitas.</li> </ul>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>8. En personas con sospecha de enfermedad meningocócica, el Ministerio de Salud RECOMIENDA USAR antibióticos precoces en lugar de antibióticos tardíos.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se considera precoz 30 minutos desde efectuada la sospecha diagnóstica.</li> <li>- El panel considera que el potencial beneficio de evitar mortalidad, justifica una recomendación fuerte.</li> <li>- El antibiótico de elección es ceftriaxona de acuerdo a las siguientes dosis: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adultos: dosis diaria 4 g fraccionada cada 12 o 24 horas.</li> <li>○ Niños: 100 mg por kilo, con máximo 4 g.</li> </ul> </li> </ul>	FUERTE	<p>MODERADA</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>

Continúa

<sup>2</sup> Documento publicado en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/Circular-de-Vigilancia-Epidemiológica-B51-N°08-del-17-de-agosto-del-2017.pdf>

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA DE EVIDENCIA
<p>9. En personas con sospecha de sepsis meningocócica, el Ministerio de Salud RECOMIENDA USAR cristaloides de manera precoz en lugar de tardía.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Cristaloide corresponde a solución salina 0,9% (niños: 20 cc por kilo de peso en 10 min).</i></li> <li>- <i>Se considera precoz 30 minutos desde efectuada la sospecha diagnóstica.</i></li> </ul>	FUERTE	MODERADA ⊕ ⊕ ⊕ ○
<p>10. En niños y adolescentes menores de 18 años con diagnóstico de sepsis meningocócica, el Ministerio de Salud RECOMIENDA USAR corticoides en comparación a no usar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La dosis diaria en infusión continua de hidrocortisona intravenosa, es de 100-200 mg por m2 de superficie.</i></li> </ul>	FUERTE	MODERADA ⊕ ⊕ ⊕ ○
<p>11. En niños y adolescentes menores de 18 años con diagnóstico de meningitis meningocócica, el Ministerio de Salud RECOMIENDA USAR corticoides en comparación a no usar.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La dosis de dexametasona es 0,15 mg por kg de peso cada 6 horas endovenoso. Total diario: 0,6 mg por kg de peso por 48 horas.</i></li> </ul>	FUERTE	MODERADA ⊕ ⊕ ⊕ ○
<p>12. En niños con enfermedad meningocócica que desarrollan meningitis, el Ministerio de Salud SUGIERE HACER examen de potencial evocado auditivo al mes del alta en comparación a no hacer.</p>	BUENA PRÁCTICA CLÍNICA	

Las recomendaciones fueron formuladas utilizando el sistema GRADE.

## 1. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Objetivo General:** Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca de la prevención y tratamiento de Enfermedad Meningocócica.

**Tipo de pacientes y escenario clínico:** Toda persona, niño o adulto, con sospecha o diagnóstico de Enfermedad Meningocócica, atendidos en cualquiera de los niveles de atención, ambulatorios y hospitalizados.

**Usuarios de la Guía:** Todos los profesionales del equipo de salud: médicos especialistas; médicos generales y equipo multidisciplinario de los diferentes niveles de atención.

## 2. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **Equipo Elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

- ▶ Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía 2018](#)

Primero el equipo elaborador definió el alcance y los objetivos de la Guía. Luego se realizó la **Definición y Priorización de las Preguntas**. El Panel de Expertos, junto con el Coordinador Temático y Asesores Metodológicos plantearon todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. A través de una encuesta enviada a cada integrante del Panel de Expertos se evaluó las potenciales preguntas, priorizándose aquellas con mayor puntaje promedio.

### Elaboración de recomendaciones

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE)<sup>3</sup>. Luego de seleccionadas las preguntas a responder, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia de los efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF).

- ▶ Ver más detalle en [Informe de Búsqueda Sistemática de Evidencia de los efectos deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2017](#)
- ▶ Ver más detalle en [Informe de Síntesis de la Evidencia de los efectos deseables e indeseables de la intervención vs comparación - Guía 2017](#)

---

<sup>3</sup> Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

La **Formulación de las Recomendaciones** la realizó el Panel de Expertos, quienes consideraron su experiencia clínica o personal y la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, viabilidad de implementación, uso de recursos y costos.

Para asegurar la **Vigencia de las Recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de notificación a través de una plataforma que identifica periódicamente estudios (revisiones sistemáticas y estudios primarios) que dan respuesta a las preguntas formuladas. Así, cada vez que se publique nueva evidencia pertinente a las recomendaciones de esta Guía, se incorporará a la síntesis de evidencia, pudiendo o no modificar la recomendación.

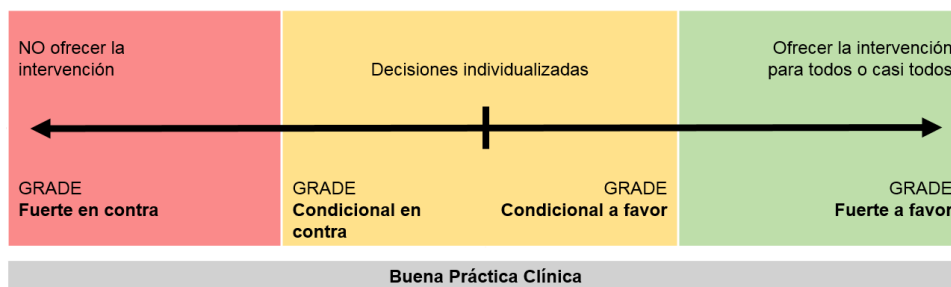
- ▶ Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica de Enfermedad Meningocócica 2018” completas.](#)

### 3. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

#### Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera por los clínicos:

**FUERTE:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en **TODOS** o en casi todos los casos. No se requiere una evaluación detallada de la evidencia que la soporta. Tampoco es necesario discutir detenidamente con los pacientes este tipo de indicación. Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** de la intervención o **Fuerte en Contra**.

**CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la **MAYORÍA** de los casos, pero se requiere considerar y entender la evidencia en que se sustenta la recomendación. Asimismo, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintos pacientes, por lo que el clínico debe hacer un esfuerzo para ayudar a los pacientes a escoger una opción que sea consistente con sus valores y preferencias. Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** de la intervención o **Condicional en Contra**.

**BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud. Cuando estas recomendaciones son útiles, no es necesario evaluar la calidad de la evidencia o calificar la fortaleza, y se basarán en la experiencia del panel de expertos. Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.



## Calidad de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Calidad	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que el verdadero efecto se encuentra muy cercano al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada en el estimador de efecto. Es probable que el verdadero efecto se encuentre próximo al estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia, pero existe la posibilidad de que sea diferente.
Baja ⊕⊕○○	La confianza en el estimador de efecto es limitada. El verdadero efecto podría ser muy diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.
Muy baja ⊕○○○	Existe muy poca confianza en el estimador de efecto. Es altamente probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimador de efecto reportado en el cuerpo de evidencia.

El sistema GRADE considera de calidad alta los ensayos controlados aleatorizados y de baja calidad los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la calidad de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la calidad de la evidencia**, si existen: limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en calidad de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).