

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
"JOSÉ LUIS MIRANDA"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

PRINCIPALES RESULTADOS DEL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LAS MENINGOENCEFALITIS EN EL NIÑO.

Por:

Dr. José Manuel González Santos¹, Dra. Norma Gómez García² y Dr. José Manuel González Cuétara³

1. Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Pediatría.
3. Residente de I año de Medicina General Integral.

Descriptor DeCS:

MENINGOENCEFALITIS/prevención & control
PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD
VACUNAS SINTÉTICAS

Subject headings:

MENINGOENCEPHALITIS/prevention & control
NATIONAL HEALTH PROGRAMS
VACCINES, SYNTHETIC/immunology

Las enfermedades infecciosas han perjudicado al ser humano desde el inicio de la civilización. Por ello, las infecciones del sistema nervioso central son un problema de salud en todo el mundo y constituye un desafío médico, microbiológico y epidemiológico ante la correcta conducta individual y el pronóstico satisfactorio. La aparición brusca de los síntomas y un desenlace fatal en pocas horas, o la permanencia de terribles secuelas, provocan que estas enfermedades tengan gran impacto social, y que la población reclame medidas de prevención o control que la proteja.

En Cuba, aproximadamente el 80% de las meningoencefalitis son producidas por virus, y los enterovirus (echo 4, 9, 11, 16 y 30 y coxsackies) son los que aparecen frecuentemente como epidemias^{1,2}. La encefalitis herpética, grave y mortal, afortunadamente no tiene un comportamiento epidémico³.

En los últimos 10 años han sido informados en Villa Clara 30 pacientes con el diagnóstico de meningoencefalitis eosinofílica⁴.

Los agentes predominantes de los casos de meningoencefalitis bacteriana han sido: *Neisseria meningitidis*⁵, *Haemophilus influenzae* tipo B⁶ y *Streptococcus pneumoniae*⁷; el primero de éstos ocasionó una epidemia que se inició en 1976, alcanzó su mayor incidencia en 1983, y a partir de este momento comenzó a descender luego de iniciada –durante los años 1989 y 1990– la campaña masiva de vacunación antimeningocócica, con la vacuna de producción nacional VA-MENGOC-BC.

Sobre el *Haemophilus influenzae* tipo B⁶ se plantea que entre un 15 y un 30% de los que sobreviven presentan graves secuelas neurológicas, y son la primera causa de retraso mental en varios países desarrollados, motivo por el cual el Ministerio de Salud Pública tomó la decisión de vacunar, a partir de 1999, a todos los niños cubanos contra este agente causal.

Como problema social y de salud queda el *Streptococcus pneumoniae*, para lo cual el estado cubano ha decidido incorporar a corto plazo la vacunación contra este agente patógeno, que presenta tasas de letalidad entre 30 y 40 %⁸.

Uno de los 48 programas nacionales de la atención materno infantil (salud de la madre y reducción de la mortalidad infantil) es precisamente el del control de los síndromes neurológicos infecciosos (SNI), el cual incluye: prevención, promoción, educación para la salud, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación de los pacientes con meningoencefalitis⁹.

Cuba, como pocos países, ha podido conjugar los dos pilares necesarios para la construcción de una sociedad justa y plena: la unión de la revolución político-social y la revolución científico-técnica¹⁰.

A continuación presentamos los principales logros obtenidos mediante el estricto cumplimiento del programa de control de las meningoencefalitis en el niño en la provincia de Villa Clara, durante el período comprendido entre los años 1983 y 2002:

- Mejor diagnóstico de los SNI mediante una correcta interpretación de cada caso. De sólo un 39,2 % informados como virales en 1983, se elevó a un 95,2 % en el año 2002.
- Reducción de la morbilidad y mortalidad por *Neisseria meningitidis*. De 71 casos informados por año en el período prevacunacional (1983-1988), se redujo a 1,5 casos por año en el período 1998-2002. El último fallecido por meningitis meningocócica en nuestra provincia ocurrió en 1990.
- Aumento importante del diagnóstico precoz en las primeras 48 horas de comenzada la enfermedad. De un 41,3 % en 1983, se elevó a un 90,4 % en el 2002.
- Mejoría evidente en el diagnóstico microbiológico. De un 24% de positividad en 1983, se elevó a un 80% en el 2002.
- Reducción de la estadía hospitalaria y, por tanto, de los costos por enfermedad, de las horas-escuela perdidas por los niños y de las horas-trabajo perdidas por los padres. En las meningoencefalitis virales, la estadía se redujo de 5,2 en 1983 a sólo 1,5 en el 2002, al tener en cuenta el ingreso domiciliario (repercusión económica).
- Reducción de las complicaciones precoces (edema cerebral y síndrome séptico entre otros), gracias al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno para mejorar las condiciones del paciente en el nivel primario de atención.
- Mejor calidad de vida de los pacientes, mediante una rehabilitación adecuada de cada caso y la reducción de las secuelas motoras, sensoriales, convulsivas y mentales (repercusión social).
- Disminución de la morbilidad y letalidad según agente causal, las cuales están muy por debajo de los indicadores establecidos internacionalmente. El último paciente diagnosticado con meningoencefalitis por *Haemophilus influenzae* tipo B fue en junio de 2000.
- Reducción importante de la mortalidad por meningoencefalitis bacteriana. De 39 fallecidos en 1983 para una tasa de 2,0 X 10 000 habitantes, se redujo a uno solo en el 2001 para una tasa de 0,05, y a ninguno en el 2002, gracias a la participación activa y eficaz del equipo multidisciplinario en los diferentes niveles de atención.
- Reducción importante de la mortalidad infantil por meningoencefalitis bacteriana. De 51 fallecidos menores de un año en el período 1983-1987 para una tasa de 0,9, se redujo a sólo siete en el período 1998-2001, para una tasa de 0,05 por cada 1000 nacidos vivos. El último fallecido menor de un año en Villa Clara por meningoencefalitis fue por *Streptococcus pneumoniae* en abril de 2001.

Referencias bibliográficas

1. González JM, Gómez N, Suárez I, Machado MC, González JM. Estudio clínico epidemiológico de meningoencefalitis por echovirus tipo 30. *Rev Mex Puericult Pediatr* 2002;9(52):135-9.
2. Vera CR, Castellanos CM. Hallazgos clínico-epidemiológicos en la meningoencefalitis aguda viral. *Medicentro* [en línea] 1999 [fecha de acceso 7 de enero de 2003]; 7(3). URL disponible en <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v3n399/HALLAZGOSMENINGO.htm>.

3. Casas C. Encefalitis herpética. *An Esp Pediatr* 1999; 29(130):217-22.
4. González JM, Andrade R, González RD, Moya A, González JM. Meningoencefalitis eosinofílica en 30 pacientes. *Medicentro* [en línea] 2002 [fecha de acceso 7 de enero de 2003]; 6(3). URL disponible en <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v6n302/MENINGOECEF.htm>.
5. Donalisie MR, Kemp B, Rocha MM, Ramira RM. Case fatality rate for meningococcal disease: study in the region of Compinas, SP, Brazil 1993 to 1998. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(6):589-95.
6. Bachiller P, Eiros JM, Blanco A. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de la infección por *haemophilus influenzae*. *An Med Interna* 2000;17(4):204-12.
7. Dowell F, Schwartz B. Resistant pneumococci: protecting patients through judicious use of antibiotics. *Am Fam Physician* 1997;55(5):1647-54.
8. Schoub BD. Los riesgos de poner fin a la vacunación: perspectiva desde el mundo en desarrollo. *Bol Organ Mundial Salud* 2000;(3):88-89.
9. Quintana I, Sotolongo F, Llop A, Cuevas I, Martínez N, Velázquez JC, et al. Programa Nacional de prevención y control de síndromes neurológicos infecciosos. La Habana: MINSAP; 1999.
10. Vascós González F. Salud Pública en Latinoamérica. Cuba con el mejor desempeño. *Granma*. La Habana feb 12;38(37):4.