
EXPERIENCIA MÉDICA

EL PAPEL DEL MÉDICO DE LA FAMILIA EN EL CONTROL DE LOS SÍNDROMES NEUROLÓGICOS INFECCIOSOS

Ibrahin Quintana Jardines¹ y Ana Margarita Muñiz²

RESUMEN: En el presente trabajo se exponen las actividades que debe desarrollar el Médico y Enfermera de la Familia en el control de los Síndromes Neurológicos Infecciosos, destacándose, que en estos momentos en que se ha sobrepasado el período epidémico que provocó el meningococo en los últimos años, es necesario el abordaje de estas enfermedades fundamentalmente a través de las inmunizaciones contra el *Haemophilus influenzae* tipo b y el meningococo, el reforzamiento de las actividades de control de foco y la participación en las actividades de rehabilitación y evitación de las secuelas que estas entidades provocan.

Descriptores DeCS: **MEDICOS DE FAMILIA; INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

Las infecciones del sistema nervioso central constituyen un importante problema de salud en todas las regiones del planeta y representan un reto para el médico de asistencia, el microbiólogo y el epidemiólogo para un correcto manejo individual, básico para un pronóstico satisfactorio. Por otra parte, la aparición brusca de la sintomatología y un desenlace fatal en pocas horas, o la permanencia de terribles secuelas provocan que estas enfermedades tengan un gran impacto social, que hace que la población reclame medidas de prevención o control que los proteja, no existiendo para muchas de estas entidades la posibilidad de ejecutar acciones de prevención primaria eficaces.

La incidencia de las meningoencefalitis bacterianas (MEB) en Europa Occidental y Estados Unidos, se estima que varía desde 5 a 10 casos por 100 000 habitantes, durante períodos endémicos. Los 3 principales agentes patógenos son: *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*.

En Cuba los agentes predominantes en los casos de MEB durante los últimos 20 años han sido la *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* tipo b y el *Streptococcus pneumoniae*, ocasionando el primero de estos una epidemia que se inició en 1976 y que alcanzó su mayor incidencia en el año 1983; a partir de ese

¹ Especialista de I Grado en Epidemiología. Jefe del Programa Nacional de Control de Síndromes Neurológicos Infecciosos y del Programa Nacional de Control Sanitario Internacional.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Dirección Nacional de Ambulatorio.

momento comienza a descender hasta los momentos actuales en que tenemos cifras de morbilidad por este agente muy similares a la ocurrencia en el período anterior a esa fecha.

ANTECEDENTES

En 1976 la tasa de incidencia duplicó y excedió la existente en los años anteriores para comenzar con un comportamiento epidémico de la enfermedad, la tasa en esos momentos era de 0,8 por 100 000 habitantes, fue significativo el brote epidémico de meningitis meningocócica en el área de salud del Policlínico "26 de Julio" en La Habana con 8 casos caracterizados por una alta tasa de letalidad (50 %) y el aislamiento de meningococo A sensible a la sulfadiacina sódica. Este año se distinguió por la existencia de brotes locales y familiares: un brote de 4 casos en una localidad del oriente del país y pequeños brotes familiares en otras localidades.

En 1978 la incidencia se incrementó a 1,8 casos por 100 mil habitantes. La caracterización de cepas de enfermos efectuada en el Laboratorio Central de Neisserias (Instituto de Higiene) fue serogrupo C (23 cepas, 79,3 %), del serogrupo B (5 cepas, 17,2 %) y del serogrupo A (1 cepa, 3,45 %).

En 1979 la tasa de incidencia alcanzaba los 5,6 casos por 100 000 habitantes, la letalidad en niños pequeños era del 45 % y del 30,8 % en niños de 1 a 6 años. Se crea la Comisión Nacional de Síndromes Neurológicos Infecciosos (SNI), la cual evaluaba el incremento de la resistencia a antibióticos, el comportamiento de la morbimortalidad por grupos de edad y el resultado de la caracterización de las cepas.

Ya en 1980 la enfermedad meningocócica era el principal problema

epidemiológico del país, con una tasa de 5,9 por 100 mil habitantes. El serogrupo B representó el 78,4 % de las cepas caracterizadas procedentes de casos clínicos, y el serogrupo C, que constituía el 50 % de la causa de la incidencia, pasó a representar sólo el 7,2 %; mientras el serogrupo A continuó con una pobre participación (2,2 %). Con la aplicación de la vacuna antimeningocócica A+C en 1979, se cerró el capítulo de la participación de los serogrupos A y C en el incremento de la morbilidad por la enfermedad meningocócica.

Los años 1981-1986 estuvieron caracterizados desde su inicio por la predominancia de la *Neisseria meningitidis* serogrupo B y el acmé de la epidemia; durante estos años se pusieron en tensión todos los elementos del sistema nacional de salud para enfrentar este grave problema.

La enfermedad meningocócica ha mostrado en los últimos años tasas inferiores a las restantes MEB, y ya ha dejado de estar en situación epidémica, por lo que debemos de pasar a otra fase en el enfrentamiento de los Síndromes Neurológicos Infecciosos en el país.

OBJETIVO GENERAL

Exponer la participación del Médico y Enfermera de la Familia en este programa de control.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mostrar las acciones del Médico y Enfermera de la Familia en las acciones de inmunoprofilaxis referentes a la prevención de estas entidades.
2. Exponer las actividades de vigilancia epidemiológica de los Síndromes Neurológicos Infecciosos.

3. Dar a conocer las actividades a cumplir en las actividades de control de foco.
4. Identificar la participación del Médico de Familia en la detección y evaluación de minusvalías, deficiencias y discapacidades (secuelas) en los egresos de SNI, con vistas a su rehabilitación.

ACCIONES DE INMUNOPROFILAXIS

El programa nacional de inmunizaciones establece en su esquema oficial la inmunización contra 2 de los agentes que con mayor frecuencia se asocian a estos síndromes, el meningococo BC y el *Haemophilus influenzae* tipo b. El Médico de Familia del consultorio será el responsable de la ejecución del programa a ese nivel a través de las siguientes tareas: vacunar a todo el universo previsto en su consultorio si dispone de cadena de frío, o enviar al área de salud a todos los niños incluidos en el universo de vacunación (ver anexo).

ACTIVIDADES DE VIGILANCIA

Control de foco

En las siguientes 48 h de notificado un caso confirmado de meningococemia bacteriana se deben iniciar las actividades de control de foco, que serán ejecutadas directamente por el médico del nivel de atención primaria más cercano al domicilio del caso, bajo la orientación, supervisión y control del Subdirector de Higiene y Epidemiología del Policlínico, o en su defecto por el Epidemiólogo de la Unidad o Centro Municipal de Higiene y Epidemiología.

Las acciones que se deben cumplir en los casos confirmados de MEB por *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae* tipo b son las siguientes acciones:

1. Educación sanitaria a los contactos sobre las características de la enfermedad y medidas de prevención, y muy especialmente la identificación de los síntomas iniciales de la enfermedad y la necesidad de solicitar rápida atención médica.
2. Vigilancia personal de todos los contactos durante 10 días buscando la aparición de fiebre mediante termometría 2 veces al día, u otros síntomas premonitores de enfermedad (cefalea, vómitos, petequias, etcétera).
3. Quimioprofilaxis dirigida a los contactos íntimos de enfermedad meningocócica teniendo en cuenta las características endemoepidémicas de esta entidad y la presencia de factores de riesgo como el hacinamiento, la mala ventilación, antecedente de caso previo en los últimos 10 días, institución infantil u otra unidad con régimen de internamiento considerada como foco reiterativo. No se deberá utilizar la quimioprofilaxis de forma rutinaria, sin un adecuado análisis epidemiológico. El medicamento de elección será la rifampicina, administrada bajo control del médico o la enfermera durante 2 días consecutivos a la dosis de 10-20 mg/kg/día en los niños y 600 mg como dosis/día total en los adultos. La decisión de aplicar esta medida será consultada y aprobada por el epidemiólogo del área de salud. En el caso de infección por MEB por *Haemophilus influenzae* tipo b, la quimioprofilaxis se administrará a todos los contactos de hogares donde

haya niños menores de 4 años diferentes del caso, durante 4 días y en la misma dosificación por peso corporal.

4. Orientar medidas generales para reducir o evitar el hacinamiento y la mala ventilación, especialmente en instituciones infantiles y con régimen de internamiento.
5. Confeccionar la historia epidemiológica de todo caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana de cualquier etiología, y enviarla al Subdirector de Higiene y Epidemiología del Policlínico en las siguientes 48 h de notificado el caso. Si apareciera un caso secundario se le realizará otra historia epidemiológica haciendo constar su relación con el caso primario.
6. Todo caso sospechoso detectado por la vigilancia personal o por solicitud de atención médica de forma directa debe ser remitido para su valoración a la unidad que corresponda.

Evaluación, seguimiento y rehabilitación de secuelas

Luego de la disminución de las cifras de mortalidad después del advenimiento de los antibióticos y la inmunoprofilaxis, las meningoencefalitis purulentas se han convertido en una causa importante de secuelas (motoras, convulsivas y sensoriales) y fuente de desequilibrios en la dinámica familiar, carga social, alteraciones de la personalidad y alteraciones de la dinámica laboral y escolar.

Por ello es necesario evaluar la calidad de la atención sanitaria no sólo en función del impacto en los indicadores de mortalidad, letalidad y morbilidad, sino también tomando en cuenta los daños establecidos: deficiencias, discapacidades y minusvalías.

Tan importante como la curación y prevención de los enfermos con MEB debe ser su seguimiento y rehabilitación. Tal como se toman medidas para disminuir su letalidad, corresponde a los servicios hospitalarios y de atención primaria organizar la prevención, diagnóstico y tratamiento del daño neurológico o sensorial (prevención terciaria). A las comisiones de SNI les corresponde realizar investigaciones para conocer la epidemiología de las secuelas, tanto a nivel provincial como nacional. Esto permitirá tener en cuenta la evaluación de los resultados de la calidad de la atención sanitaria.

El Médico y la Enfermera de la Familia, con la supervisión del Pediatra del Grupo Básico de Trabajo, ejecutarán las acciones siguientes:

- Brindar apoyo psicológico a pacientes y familiares.
- Coordinación del seguimiento ambulatorio de la rehabilitación motora (fisioterapia) y verificación de su cumplimiento.
- Verificar la concurrencia a realizar los potenciales evocados auditivos del tallo cerebral (PEATC) en un tiempo no superior a los 3 meses posteriores al egreso hospitalario en los lugares donde exista este recurso o pueda ser coordinado.
- Verificar la asistencia a las consultas de seguimiento que ofrece el grupo multidisciplinario hospitalario.
- Remitir al grupo multidisciplinario del hospital correspondiente, aquellos pacientes con antecedentes de SNI que no hayan sido evaluados por cualquier causa.
- Remitir al grupo multidisciplinario los escolares, que con antecedentes de SNI presenten trastornos del aprendizaje, de la atención o conducta, según criterio de padres o maestros.

ANEXO. Esquema de vacunación

Tipo de vacuna	Número de dosis				Cantidad de dosis	Vía de administración	Región anatómica de aplicación	Lugar de aplicación
	1ra.	2da.	3ra.	React.				
Hib	2M	4M	6M	15M	0,5 mL	IM	1/3 medio CALM	Policlínico o Consultorio
AM-BC	3M	5M	-	-	0,5 mL	IM	1/3 medio CALM	Policlínico o Consultorio

SUMMARY: This paper presents the activities to be carried out by the family physician and nurse in order to control Infectious Neurological Syndromes, underlining that at these moments, when the epidemic period provoked by the meningococcus in the last years has been overcome, it is necessary to FACE these diseases mainly through immunizations against *Haemophilus influenzae* type B and meningococcus, to reinforce those activities for focus control and to participate in activities for the rehabilitation and the prevention of the sequelae produced by these entities.

Subject headings: PHYSICIANS, FAMILY; CENTRAL NERVOUS SYSTEM INFECTIONS.

Recibido: 3 de mayo de 1999. Aprobado: 27 de abril de 1999.

Dr. Ibrahin Quintana Jardines. Pasaje Delicias # 11 apto. 7 e/ Quiroga y Tres Palacios, Lawton, 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.