

Ministerio de Salud Pública (MINSAP). **Programa Nacional de Prevención y Control de Síndromes Neurológicos Infecciosos**. La Habana: MINSAP, 1999. Disponible en: <http://aps.sld.cu/E/prosni.html>

DIRECCION NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE SÍNDROMES NEUROLÓGICOS INFECCIOSOS

Ciudad de la Habana, Agosto de 1999

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Carlos Dotres Martínez

Ministro

AREA DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Raúl Pérez González

Viceministro

Dr. Manuel Santín Peña

Director Nacional de Epidemiología

Dr. Ibrahín Quintana Jardines

Jefe Nacional del Programa de Control de los Síndromes Neurológicos Infecciosos.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

REVISADO FECHA. 19 de agosto de 1999

Actualizado y revisado el 19 de Agosto, incluye lo planteado por el grupo de Medicina Interna.

PROGRAMA CONTROL DE SÍNDROMES NEUROLÓGICOS INFECCIOSOS.

¡Error! Marcador no definido.

Autores:

Dr. Ibrahín Quintana Jardines, Especialista de Primer grado en Epidemiología, Dirección Nacional de Epidemiología.

Dr. Franklin Sotolongo Padrón, Especialista de Segundo grado en Microbiología, Instituto Finlay.

Dra. Alina Llop Hernández, Especialista de Segundo grado en Microbiología,
Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí"

Dr. Iván Cuevas Valdespino, Especialista de Primer grado en Epidemiología
Instituto Finlay.

Epidemiología Dra. Norma Martínez Vázquez, Especialista de Primer grado en
Dirección de Atención Materno Infantil, MINSAP.

Pediatría Dr. Juan Carlos Velázquez Acosta, Especialista de Primer grado en
Hospital "William Soler"

Dr. Roberto Alvarez Fumero, Especialista de Primer grado en Pediatría,
Dirección de Atención Materno Infantil, MINSAP.

Dr. Erick Martínez Torres, Especialista de Segundo grado en Pediatría,
Dirección de Ciencia y Técnica, MINSAP.

Lic. Isis Tamargo Martínez, Licenciada en Microbiología,
Laboratorio Nacional de Referencia del Meningococo, IPK.

Epidemiología, Dr. Antonio Pérez Rodríguez, Especialista de Segundo grado en
Subdirección de vigilancia epidemiológica, IPK.

Dra. Isabel Martínez Mota, Especialista de Segundo Grado en Microbiología
Instituto Finlay.

Microbiología, Dra. Teresita Leiva Sánchez, Especialista de Segundo Grado en
Instituto Finlay.

Colaboradores:

Dr. Miguel Angel Galindo Sardiña, Especialista en Epidemiología,
Dirección Nacional de Epidemiología, MINSAP.

Dr. Jorge Delgado Bustillo, Especialista en Epidemiología
Centro Nacional de Educación y Promoción de Salud, MINSAP

Dra. Ana Margarita Muñiz Roque, Especialista en Medicina General Integral
Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios, MINSAP.

Dr. Fernando Domínguez Diepa, Especialista en Pediatría,
Grupo Nacional de Pediatría.

Dra. Berta Lidia Castro Pacheco, Especialista en Pediatría,
Hospital "William Soler".

Dr. Enrique Guzmán Rodríguez, Especialista en Pediatría,

". Hospital "William Soler".

Dra. Ana Camejo Plasencia, Especialista en Neonatología,
Hospital "William Soler"

Dr. Guillermo A. Gonzalez Martínez, especialista en Medicina Interna
Hospital Clínico Quirúrgico "10 de Octubre".

Ing. Leticia Chacón Maceo.
Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP

Jefes de Programa de Síndromes Neurológicos Infecciosos de provincia.

Dra. Mérida Morales Lugo	Pinar del Río
Dra. Mirían García Villena	Ciudad Habana
Dr. Jesús Quintana Hernández	Matanzas
Dr. Jorge Pérez Sosa	Cienfuegos
Dra. Marcelina González García	Villa Clara
Dra. María Virginia Cabrera Carmentate	Sancti Spiritus
Dra. Olga de Zayas Borrero	Ciego de Avila
Dra. Odalis Rodríguez Heredia	Camagüey
Dra. Raquel García González	Las Tunas
Dra. María Eugenia Escobar	Holguín
Dr. Luís Enrique Rosabal Ferrer	Granma
Dr. Gonzalo Urgellés	Santiago de Cuba
Dra. María Elena Sánchez García	Guantánamo
Dr. Archivaldo Marín	Isla de la Juventud

INTRODUCCION

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 la Meningoencefalitis Bacterianas (M.E.B.) en Europa Occidental y Estados Unidos, se estima que varía desde 5 a 10 casos por 100,000 Hbts., durante períodos endémicos. Los tres principales agentes patógenos son; *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*.

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

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

Las M.E.V. no han dejado de ser un problema de salud, pero dada la característica benigna de sus cuadros clínicos, sólo se han tomado en cuenta cuando de una mala clasificación diagnóstica de los casos se trata. Sin embargo han causado afectación económica por concepto de días camas ocupadas, ausentismo laboral. Por ello se han realizado esfuerzos para tener una buena vigilancia epidemiológica, al objeto de conocer su comportamiento.

ANTECEDENTES

En el año 1969 se elaboró un Manual Práctico para el diagnóstico de las MEB por los médicos generales. En 1971 se norma y estandariza el diagnóstico microbiológico de los L.C.R. y los Hemocultivos y en 1974 se norma la conducta a seguir para el control médico y epidemiológico de casos esporádicos y brotes de MEB, siendo las MEB causadas por *N. meningitidis* las únicas que podían tener un potencial epidémico.

Hasta 1975 el Índice endémico de Enfermedad Meningocócica era 0,3 a 0,4 casos por 100 000 Hab.

En 1976 la tasa de incidencia duplicó y excedió la existente para ubicarse en 0,8 por 100,000 Hab. Fue significativo el brote epidémico de meningitis meningocócica en Área de Salud del Policlínico "26 de Julio" en La Habana de 8 casos caracterizado por una alta tasa de letalidad del 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 1977 la tasa de incidencia de Enfermedad Meningocócica se mantuvo en 0,8 casos por 100 mil habitantes para todo el país.

Se decide capacitar a los médicos en los criterios de diagnóstico, remisión y tratamiento; centralizar el ingreso en los centros hospitalarios con mayor capacidad de diagnóstico microbiológico y tratamiento e iniciar de forma inmediata las medidas de control de foco: encuesta epidemiológica, pesquisa de febriles y portadores, desinfección y quimioprofilaxis.

En 1978 la incidencia se incrementó a 1,8 casos por 100 mil habitantes. La caracterización de cepas de enfermos efectuado 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%). Se inician estudios de portadores.

En 1979 la tasa de incidencia alcanzaba los 5,6 casos por 100 000 Hab., 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 S.N.I., 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, aunque en realidad esta comenzó en el año 1979 cuando el incremento de la morbilidad excedió la tasa normal endémica multiplicada por 10.

El año 1981 marca el inicio de las investigaciones sobre inmunoprofilaxis de la Enfermedad Meningocócica a serogrupo B. La incidencia pasó a 9.4 casos por 100 000 Hab. y el serogrupo B representó el 93,6% de la incidencia, y el serogrupo C sólo el 3,6%. Se realizaron ajustes en el Sistema de Vigilancia, se introducen la contrainmunolectroforesis y la gota gruesa para el diagnóstico rápido en los laboratorios. Además se inicia la serotipificación de las cepas de meningococo de todo el país en el Laboratorio Nacional de Referencia y se auditan todas las historias clínicas de los casos al objeto de garantizar la calidad de la atención, se incrementa la capacitación al personal médico y paramédico⁶, y se exige el inmediato inicio de las acciones de control de foco.

En 1982 la morbilidad asciende a 12.5 casos por 100 000 Hab., la letalidad general era del 16.7% y el serogrupo B era el principal. Los aspectos más señalados fueron la reactivación de la Comisión Nacional y las provinciales, y el envío de carta circular a los directores sectoriales reiterando la importancia del control de foco. Se inspeccionan los hospitales y provincias con mayor mortalidad y morbilidad, y se difunde el diagnóstico rápido de *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*.

En 1983 la morbilidad era de 14.2 casos por 100 000 Hab. y la letalidad de 14.9%. Se mantuvo el serogrupo B como el predominante, y de ellas el serotipo 15.

Se realiza el I Simposio Nacional de Enfermedad Meningocócica se aprueba el "Programa de Lucha contra la Enfermedad Meningocócica" y se actualizaron Indicaciones Metodológicas donde se establecen grupos de clasificación al arribo a la atención de emergencia:

Grupo I Meningococcemia con shock.

Grupo II Meningococcemia sin shock.

Grupo III Meningoencefalitis meningocócica.

Grupo IV Fiebre sin otros síntomas en contacto dentro de un foco.

Grupo V Fiebre, cefalea y vómitos, únicas manifestaciones.

En 1984 la tasa fue de 14.1 casos por 100 000 Hab.. Se confirma la circulación de la cepa B:4 P1.15, siendo el serogrupo B el existente en el 95.3% de los aislamientos.

En abril se realizó el II Simposio Nacional de Enfermedad Meningocócica donde se pasó revista a las acciones y trabajos realizados para contener la epidemia, y en junio el I Taller Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Meningocócica. Se establece una nueva encuesta para la vigilancia epidemiológica.

El 4 de mayo de 1985 se realiza el II Taller Nacional, y los estudios sobre inmunogenicidad y reactogenicidad de la vacuna antimeningocócica de proteínas B y polisacárido C en animales y humanos. La incidencia estaba en 13.0 por 100 mil hab.

Se realiza estudio de portadores en población de 10 a 14 años, donde se detectó que el 66.7% eran portadores de *Neisseria meningitidis* serogrupo B.

En 1986 la incidencia era de 11.5 casos por 100 mil Hab. Se continúan los ensayos sobre inmunoprofilaxis de la vacuna experimental para la protección contra la *Neisseria meningitidis* serogrupo B.

El año 1987 se presentan los resultados del estudio "Factores de pronóstico Desfavorables" y se inicia la evaluación de campo de la vacuna experimental. Esta se concluye en 1988, obteniéndose un 83% de eficacia. Una vez cumplimentadas satisfactoriamente las fases de los estudios clínicos, demostrativos de la seguridad y eficacia del producto, le fue otorgado el Registro Médico sanitario para su aplicación masiva, bajo el nombre de VA-MENGOC-BC.

Durante los años 1989 al 1990 se realizaron las campañas masivas de vacunación con VA-MENGOC-BC para el completamiento del control de la enfermedad mediante la inmunoprofilaxis. Algo más adelante, la eliminación del Campo Socialista y la URSS fue seguida por una etapa de crisis económica por la pérdida del 85% de los mercados de materias primas necesarios para el funcionamiento de la economía del país, el recrudecimiento del bloqueo económico, el cierre del 60% de la capacidad fabril y graves afectaciones en el suministro de energía eléctrica. Ello trajo consigo consecuencias en el desarrollo de los programas de salud.

La Enfermedad Meningocócica ha mostrado en los últimos años tasas inferiores a las restantes M.E.B., y al dejar de estar esta en situación epidémica ha habido sin dudas un deterioro paulatino en el funcionamiento de las Comisiones de S.N.I. de los Hospitales y Provincias, y de las actividades previstas en el Programa vigente para el control de esta enfermedad.

La reducción de la información obtenida por el SID, el no envío de forma regular y sistemática de las encuestas epidemiológicas y algunos aspectos de carácter técnico administrativos han imposibilitado la obtención de información básica sobre la ocurrencia de estos síndromes.

En 1993 la Dirección Nacional de Estadística, a solicitud de la Dirección Nacional de Epidemiología, emitió una circular que establecía la obligatoriedad del llenado de

las tarjetas de E.D.O. en las unidades hospitalarias clasificando los Síndromes Neurológicos Infecciosos de etiología bacteriana en los siguientes rubros:

Meningoencefalitis Meningocócica

Meningococemia

Meningoencefalitis por *Haemophilus influenzae*

Meningoencefalitis por *Streptococo pneumoniae*

Meningoencefalitis por *Streptococo B* hemolítico

Meningoencefalitis Bacteriana de etiología no precisada

Además, aclaraba que en el caso del aislamiento de otros agentes que no aparecían en este listado, debía consignarse en la tarjeta, por ejemplo Meningoencefalitis por *E. coli*, *Salmonellas*, *Klebsiellas*, *Estafilococos*, etc..

A principios del año 1994 se celebró un Curso-Taller Nacional que reunió a todas las provincias del país y a especialistas de Pediatría, Epidemiología y Microbiología entre otros, con el objetivo de evaluar la situación de los síndromes neurológicos de etiología bacteriana y proponer modificaciones de los aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. De esta reunión salió un borrador de programa que nunca se aprobó, sin embargo, las modificaciones y acuerdos que se tomaron significaron la visión de que era una realidad el enfoque abarcador a todas las meningoencefalitis bacterianas.

Las bondades de la vacuna se mantuvieron, lo cual se constató en la seguridad de los resultados a pesar de la adversidad en que se vio envuelto el país.

En 1995, con el patrocinio del Instituto FINLAY, el MINSAP y el IPK, se retoman la realización de talleres en interés de mantener una buena vigilancia de las manifestaciones residuales de la enfermedad meningocócica y una buena clasificación de los demás síndromes neurológicos Infecciosos. La voluntad de mantener los resultados alcanzados en el control de la enfermedad se ilustró además en la obtención de coberturas de vacunación superiores al 99% desde el año 1994.

Al cabo de los años, desde 1991, sólo se ha mantenido la estrategia de vacunación con VA-MENGOC-BC por programa en los menores de un año de edad. A pesar de ello los valores están por debajo del nivel de los años preepidémicos (0.6 casos por 100 000 Hab en 1997, y 0.8 casos por 100 000 Hab en 1976), lo cual es una muestra de la consistente respuesta inmune que deja la vacuna a lo largo de los años.

La identificación de los agentes etiologicos causales de los síndromes neurológicos infecciosos, se ha visto afectado en los últimos años por la pobre disponibilidad de reactivo y medios de cultivo.

En 1997 y 1998 se hicieron inversiones puntuales en reactivos para los laboratorios de bacteriología y se profundizó en la calidad del trabajo. Por ello se obtiene un salto cualitativamente superior, y así tenemos que de un aislamiento del 18,4% que había en 1994 ya se logra el aislamiento en el 46,8% de los casos de

meningoencefalitis bacteriana en el año 1998. Esta recuperación se garantizará en la medida que se mantenga una atención a los abastecimientos de reactivos y el incremento de la disciplina en los laboratorios.

Al analizar la frecuencia de los agentes etiológicos causales de Meningoencefalitis bacteriana se observa que en 1998 el *Haemophilus influenzae* tipo b es el germen identificado en mayor cuantía al estar presente en el 38,7% de los casos donde fue posible el aislamiento bacteriano, seguido del *Streptococo pneumoniae* con el 35,8%. Esta incidencia supera a la de los casos notificados causados por el meningococo, por lo que regresamos a una situación similar a la que teníamos antes de 1976. Otro agente causal de meningitis bacteriana es el *Streptococo β hemolítico* del serogrupo B, con la característica de que estos casos son más frecuentes en los neonatos y presentan la letalidad más alta (superior al 50%) . De los gérmenes más frecuentemente aislados en los últimos años , el neumococo presenta tasas de letalidad entre 30 y 40% y el *Haemophilus influenzae* entre 15 y 20%.

Desde 1994 se ha destacado que la infección del líquido cefalorraquídeo (LCR) no produce inflamación meníngea (meningitis) sino después de un período variable, y lo hace a partir de la respuesta inflamatoria que se produce a partir de la liberación de mediadores endógenos por la presencia de antígenos bacterianos.

A pesar de la disminución de las cifras de mortalidad después del advenimiento de los antibióticos, las meningoencefalitis purulentas en edades mayores, y las meningoencefalitis a herpesvirus en los Recién Nacidos han sido una causa importante de secuelas (motoras, mentales, convulsivas, sensoriales) y fuente de desequilibrios en la dinámica familiar, carga social, alteraciones de la personalidad y alteraciones de la dinámica laboral o escolar.

En un estudio prospectivo de cohorte realizado en el Hospital William Soler, aplicando métodos clínicos, psicométricos y neurofisiológicos (PET y Neurometría), después de 6 años de seguimiento de 100 pacientes que sufrieron meningoencefalitis purulenta en los primeros dos años de vida, se encontró como resultado: 61% normales, 11% con alteraciones neurosensoriales, 8% con alguna afección neurológica (motora) y 20% con algún tipo de trastorno psicológico, incluyendo afectación cognitiva.

La aplicación de una primera batería de estudios permitió caracterizar un grupo "en riesgo" de secuela, el cual fue sometido a intervención: todos se incluyeron en un programa de estimulación y algunos (según su necesidad específica) recibieron atención del audiólogo, fisiatra, neurólogo o psicólogo. Los niños con daño sensorial recibieron prótesis auditiva. Cada paciente (en riesgo o no) fue citado y reevaluado periódicamente.

Este estudio demostró:

- La necesidad y factibilidad de realizar un seguimiento a todos los convalecientes de meningoencefalitis bacteriana (MEB)
- La ventaja del enfoque multidisciplinario

-La utilidad de la detección precoz de pacientes "en riesgo" para ejercer una intervención temprana.

-La posibilidad de aplicar métodos neurofisiológicos novedosos en perfecta armonía con los métodos clásicos del examen clínico neuropediátrico y la psicometría.

Además, éste y otros estudios contribuyeron al conocimiento de la epidemiología de las secuelas y a enfatizar la responsabilidad social del equipo en cuanto a elevar la calidad de vida y posibilitar el reintegro al trabajo o a la escuela de pacientes que sobrevivieron a esta enfermedad. No se puede soslayar que la MEB es la causa principal de sordera adquirida en nuestro país.

Las M.E.V. son tomadas en consideración desde los años 1969-70, cuando se realiza un estudio en C. Habana para conocer la participación de distintos virus (enterovirus, virus de la parotiditis, virus del herpes simple y virus de San Luis) así como de Leptospiras en la etiología del Síndrome de Meningitis Aséptica en su forma endémica. Se comprobó que en más del 60% de los casos estudiados distintos enterovirus podían explicar la etiología del cuadro clínico, seguido del virus de la parotiditis en un 15-20% de los casos. En 1972 ocurrió una epidemia de rápida difusión a todo el país, la cual se extendió hasta 1973, confirmándose por aislamiento viral y métodos serológicos una variante "prima" del ECHOvirus tipo 4 como causante de la epidemia.. Dada la importancia que los enterovirus tienen en la producción de estos síndromes, tanto en periodos endémicos como epidémicos, con posterioridad a 1973 se mantuvo una vigilancia de la circulación de estos virus en casos de meningoencefalitis virales. Desde entonces hasta la fecha se han identificado los agentes etiológicos en distintas epidemias de mayor ó menor magnitud, las cuales se han producido por los enterovirus ECHO-4 (2 veces), Coxsackie B5 (2 veces), ECHO-6, ECHO-30, Coxsackie A7, A16 y A9. En los periodos inter-epidémicos se han identificado numerosos otros enterovirus como agentes etiológicos de estos síndromes, entre ellos los ECHO-2, 3, 5, 7, 9, 11, 12, y 25, así como los Coxsackie B-1, 4 y 6. El gran número de serotipos distintos que pueden estar relacionados con esta patología, principalmente en los momentos no epidémicos, hacen de poca utilidad el aislamiento e identificación viral en estos cuadros, lo cual si está justificado realizarlo en casos de epidemias. En la actualidad los métodos de biología molecular disponibles en el laboratorio permiten un diagnóstico rápido para identificar de forma genérica la participación de los enterovirus en los Síndromes Neurológicos Infecciosos a partir de muestras de LCR.

SITUACIÓN ACTUAL

Los resultados obtenidos por el Programa Nacional de Inmunización ha permitido llevar a niveles mínimos la Enfermedad Meningocócica, la meningoencefalitis urleana – una de las manifestaciones del virus de las paperas–, eliminar la circulación del virus de la poliomielitis salvaje, y disminuir la morbilidad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b en menores de cinco años. Esto, amén de la necesidad de incrementar la vigilancia de síndromes neurológicos causados por enterovirus y arbovirus. Con estas consideraciones, es necesario formular un

“Programa de Síndromes Neurológicos Infecciosos” con enfoque abarcador, centrado en el caso de las causas parasitarias, micóticas, virales, por priones etc. en la vigilancia.

Durante 1998 se realizaron talleres regionales para discutir los aspectos relacionados con los resultados del programa, analizándose las principales deficiencias y líneas de trabajo que se debían adoptar para pasar a una etapa superior en el control del mismo, aspectos que fueron debatidos en el Taller Nacional realizado durante el mes de abril de 1999..

Entre ellas quedan por abordar:

- Inadecuada identificación en el adulto del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (S.R.I.S.), el cual a juicio de la comisión de Diagnóstico Clínico y Terapéutica es el cuadro de presentación frecuente de los Síndromes Neurológicos Infecciosos.
- No hay revisión ni análisis adecuado de las Historias Clínicas de fallecidos por SNI en adultos.
- Falta de cumplimiento del envío al IPK de las encuestas para la vigilancia epidemiología.
- No hay un sistema de retroalimentación a la base de los resultados de los Laboratorios de Referencia, como son la resistencia a drogas y resultados de la caracterización de las cepas enviadas, lo cual forma parte de la vigilancia epidemiológica.
- Pobre desarrollo de las Comisiones de Síndromes Neurológicos en las provincias.
- Alta letalidad en los adultos afectados de S.N.I.
- Ausencia en el ámbito de hospitales de una política racional en el uso de los antibióticos.
- Situación crítica de los laboratorios clínicos y de microbiología de los hospitales, por la falta de reactivos y medios de cultivo.

Luego será conveniente en este programa enfrentar estos retos y abordar problemas como la necesidad de un enfoque integral del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica en la atención de urgencia, la circulación y emergencia de nuevos S.N.I. –ejemplo la Enfermedad de Creutzfeld-Jacobbs–, y el paso a primer plano de atención al diagnóstico, seguimiento y rehabilitación de las discapacidades, deficiencias y minusvalías que dejan estas enfermedades.

OBJETIVO GENERAL

Reducir la morbilidad y la mortalidad por los Síndromes Neurológicos Infecciosos mediante acciones de prevención, control y rehabilitación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Cumplir las acciones de inmunoprofilaxis referentes a lo establecido en el Programa de Inmunización.

2. Garantizar el cumplimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica de los Síndromes Neurológicos Infecciosos.
3. Asegurar las acciones necesarias para lograr un nivel adecuado de diagnóstico de laboratorio de los cuadros de síndromes neurológicos infecciosos.
4. Cumplir el 100% de los controles de foco de los Síndromes Neurológicos Infecciosos bacterianos y de otros que se requieran.
5. Perfeccionar la caracterización y estudios de resistencia e incorporar marcadores epidemiológicos que permitan detectar de forma precoz los cambios en la circulación de agentes etiológicos de S.N.I.
6. Reactivar el funcionamiento de las Comisiones de Síndromes Neurológicos Infecciosos.
7. Asegurar la detección y evaluación de minusvalías, deficiencias y discapacidades (secuelas) en los egresos de S.N.I., con vistas a su rehabilitación.
8. Establecer recomendaciones terapéuticas que permitan cumplir con el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.
9. Desarrollar las actividades de capacitación, promoción, educación sanitaria e investigación que permitan alcanzar los objetivos del programa.

ESTRATEGIAS BASICAS DEL PROGRAMA DE PREVENCION, CONTROL, TRATAMIENTO Y REHABILITACION

1. Cumplir las acciones de inmunoprofilaxis contempladas en el Programa de Inmunización, para lograr la prevención y control de los S.N.I.
2. Mejorar el diagnóstico microbiológico y la notificación en los hospitales donde se realiza el diagnóstico.
3. Disminuir el agravamiento, la aparición de secuelas o la muerte del paciente mediante el diagnóstico precoz y la terapéutica adecuada.
4. Introducir actividades de identificación y rehabilitación de las secuelas.
5. Mantener y perfeccionar la descentralización del control de foco al área de salud.
6. Perfeccionar el sistema de control de la calidad de las acciones del Programa de Control de S.N.I. para lograr el mejoramiento sistemático del desempeño en el cumplimiento de este.