



¿ES POSIBLE MODIFICAR EL PRONOSTICO DESFAVORABLE DE LA ENFERMEDAD MENINGOCOCICA?

Dr. Eric Martínez Torres*

Se ha dicho, con razón, que la enfermedad meningocócica (EM) es la infección bacteriana capaz de matar en el lapso más corto. Bien porque un grupo de enfermos, desde que aparecen los síntomas iniciales, ya muestran un daño multivisceral que se expresa en un *shock* irreversible¹ (meningococcemia fulminante) o bien porque a una infección del sistema nervioso aparentemente común puede seguir un edema cerebral tan súbito e intenso que lo haga «intratable» (meningoencefalitis fulminante, según *De Voe*);² esta última forma clínica se presenta sobre todo en lactantes pequeños y se produce por la acción de la endotoxina bacteriana que modifica la permeabilidad hematoencefálica.

En otros países^{3,4} y en Cuba^{5,6} se han emitido criterios para considerar como de mal pronóstico un paciente con EM. En nuestro caso, a partir de la experiencia de la provincia Ciudad de La Habana, se establecieron ocho factores, de modo que cuando un niño acumulaba cinco o más (al ingreso o las primeras seis horas) se ensombrecía su pronóstico, pues históricamente sus posibilidades de recuperación eran muy pocas.

En los años recientes han coincidido algunos aspectos muy importantes para aumentar la supervivencia en esta enfermedad:

1. La consolidación y mejoría progresiva de la calidad del trabajo en las Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas (UTIP) en todo el país, lo cual ha permitido que *todo* niño con EM se ingrese inmediatamente en una UTIP aun antes de aparecer las complicaciones más temidas. Pocos países, aun los desarrollados, pueden tener la base material y la cobertura nacional necesarias para emitir una orientación así.
2. Un mejor conocimiento de los síntomas iniciales de la enfermedad,^{7,8} resultado de diversas tareas de divulgación llevadas a cabo en todas las provincias.
3. La unificación de criterios para el tratamiento (en los Servicios de Urgencia y en las UTIP) mediante la generalización de las mejores experiencias en los dos talleres nacionales convocados para tal fin por el MINSAP y expresado en forma de Orientación Metodológica⁹ en 1986.

* Especialista de II Grado en Pediatría. Miembro de la Comisión Nacional de Síndromes Neurológicos Infecciosos del MINSAP, Ciudad de La Habana.

4. La creación y el funcionamiento, en todas las provincias, de las comisiones de síndromes neurológicos infecciosos a nivel de hospital y Dirección Provincial de Salud que han discutido cada caso, emitido orientaciones específicas y controlado la marcha del programa.

El análisis hecho en 1987 de los resultados del tratamiento de 155 niños en las UTIP de 12 provincias del país durante el año precedente fue esperanzador (tabla 1): sobrevivió casi el 40 % de aquéllos considerados como de mal pronóstico al ingreso. Durante los años anteriores en este grupo de pacientes, esta cifra era francamente inferior. Cuando se hizo el análisis cualitativo y se consideró, según estudios previos⁶ el tipo de paciente con peor pronóstico: meningococcemia con trombocitopenia, *shock* y cifra de leucocitos normal o baja, pudo apreciarse (tabla 2) que donde antes la supervivencia era nula, después ésta fue del 25,0 %. En otro grupo de pacientes, aquéllos con meningococcemia, recuento plaquetario normal, *shock* y acidosis metabólica importante, que antes tenía una pobre supervivencia de 20,0 %, después casi se duplicó ésta, con 38,4 %.

TABLA 1. Enfermedad meningocócica en el niño. Supervivencia según el número de factores de pronóstico desfavorable al ingreso

Total de factores	Egresados		% de supervivencia
	Vivos	Fallecidos	
0	13	0	100,0
1	40	1	97,5
2	53	0	100,0
3	31	5	86,1
4	11	3	78,5
Subtotal	94	8	92,2
5	17	15	53,1
6	3	11	21,4
7	1	5	16,6
8	0	1	0
Subtotal	21	32	39,6

Nota: $p < 0,001$.

Detrás de las cifras mencionadas hay decenas de vidas salvadas y un aumento en la confianza de nuestro pueblo en su Sistema Nacional de Salud, y equipos de que disponemos. Una cosa sí ha quedado clara: muchas de las sombras de un mal pronóstico pueden desvanecerse con la calidad en la asis-

tencia médica. Se ratifica aquella máxima de que el revolucionario debe conocer la realidad... para transformarla.

No debe tomarse como una meta, sino como un punto de partida: se puede mejorar aún la precocidad del diagnóstico y la eficacia de la terapéutica con la utilización de los modernos recursos farmacológicos y las instalaciones

TABLA 2. Modificación del pronóstico de la meningococcemia en la edad pediátrica

Pacientes con:	Supervivencia	
	Ciudad de La Habana 1982 a 1984	Cuba 1986
Plaquetas < 150 000 Shock	0	25,0 %
Leucocitos < 10 000		
Plaquetas > 150 000 Shock	20,0 %	38,4 %
Acidosis metabólica (pH < 7,30)		

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Slack, J.: Deaths from meningococcal infection in England and Wales in 1978. *J R Coll Physicians Lond* 16: 40, 1982.
2. De Voe, I.: The meningococcus and mechanisms of pathogenicity. *Microbiol Rev* 46: 168, 1982.
3. Niklasson, P. M. et al.: Prognostic factors in meningococcal disease. *Scand J Infect Dis* 3: 17, 1971.
4. Leclerc, F. et al.: Prognostic factors of severe infectious purpura in children. *Intensive Care Med* 11: 140-143, 1985.
5. Martínez Torres, E. et al.: Factores de pronóstico en la enfermedad meningocócica en el niño. *Rev Cubana Pediatr* 57: 61-68, 1985.
6. Martínez Torres, E. et al.: Factores de pronóstico desfavorable en la enfermedad meningocócica. Resultados del análisis multivariado. *Rev Cubana Pediatr*. (Presentado para su publicación.)
7. Gómez Iglesias, A. et al.: Enfermedad meningocócica en el niño: cuadro clínico y humoral. *Rev Cubana Med Gen Integral* 3 (1): 15-20, 1987.
8. Martínez Torres, E. et al.: ¿Es posible el diagnóstico precoz de la enfermedad meningocócica? *Rev Cubana Pediatr*. (Presentado para su publicación.)
9. MINSAP: Programa de Atención Maternoinfantil. Orientaciones Metodológicas. La Habana, enero de 1986.

Dr. Eric Martínez Torres. Hospital Pediátrico Docente «William Soler». Avenida San Francisco y Perla, Altahabana, Ciudad de La Habana 8, Cuba.