

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N° 71 - Mayo/ junio 2017

Listado de medicamentos esenciales. Recomendaciones de OMS para uso de ATB - Vacunas: dos proyectos de ley diametralmente opuestos - Vacuna antigripal disminuye enfermedad cardíaca - Highlights del 12 AWMC

STAFF

Departamento de
Epidemiología

Dirección

DR. DANIEL STAMBOULIAN

Coordinación y redacción

DRA. LILIÁN TESTÓN

Edición

LIC. ANA PAULA CORDERO

LIC. JAVIER CANTEROS

Con el aval de FIDEC/FUNCEI

SUSCRIPCIÓN GRATUITA

epidemiologia@funcei.org.ar

MÁS INFORMACIÓN

Twitter: @EpidemiologiaFUNCEI

www.escalainicial.com.ar

Twitter @escalainicial

FUNCEI

French 3037- C1425AWK

C.A.B.A., Argentina.

Tel.: 4809-4242 info@funcei.org.ar

www.funcei.org.ar

FIDEC

2050 Coral Way Suite #407

Miami, Florida 33145

Tel: 305.854.0075

Listado de medicamentos esenciales (EML) - Uso de antimicrobianos, recomendaciones y actualización OMS

Entre los últimos cambios introducidos en la EML de 2017 figuran nuevas recomendaciones sobre qué antimicrobianos (ATM) se deben utilizar contra las infecciones comunes y cuáles se deben reservar para los casos más graves.

Asimismo se añadieron medicamentos contra la infección por VIH, hepatitis C, tuberculosis y leucemia. En la lista figuran 30 nuevos medicamentos para adultos y 25 para niños. De esta manera, el número total de medicamentos considerados esenciales se eleva a 433 para responder a las necesidades más importantes de salud pública.

TRES CATEGORÍAS DE ANTIBIÓTICOS

Los expertos de la OMS han agrupado los antibióticos en tres categorías: **acceso**, **precaución** y **último recurso**, formulando recomendaciones sobre cuándo se debería utilizar cada categoría.

Objetivos

- Mejorar los resultados terapéuticos.
- Disponibilidad de ATM cuando sean necesarios.
- Optimizar la prescripción para infecciones apropiadas.
- Reducir el desarrollo de bacterias farmacorresistentes.
- Preservar la eficacia de los ATM de último recurso para situaciones especiales.

GRUPO DE ACCESO

Incluye los ATM recomendados como empíricos, de primera y segunda elección para opciones de tratamiento de infecciones comunes.

Los de primera elección tienen un espectro limitado, bajo potencial de generar resistencia y cuyo beneficio es superior al riesgo, mientras los de segunda elección tienen un espectro más amplio con mayor potencial de generar resistencia.

GRUPO DE PRECAUCIÓN

Incluye clases de antibióticos consideradas con alto potencial de resistencia y que son recomendadas como opciones primarias o secundarias de un número limitado de indicaciones. Este grupo de antimicrobianos deberá ser **priorizado** para monitoreo y para utilizar en los programas lo-

GRUPO DE ACCESO			
Beta -lactámicos		otros antibacterianos	
amoxicilina	cefotaxime	amikacina	gentamicina
amox+clavulánico	ceftriaxone	azitromicina	metronidazol
ampicilina	cloxacilina	cloranfenicol	nitrofurantoin
penicilina benzatínica	fenoximetilpenicilina	ciprofloxacina	espectinomocina
cefalexina	Piper-tazobactam	clindamicina	vancomicina oral
cefazolina	Penicilina porcina	claritromicina	TMS
cefixime	Meropenem	doxiciclina	vancomicina

Negritas: lista complementaria

Destacados en rojo: grupo de precaución solo con indicaciones limitadas y específicas

cales y nacionales como de desescalamiento antibiótico.

- Quinolonas y fluoroquinolonas
- Cefalosporinas de 3ª generación (con o sin inhibidores de la beta lactamasa)
- Macrólidos
- Glicopéptidos
- Penicilinas antipseudomonas
- Carbapenemes (meropenem, imipenem +cilastatina)
- PeNEMES (faropenem)

ÚLTIMO RECURSO

Es el grupo de ATM usados como opciones de última línea y que debe utilizarse en los casos más graves, cuando otras alternativas son consideradas inadecuadas o han mostrado falla terapéutica.

Deberán ser protegidos y **priorizados** en los programas de escalonamiento, monitoreados, con reporte de su uso para preservar su efectividad. Se identifican dentro de este grupo 8 clases de antibióticos:

- Aztreonam
- Cefalosporinas de 4ta. y 5ta. generación
- Polimixinas
- Fosfomicina e.v
- Oxazolidonas
- Daptomicina

OTROS MEDICAMENTOS AÑADIDOS A LA LISTA

- Asociación de **sofosbuvir** y **velpastavir** como primera combinación terapéutica para los seis tipos de hepatitis C.
- **Dolutegravir** para el tratamiento de la infección por el VIH. La evidencia concluye sobre la eficacia e inocuidad de la droga y su alta barrera de protección contra la resistencia.
- Profilaxis per-exposición con **Tenofovir**, solo o en combinación con emtricitabina o lamivudina.

- **Delamanid** para el tratamiento de la tuberculosis multiresistente en niños y adolescentes y **clofazimina** para el tratamiento de la multiresistencia en niños y adultos.
- **Combinaciones de dosis fija de isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida** adaptadas a los niños, para el tratamiento de la tuberculosis pediátrica.
- Parches transdérmicos de fentanilo y metadona para el alivio del dolor en enfermos de cáncer.

Fuentes

- OMS. La OMS actualiza la lista de medicamentos esenciales con nuevas recomendaciones sobre el uso de antibióticos. 6 de junio de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/essential-medicines-list/es/>
- OMS Technical Report Series. The selection and use of essential medicines. Report of the 21st. OMS Expert committee. Disponible en: http://www.OMS.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML_2017_EC21_Unedited_Full_Report.pdf?ua=1
- OMS Advisory Group on Integrated Surveillance of Antimicrobial Resistance (AGISAR). Critically important antimicrobials for human medicine. 4th Revision 2013. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: <http://apps.OMS.int/iris/bitstream/10665/251715/1/9789241511469-eng.pdf?ua=1>

Vacunas: dos proyectos de ley diametralmente opuestos

A finales de junio, trascendió en los medios un proyecto de ley presentado en el Congreso Nacional que plantea dudas sobre la conveniencia de la aplicación obligatoria de vacunas¹. La propuesta, promovida por la diputada Paula Urroz, recibió numerosas críticas^{2,3}; desde distintos sectores por carecer de fundamentos científicos que la avalen⁴ e incluso suscitó el rechazo de otros miembros de Cambiemos⁵, el partido político de Urroz.

A partir de la polémica desatada por el proyecto, diez entidades médicas reclamaron en un comunicado conjunto⁶ -firmado por FUNCEI, la fundación Huésped, numerosas sociedades médicas argentinas, y otras instituciones- que la Cámara de Diputados avance con otra propuesta diametralmente opuesta a la de Urroz.

Estas instituciones reclaman que se trate en el Congreso el proyecto de ley de "enfermedades prevenibles por vacunación"⁷, una iniciativa presentada por primera vez en 2013 y que considera el acceso a la vacunación como un derecho humano y, al mismo tiempo, amplía y actualiza el calendario respectivo.

Esta iniciativa, presentada por la diputada Miriam Gallardo, obtuvo media sanción de en la cámara de Diputados, pasó al Senado y fue aprobada por la Comisión de Salud, pero no obtuvo el beneplácito de otras comisiones y perdió su estado parlamentario. Gallardo volvió a presentar su proyecto de ley, que fue aprobado por unanimidad en la Comisión de Acción Social y Salud Pública, pero actualmente se encuentra trabado en las comisiones de Legislación General y de Presupuesto desde agosto de 2016. El proyecto perdería nuevamente su estado parlamentario si no es tratado por las comisiones de Legislación General y de Presupuesto y Hacienda antes del 19 de agosto.

REAFIRMAR LAS VACUNAS COMO POLÍTICA DE ESTADO

El objetivo del proyecto de ley impulsado por Gallardo y apoyado por la comunidad científica es actualizar la ley vigente. La Ley nacional 22.909 fue pionera cuando se aprobó en 1983 e instituyó la vacunación obligatoria y gratuita para los niños pero, según las instituciones que promueven la iniciativa de Gallardo, necesita ser actualizada.

Actualmente, la Argentina posee uno de los calendarios nacionales de vacunación más completos del mundo pero, según los expertos, la ley vigente no contempla aspectos fundamentales para favorecer

el acceso de la población a las vacunas en todas las etapas de la vida como las personas mayores de edad o las embarazadas. De esta forma, el objetivo⁸ de este proyecto de ley es reafirmar esta estrategia como una política de Estado.

UN HITO EN LA HISTORIA DE LA HUMANIDAD

La vacunación, luego de la potabilización del agua, es el hito sanitario que más vidas ha salvado en el mundo a lo largo de la historia de la humanidad. Las vacunas son altamente efectivas en lograr prevenir algunas de las enfermedades infectocontagiosas más peligrosas que existen.

Los programas de vacunación sistemática han permitido disminuir la mortalidad y secuelas producidas por muchas enfermedades inmunoprevenibles que hasta hace menos de 100 años eran un flagelo para la sociedad. Debido a la vacunación, la región de las Américas ha sido la primera en el mundo en eliminar la viruela, la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Lamentablemente, algunas de estas enfermedades están volviendo de la mano de los movimientos anti-vacunas⁹.

En la Argentina no existe un movimiento anti-vacunas organizado como sí existe en los Estados Unidos. Iniciativas sesgadas y carentes de evidencias científicas como la propuesta de la diputada Urroz sirven como una llamada de atención para que la Argentina no pierda su rumbo en materia de prevención de enfermedades por vacunas y recalcan la necesidad de aprobar el proyecto de ley impulsado por la diputada Gallardo.

Referencias

1. Chavez V. Buenos Aires; 2017: Infobae. Disponible en: <http://jac.one/BE71-1>
2. Nogues G. Buenos Aires; 2017: Perfil. Disponible en: <http://jac.one/BE71-2>
3. Sociedad Argentina de Infectología. Buenos Aires; 2017. Disponible en: <http://jac.one/BE71-3>
4. Telefe. Buenos Aires; 2017. Disponible en (a partir del minuto 2:34): <http://jac.one/BE71-4>
5. Bär N. Buenos Aires; 2017: La Nación. Disponible en: <http://jac.one/BE71-5>
6. Instituciones varias. Buenos Aires; 2017. Disponible en: <http://jac.one/BE71-6>
7. Padín R. Buenos Aires; 2017: Página 12. Disponible en: <http://jac.one/BE71-7>
8. Fundación Huésped. Buenos Aires; 2017. Disponible en: <http://jac.one/BE71-8>
9. El País. Disponible en: <http://jac.one/BE71-9>

Inmunización contra influenza y su efecto en la prevención de enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular (ECV) permanece como la primera causa de muerte global. La ECV es el resultado de desórdenes tanto en el corazón como en los vasos sanguíneos e incluye enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria y enfermedad arterial periférica.

Durante el año 2008, unos 17,3 millones de personas murieron por ECV, el 30% de todas las muertes globales. De estas muertes, 7,3 millones fueron debidas a enfermedad coronaria y 6,2 millones, a enfermedad cerebrovascular.

Para el 2030, se espera que estas enfermedades aumenten a 23,3 millones, lo que demuestra que la prevención y las nuevas modalidades de tratamiento son estrategias necesarias.

RIESGO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA SIN VACUNACIÓN

En ausencia de la estrategia global de vacunación para influenza, el virus constituye la primera causa de enfermedad viral diseminada, con alta morbimortalidad.

Se estima que entre 5 y 10% de adultos y entre 20 y 30% de los niños contraerían la infección mundialmente, mientras que la mortalidad podría llegar a ser de 250.000 a 500.000 individuos.

Según la revisión sistemática de la literatura de enero de 1966 a diciembre de 2016 en MEDLINE y Embase que realizan los autores¹, la vacuna en pacientes con enfermedad cardíaca preexistente reduce todas las causas de morbimortalidad, aunque se requiere de mayor calidad de evidencia para confirmar estos hallazgos.

Se estima que la eficacia de la vacuna para la prevención del infarto agudo de miocardio (IAM) se encuentra entre el 15% y 45%, rango similar al de otras medidas de prevención de enfermedad coronaria (del 19 al 30% en el tratamiento con estatinas, del 17 al 25% en la administración de antihipertensivos y entre el 32 y el 43% en el abandono del hábito de fumar²).

MECANISMOS DISPARADORES DE ECV DURANTE INFECCIÓN POR INFLUENZA

- Liberación de citoquinas como consecuencia de la presencia viral. Estos mediadores inflamatorios producen un aumento en la demanda metabólica produciendo isquemia cardíaca.

- Depósitos de complejos inmunes en placas ateroscleróticas y elevación de la circulación de macrófagos en las arterias.
- Disfunción endotelial.
- Disrupción de la placa aterosclerótica y trombogénesis que puede ocluir las arterias coronarias.
- Inadecuado flujo sanguíneo en arterias coronarias debido al aumento de la demanda metabólica secundaria a la fiebre, taquicardia, hipoxia y vasoconstricción.

El mecanismo por el cual la vacunación contra la influenza protege contra eventos cardiovasculares estaría relacionado con la producción de anticuerpos que promueven la estabilización hemodinámica por activación de la vía de la bradiquinina, lo que induce la producción de óxido nítrico, vasodilatación con la consecuente mejoría de la oxigenación cardíaca. Existe una heterogeneidad en la respuesta de los pacientes a la vacuna dependiendo de factores como: edad avanzada, presencia de obesidad u otras comorbilidades

El riesgo de eventos cardiovasculares agudos aumenta hasta cinco veces en los tres días posteriores a una infección respiratoria mientras que en el mismo período la presencia de *stroke* se triplica.³

Estudios durante dos temporadas consecutivas en pacientes mayores de 65 años han demostrado que la vacuna reduce el riesgo de hospitalización en un 19 y 16% por enfermedad cardíaca y cerebrovascular respectivamente.

Además, la mortalidad ocurre en menor proporción en el grupo de pacientes vacunados (2,3%) que en los controles (5,1%) (RR 0.45, (IC) 0,26—0,76 P 0.003). Sin embargo en los estudios de FLUCAD 2008 y FLUVACS 2002, no se observó diferencias significativas entre los subgrupos de participantes con angina estable, intervenciones cardíacas percutáneas, síndrome coronario agudo e infarto de miocardio.

VACUNACIÓN ANTIGRIपाल Y ANTINEUMOCÓCICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDÍACA

Publicaciones recientes indican que la frecuencia de vacunación contra influenza y neumococo en pacientes con enfermedad cardíaca es baja a pesar de la evidencia que ambas vacunas reducen el riesgo de síndromes coronarios agudos.

Un estudio que incluyó 36 mil pacientes ambulatorios⁶, evaluó el efecto protector de la doble vacunación comparados con controles que no recibieron la vacuna. Los pacientes eran mayores de 65 años con al menos una enfermedad crónica: DBT, accidente

cerebrovascular, EPOC, enfermedad coronaria, enfermedad renal, hepática o cáncer.

Aquellos que recibieron ambas vacunas (antigripal y neumocócica polisacárida 23 valente PSV23) redujeron significativamente las siguientes situaciones:

- hospitalización por accidente cerebrovascular (33%)
- cardiopatía isquémica (19%)
- IAM(48%)
- insuficiencia cardíaca (19%)
- admisión en Unidad Coronaria (41%) y en Terapia Intensiva (55%)
- Mortalidad global (35%)

Este estudio también observó una reducción en hospitalización por neumonía, neumonía neumocócica, EPOC, asma e influenza.

Desde la aprobación de la vacuna antineumocócica en niños, se observó una disminución en la incidencia de la enfermedad neumocócica en adultos de los serotipos contenidos en la vacuna. La vacuna conjugada antineumocócica 13 valente (PCV13) comúnmente utilizada en niños demostró su efectividad en adultos mayores para prevenir la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y la enfermedad invasiva por neumococo (EIN) con la persistencia de anticuerpos por 4 años como mínimo.

La conclusión surge del estudio *Community Acquired Pneumonia Immunization trial in Adults (CAPITA)* que incluyó 84.496 adultos mayores de 65 años.⁷ El estudio demostró:

- El porcentaje de un primer episodio de NAC fue 45,6% menor en los pacientes vacunados que en los no inmunizados.
- El porcentaje de EIN por serotipo vinculado a la vacuna fue 75% menor en el grupo de vacunados.
- La vacuna PCV 13 brindó cobertura a más del 90% de los serotipos causantes de EIN.
- En el mes posterior a la vacunación, los porcentajes de eventos adversos serios y muertes fue similar en ambos grupos estudiados. Sin embargo, el grupo de pacientes vacunados presentó *rash*, mialgias y reacciones locales.

La Sociedad Argentina de Cardiología incluye ambas vacunas como una recomendación clase IIa dada la evidencia existente y teniendo en cuenta los análisis de costoefectividad, ahorro de costos y perfil de seguridad de las vacunas.

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

- Se asocia con una reducción significativa en el riesgo de hospitalización para enfermedad cardíaca (incluido infarto agudo de miocardio) y cerebrovascular.

- La OMS la recomienda anualmente en los pacientes de alto riesgo: cardiomiopatía, enfermedad cardíaca aterosclerótica, enfermedad congestiva y congénita.
- Puede disminuir el riesgo de hospitalizaciones. Durante la temporada 2010-2012 redujo el riesgo de admisiones a la unidad de cuidados intensivos pediátricos en un 74%. También estuvo asociada con una reducción del 71% en las hospitalizaciones relacionadas con enfermedad respiratoria en adultos de todas las edades y una reducción del 77% entre los adultos de 50 años o mayores de 8.
- Es una herramienta preventiva importante para las personas con afecciones crónicas. Está asociada con menos hospitalizaciones entre las personas con DBT (79%) y enfermedad pulmonar crónica (52%).
- Pudo evitar un evento cardiovascular mayor cada 10 pacientes.
- Ayuda a proteger a las mujeres durante el embarazo y a los bebés después de su nacimiento durante varios meses. Un estudio demostró que administrar la vacuna contra la influenza a mujeres embarazadas tenía un 92% de eficacia para prevenir hospitalizaciones relacionadas con infecciones respiratorias de los bebés.
- Durante el curso de tres temporadas de influenza redujo el riesgo de hospitalización en un 61% entre las personas de 50 años o mayores.
- Puede ayudar a proteger a las personas que están en mayor riesgo de enfermarse gravemente a causa de este virus: mujeres embarazadas, adultos de edad avanzada, personas con afecciones crónicas y niños pequeños.
- Puede hacer que la enfermedad sea más leve en caso de que se la contraiga.

Referencias

1. Kadoglou N, Bracke F, Simmers T. Influenza infection and heart failure- vaccination may change heart failure prognosis?. *Heart Fail Rev* (2017)22:329-336
2. MacIntyre C, Marimba A, Moa A, et al. Influenza vaccines as a coronary intervention for prevention of myocardial infarction. *Heart* 2016;0:1-4.
3. Clar C, Oseni Z, Flowers N . Influenza vaccines for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 5;(5):CD005050.
4. Udell J., Farkouh M, et al. Does influenza vaccination influence cardiovascular complications? Expert Review of Cardiovascular Therapy, 13:6,593-596. <http://bit.ly/2u0Lb7i>
5. Sosa Liprandi MI, Sosa Liprandi A., Fernandez A. ,et al. Inmunización para influenza y neumococo en prevención cardiovascular. *Medicina (Buenos Aires)*2014;74: 245-253.
6. Hung FN, Leung AYM, Chu DWS, et al. Prevention of Acute Myocardial Infarction and Stroke among elderly persons by dual Pneumococcal and influenza vaccination: A prospective cohort study. *Clin Infect Dis* 2010,51:1007-16.
7. Bonten M.J, Huijts, M. Webber C., et al. Polysaccharide conjugate vaccine against pneumococcal pneumonia in adults. *N.Engl J Med* 372;12. March 19. 2015. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/influenzavacuna/index.html>

HIGHLIGHTS DE 12 CONGRESO MUNDIAL DE PROFESIONALES DE LA SALUD ARMENIOS (12 AMWC)

Desde el año 1974, y cada 4 años, se realiza este evento que reúne a profesionales de la salud de todos los países del mundo. La Argentina fue el primer país latinoamericano en organizar este congreso al cual asistieron profesionales de diferentes especialidades para compartir experiencias y conocimiento.

La salud en Armenia

DATOS DEMOGRÁFICOS

Tiene una población de 2.986.000 personas y el 63% corresponde a áreas urbanas (1 millón de personas en Yerevan, la capital, según el censo de 2011). Tiene tasas de crecimiento poblacional bajas que se deben al bajo índice de natalidad y a la emigración. Desde el año 2008, alrededor de 200.000 personas emigraron del país (dos tercios a Rusia y el resto a Europa o Estados Unidos).



Población de Armenia alrededor del mundo

DATOS SOBRE LA SALUD

- Expectativa de vida: 70 años para hombres y 76 para mujeres.
- La tasa de mortalidad: 13,5 c/1000 nacidos vivos (2015, CIA World Factbook).
- Gasto en salud: 112 dólares por persona en 2006.

MENORES DE 5 AÑOS: CAUSAS DE MORTALIDAD

- Complicaciones en recién nacidos pretérmino
- Cardiopatías congénitas
- Infecciones Respiratorias Bajas
- Sepsis neonatal
- Encefalopatía neonatal

PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Armenia cuenta con un PNI accesible para toda la población, con una cobertura del 90% en los grupos de riesgo. Los niños reciben vacuna para Hepatitis B (desde el año 1999), pentavalente (difteria, coqueluche, tétanos, *Haemophilus influenza* tipo B y hepatitis B) para el rotavirus (año 2012) y en los dos últimos años vacunación anti-neumocócica.

Demencia: impacto en la salud pública

La demencia es un síndrome causado por una enfermedad del cerebro –usualmente de naturaleza crónica y progresiva– en el cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y la toma de decisiones.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de la demencia y probablemente contribuye en un 60-70% de los casos.

ETAPAS DE LA ENFERMEDAD

Si bien la demencia afecta a cada persona de manera diferente dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad premórbida del individuo. Los problemas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas:

- **Fase temprana** (primer o segundo año): esta etapa, en general, es ignorada por la familia y se ve como un componente normal del proceso de envejecimiento. Aparecen las dificultades en la comunicación, los cambios en la conducta, pérdida de la noción del tiempo y dificultad para realizar tareas cotidianas.
- **Fase media** (del segundo al cuarto o quinto año): los problemas se vuelven más obvios y limitantes y la persona ya es incapaz de vivir sola.
- **Fase avanzada** (del quinto año en adelante): es una fase de total dependencia e inactividad. Se encuentra pérdida en tiempo y espacio, dificultad para tragar, incontinencia intestinal y vesical. No deambula.

No todas las personas con demencia manifiestan todos los síntomas y pueden deteriorarse más rápido o más lentamente.

EPIDEMIOLOGÍA

Uno de los efectos negativos del envejecimiento es el aumento del número de personas con demencia. Se estima que para 2050, 2 millones de personas serán mayores de 60 años en todo el mundo.

Entre el 2 y el 10% de todos los casos de demencia comienzan antes de los 65 años y la prevalencia se duplica cada 5 años después de los 65 años de edad.

La incidencia aumenta exponencialmente con el aumento de la edad:

- 3,1/ 1000 personas entre los 60-64 años
- 17,5 / 1000 personas en los mayores de 95 años.

En América Latina, el pico de incidencia se observa entre los 80-89 años, la prevalencia global en mayores de 65 años es de 7,1% (IC 6,8-7,4) y se evidencia un aumento en la prevalencia de demencia en sujetos jóvenes entre 65 y 69 años.

El porcentaje de ancianos analfabetos es del 9,3%. La asociación entre el bajo nivel de educación y la baja reserva cognitiva se puede sugerir como causante de la emergencia temprana de signos clínicos de demencia en la población anciana de América Latina.

PROGRAMAS Y PROYECCIONES DEL MODELO DE SALUD GLOBAL. INFORME OMS 2013

La demencia es una epidemia global y el 63% de los enfermos viven en países de ingresos bajos o medios, donde el acceso a la protección social, servicios de salud, contención y cuidado son limitados. Los países deben incluir a la demencia en sus agendas de salud pública.

- Se estima que 35,6 millones de personas padecían demencia en el año 2010.
- Existen 7,7 millones de casos nuevos cada año. Los porcentajes crecientes de demencia son causa de acciones inmediatas en las políticas sanitarias de cada país.
- Los costos se estiman en 604 mil millones de dólares anuales en el presente y, según estimaciones, su incremento supera la prevalencia de la enfermedad.
- Algunos países han desarrollado estrategias, políticas y planes o pautas para la demencia. Los elementos comunes incluidos son: la necesidad de un enfoque multisectorial, la necesidad de proveer servicios sociales y de salud accesibles, económicos y de

buen calidad, que a la vez cumplan con los requerimientos y expectativas de las personas con demencia y de sus familiares.

- La capacitación del personal es un tema primordial para mejorar la salud y el bienestar del paciente. La *curricula* y los programas de capacitación deben ser ampliados para incluir la educación sobre demencia y el manejo del tratamiento a largo plazo y de enfermedades crónicas.

Fuentes

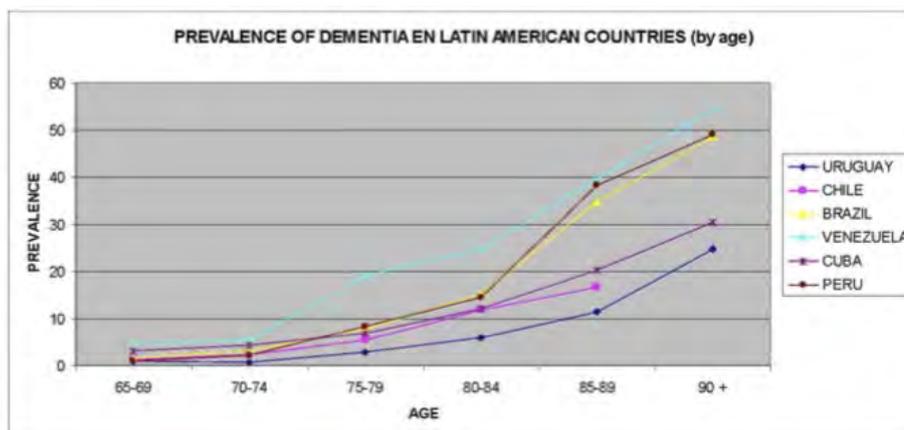
- Nitrini, R., Bottino, C., Albala, C., Custodio Capuñay, N., Ketzoian, C., Libre Rodriguez, J., Caramelli, P. (2009). Prevalence of dementia in Latin America: A collaborative study of population-based cohorts. *International Psychogeriatrics* 21 (4),622-630.
- Ketzoian, CN. . Demencia. Impacto en la Salud Pública. Disertación 12AWMC 2017.
- OMS. The epidemiology and impact of dementia. Current state and future trends. Disponible en :http://www.OMS.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf
- WHO. Dementia. A public health priority, Geneva. World Health Organization; 2009.
- OPS/OMS. Demencia. Una prioridad de Salud Pública. 2013.

Enfermedad de Alzheimer (EA)

Es progresiva y comienza con pérdida leve de la memoria y se puede llegar a perder totalmente la capacidad de desarrollar una conversación o responder al entorno. Involucra áreas cerebrales que controlan pensamiento, memoria y lenguaje.

Los síntomas de la enfermedad aparecen luego de los 60 años y el riesgo de contraerla se duplica cada 5 años a partir de los 65 años. Además, la EA es la causa más común de demencia.

De acuerdo con los expertos, las enfermedades cerebrales son la principal causa de discapacidad, más que el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.



Fuente: *International Psychogeriatrics* 21 (4),622-630.

CARGA DE ENFERMEDAD EN LOS EE.UU.

- Es la 6ª causa de muerte global.
- En adultos entre 65-85 años de edad, es la 5ª causa de muerte global.
- Durante el año 2010, fallecieron 600 mil personas por la enfermedad.
- En 2013 se estimó que 5 millones de personas mayores de 65 años presentaban la enfermedad. Este número podría triplicarse para 2050.

PSICOPATOLOGÍA Y EA

Algunas de sus manifestaciones son:

- Pérdida de la memoria
- Trastornos cognitivos
- Trastornos del humor
- Psicosis
- Apatía
- Estado confusional agudo

HISTORIA NATURAL DE LA EA

Se distinguen 3 estados en su evolución:

- **Inicial:** de 2 a 3 años de duración, de comienzo insidioso y dificultades en las funciones complejas (memoria, lenguaje, conocimiento y concentración).
- **Intermedio:** a los trastornos cognitivos se asocia afasia, apraxia (dificultad para desarrollar acciones voluntarias) y agnosia (interrupción en la capacidad para reconocer estímulos previamente aprendidos o de aprender nuevos)
- **Final:** mutismo, signos neurológicos, incontinencia fecal y urinaria.

SOBREVIDA

La sobrevida en los pacientes con EA es menor entre 5 y 7 años que en la población general. La media de sobrevida posterior al diagnóstico es de 3 a 12 años.

MORTALIDAD

Según datos del CDC en EUA, el porcentaje de mortalidad aumentó un 55% entre 1999 y 2014. De 16,5 por 100.000 personas en 1999 a 25,4 por 100.000 durante 2014, lo que constituye un serio problema de salud pública. Esto se observa principalmente en los mayores de 85 años.

La mayor parte de las muertes ocurre en instituciones de cuidado de ancianos, lo que también supone una mayor necesidad de estos servicios de salud con capacitación y educación de los cuidadores.

Las principales causas de mortalidad son los trastornos respiratorios (neumonía), accidentes y desórdenes nutricionales.

TRATAMIENTO

El objetivo es evitar que el paciente progrese a los estadios intermedios y final. A pesar de que no se conoce con exactitud las bases bioquímicas de la enfermedad, se sabe que existen deficiencias en el sistema colinérgico y de otros neurotransmisores. Por lo tanto, drogas que aumenten la actividad colinérgica inhibiendo la acetilcolinesterasa producen un efecto leve pero útil para beneficiar la conducta y la actividad cognitiva.

Dentro de dichas drogas se encuentran: donepezil, rivastigmina y galantamina. La memantina demostró cierta efectividad en el tratamiento de la forma moderada de la EA.

No existe curación o prevención definitiva de la enfermedad, sin embargo algunos científicos demostraron evidencias de que algunos factores de riesgo para enfermedad cardíaca como aumento de la presión arterial, del colesterol y bajos nivel de folatos incrementarían las probabilidades de padecer la enfermedad. Las actividades sociales, mentales y físicas actuarían como factores de protección.

CONCLUSIONES

Los síntomas tempranos de la enfermedad incluyen pérdida de la memoria que interfiere en las actividades diarias, dificultad en la resolución de problemas y cambios en la conducta y en la personalidad.

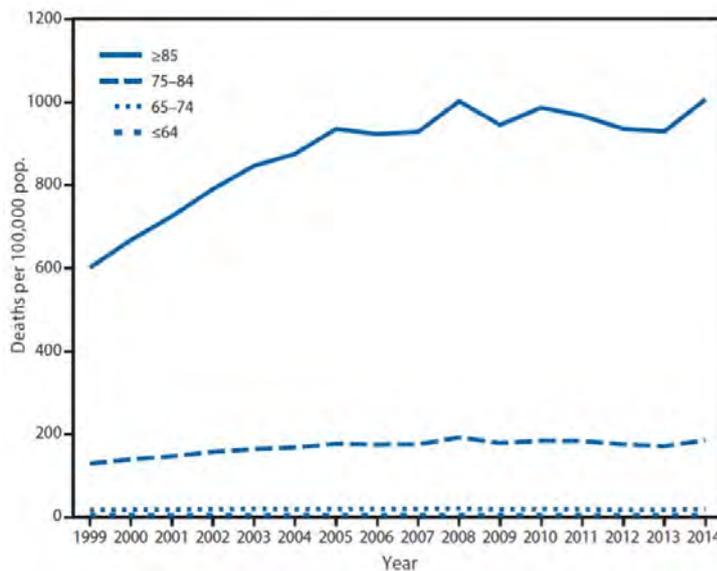
A medida que la enfermedad progresa, la lesión cerebral impide el control del lenguaje y el razonamiento, la dificultad para reconocer familiares o amigos.

Los adultos mayores de 65 años tienen el mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. La mortalidad aumentó en los últimos años asociada al hecho de la mayor sobrevida en la población. Según proyecciones, la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer se cuadruplicaría para el año 2050.

El objetivo del tratamiento es evitar la progresión de la enfermedad. Mientras no se identifiquen las medidas de prevención o tratamiento, la demanda de capacitación de personas que asistan al cuidado del paciente estará en ascenso. La contención de la familia y de los cuidadores es un tema relevante para el manejo integral de la enfermedad al igual que la necesidad de investigación, asistencia y educación deberán ser tenidas en cuenta por las políticas sanitarias.

Referencias

- CDC. Alzheimer Disease. Disponible en: <https://www.cdc.gov/aging/aginginfo/alzheimers.htm>
- Taylor CA, Greenlund SF, McGuire LC, Lu H, Croft JB. Deaths from Alzheimer s Disease. United States, 1999-2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2017;66:521-526
- Hototian, S. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Disertación 12 AMWC 2017.



Número de muertes por 100.000 habitantes durante 1999-2014 por grupo de edad (Fuente: MMWR Morb Mort Wkly Rep 2017).

Enfermedades prevalentes en Armenia: Fiebre del Mediterráneo Familiar (FMF)

CARACTERÍSTICAS

Es hereditaria y se caracteriza por la aparición de crisis repetidas y autolimitadas de fiebre y serositis. Es una afección genética autosómica recesiva y crónica. Se hereda de padres a hijos y para desarrollarla, es necesario recibir de los padres ambas copias del gen mutado.

El enfermo con FMF tiene alterado el mecanismo que regula la inflamación. El gen normal MEFV codifica una proteína de 781 aminoácidos que ayuda en la regulación de la respuesta inflamatoria al desactivar la respuesta inmune a nivel de la organización del citoesqueleto de leucocitos.

EPIDEMIOLOGÍA

Se manifiesta especialmente en algunos grupos étnicos originarios del litoral mediterráneo como en Israel, Turquía, Armenia, Italia y países árabes.

En Armenia, luego del año 2003, la enfermedad creció más de seis veces y el número de niños afectados aumentó de 300 a más de 3.000. Existen 350 casos nuevos por año.

Al igual que en otros países, el diagnóstico precoz es fundamental, ya que la media de los diagnósticos se encuentra en los 5,3 años. La mutación del gen MEFV se manifiesta en 1 de cada 4 o 5 personas.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

- Episodios agudos de fiebre y serositis (peritoneo, pleura, articulaciones, túnica vaginal del testículo) que duran desde horas hasta 2 o 3 días y ceden espontáneamente permaneciendo el paciente asintomático entre las crisis.
- Artritis.
- Dolor torácico.
- Afección cutánea: eritema erisipeloido, lesiones nodulares.

Durante las crisis existe leucocitos, elevación de la ESD y un aumento de la proteína C reactiva y del fibrinógeno serio, que se normalizan en las intercrisis.

El diagnóstico temprano es crucial para prevenir las complicaciones severas como amiloidosis, obstrucción intestinal.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico se basa en la historia clínica del paciente, el patrón evolutivo de sus síntomas y signos, sus características étnicas, la historia familiar y la respuesta a la colchicina (el fármaco utilizado para el tratamiento de la FMF). Para el diagnóstico se realiza un *screening* de las 12 mutaciones más comunes y también se puede realizar un diagnóstico molecular.

Puede existir coexistencia de enfermedades autoinmunes del tipo: artritis reumatoide, nefritis, colon irritable.

Además, desde el año 2003, existe en Armenia un programa para la detección temprana de la enfermedad gracias a la colaboración de *Eye Care Project Armenia*.

El tratamiento proporcionado por el gobierno armenio se realiza con colchicina 2 mg/día. Solo el 0,075% de los afectados que tomaron el fármaco (2 pacientes) en los últimos 13 años tuvo amiloidosis. Previo al tratamiento con colchicina, el 16% presentaba dicha complicación.

CONCLUSIONES

La FMF es una afección genética autosómica recesiva y crónica cuando los hijos heredan de los padres la mutación del gen MEFV. Se manifiesta especialmente en algunos grupos étnicos originarios del litoral mediterráneo, como judíos sefardíes, armenios, turcos, árabes y, menos comúnmente, en griegos e italianos.

La frecuencia de la carga de las variantes del gen MEFV es mayor de 1:5 personas. La enfermedad se caracteriza por fiebre recurrente y serositis que se manifiesta en crisis con períodos libres de enfermedad.

Durante los últimos años se optimizó el diagnóstico temprano de la enfermedad y el tratamiento con colchicina mejoró la evolución de la FMF evitando la presentación de amiloidosis.

Fuentes

- Dr. S Sargsyan. Fiebre mediterránea familiar en niños en Armenia. Disertación 12AMWC.
- FMF España. Fiebre Mediterránea familiar. Disponible en: <http://www.fmfspain.com/sindromes-autoinflamatorios/fiebre-mediterranea-familiar/>
- C.Aguirre Errasti, J. Buades Reines. Fiebre mediterránea familiar. Medicina integral 2002, 40:14-20