

Carga de enfermedad por síndrome de Guillain-Barré en Colombia, 2014-2018.

Diana Lucero Rivera Gomez, Bacterióloga Universidad de Boyacá: Tunja, Boyacá CO; Esp. Gestión y aseguramiento de la calidad Universidad de Boyacá: Tunja, Boyacá CO; estudiante MSc Epidemiología Universidad El Bosque: Bogotá, CO.

Alexandra Porras Ramírez, Grupo de Medicina Comunitaria y Salud Colectiva, Universidad El Bosque. Bogotá D.C.

Palabras clave: DECS

Polineuropatía desmielinizante, polirradiculoneuropatía, arreflexia osteotendinosa, ataxia, síndrome de Guillain Barre, carga enfermedad, mortalidad.

Resumen

En este artículo se pretende estimar la prevalencia de SGB en la población colombiana, calcular las tasas de mortalidad asociada a SGB y además evaluar tendencias en el tiempo por Dalys de SGB en Colombia de los años 2014-2018 estratificando por edad y sexo, con el propósito de contribuir a alimentar información respecto a esta patología.

Los cálculos se realizaron en Microsoft Excel 2016, se usó una plantilla preestablecida de fuente Unisalud; donde se encuentra formulado tanto los años de vida ajustados por discapacidad (DALYS) como los años de vida con discapacidad (AVVD) y los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP).

Se realizó para cuatro años (2010-2014), para todos los departamentos de Colombia por grupo de edades.

Se utilizó la mortalidad específica por código CIE-10: G610 y la población por edades simples; estos datos fueron extraídos del DANE de demografía y población.

El peso de discapacidad para SGB se obtuvo de la página del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), en el archivo de Global Burden of Disease (GBD).

La morbilidad por SGB se obtuvo consultando cubos SGD_CUBOS_RIPS - CU - Prestación Servicios Salud por número de personas atendidas por diagnóstico principal G610 captados en cada departamento del país en los años 2014 – 2018

por edad determinada grupo etario (quinquenio) y por sexo para finalmente sumar el número de personas atendidas diagnosticadas con muertes por SGB en un cada grupo de edad.

Como resultados pudimos ver un total de 9.203 personas atendidas por esta causa la prevalencia estimada para SGB en los años 2014-2018 fue de 3,7 por 100.000 habitantes; la tasa global de mortalidad para Colombia de SGB fue de 54,4/100.000 habitantes para los años 2014 a 2018; para Colombia la carga enfermedad total de 0,4 DALYS: este análisis se hace por cada mil personas del total de carga de enfermedad y corresponde a 54% DALYS de discapacidad, y el restante 46% a DALYS de mortalidad.

Aunque existe poca literatura relacionada con el tema, los resultados del estudio de carga de enfermedad de SGB para Colombia 2014-2018 son congruentes con estudios encontrados en la literatura.

Introducción

el síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (PDIA). Fue la primera en ser reconocida hace más de un siglo y es la forma más común de SGB. La PDIA es un ataque inmune por células T dirigidas contra péptidos de las proteínas de mielina P0, P2 y PMP22 del nervio periférico con pérdida secundaria de axón; causando una debilidad ascendente que evoluciona progresivamente, acompañada de una pérdida sensorial leve y una disminución de la respuesta refleja (hiporeflexia o arreflexia), que evoluciona hasta un mínimo de cuatro semanas (1).

Se considera de origen incierto y no es hereditario. Es una neuropatía periférica aguda relativamente rara, su evolución es rápida y progresiva, con trastornos somaticomotores y sensitivos, así como manifestaciones disautonómicas (2).

Se caracteriza por una debilidad progresiva que se manifiesta con entumecimiento, parestesias, “adormecimiento” en los dedos de las manos y en los pies, en ocasiones dolor en la región lumbar baja y pérdida de funcionamiento muscular. Inicia de manera ascendente en extremidades inferiores y avance proximal en miembros superiores que en ocasiones evoluciona a falla ventilatoria.

El cuadro clínico de parálisis Landry, el daño en pares craneales ocurre en el 25% de los casos, la característica de paresia facial bilateral, la debilidad progresa de 12 horas a 28 días, en algunos casos, aproximadamente el 15%, se presenta disfunción de esfínteres, también puede presentarse debilidad en músculos de deglución, fonación y masticación (3).

Esta enfermedad se presenta en tres fases, denominadas de progresión, estabilización y regresión, que suelen completarse en 3 a 6 meses.

Fase de progresión del trastorno neurológico: es la etapa comprendida entre el inicio de las manifestaciones clínicas y la presentación de síntomas de mayor intensidad, la evolución es aproximadamente de cuatro semanas.

Fase de estabilización: es la etapa comprendida entre el final de la progresión y el inicio de la recuperación clínica. Tiene una duración promedio de 10 días. Esta etapa puede estar ausente o ser muy breve.

Fase de recuperación/regresión: es la etapa comprendida entre el inicio de la recuperación y su final. A partir de entonces, los defectos neurológicos que persistan pueden considerarse secuelas. Esta última etapa tiene una duración aproximada de un mes, pero este tiempo varía de un individuo a otro dependiendo de la gravedad y extensión del daño neurológico (4).

Según definición del Ministerio de Salud, una enfermedad huérfana es aquella crónicamente debilitante, grave que amenaza con la vida afectando la prevalencia en aproximadamente 1 por cada 5.000 personas y está reglamentada en las leyes 1392 de 2010 y 1438 de 2011.

El SGB a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta tasas de incidencia bajas: aproximadamente oscila entre 0,4 y 4 casos por 100.000 habitantes por año. En Norteamérica y Europa afecta a todas las personas, más a los hombres que a las mujeres sin diferenciar por edad, pero aumenta su incidencia de los 50 a 70 años. El inicio de esta enfermedad oscila entre los 40 años, según la literatura afecta en mayor proporción a hombres que a mujeres, no está arraigada a una raza específica ni a ninguna nacionalidad.

Se estima una incidencia de SGB que varía entre 0,20-3,23 casos por 100.000 habitantes alrededor del mundo (5). Según estudios realizados en Nicaragua un

análisis de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en el período 2005-2012 muestra que la mortalidad prematura aumenta en el grupo de edad de 20 a 39 años, con un descenso a partir de los 40 años. La edad media en la que se presenta el SGB es entre 20 y 25 años (2).

En Colombia, se estima una incidencia anual de 3,0 por 100.000 habitantes, según un estudio realizado en el hospital san Vicente de Paul. El SGB es una de las 2.149 enfermedades huérfanas descritas en listadas en Orphanet para Colombia en el año 2015 (6).

El SGB es la enfermedad huérfana que representa la mayor proporción de enfermedades raras en el país. En Colombia, de los casos notificados como parálisis flácida aguda en menores de 15 años, el 29% corresponde a SGB. En niños la evolución es más favorable respecto de los adultos, con recuperación más rápida y menor riesgo de discapacidad (4).

El SGB tiene gran importancia en la salud pública de Colombia debido a que es considerado como una de las enfermedades de más alto costo de atención en salud por diferentes condiciones que genera esta patología como la discapacidad, ausentismo laboral, disminución de ingresos económicos e impacto psicosocial tanto en el paciente como para el cuidador.

Es trascendental que una vez se sospeche clínicamente el diagnóstico, el paciente debe ser hospitalizado para vigilancia médica, cuidados de sostén, reconocimiento e intervención de las complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente.

Este síndrome tiene un alto impacto a nivel psicológico, social y económico, debido a la discapacidad que causa de manera progresiva, es poco frecuente no es fácil su diagnóstico diferencial, se confunde con diversas afecciones neurológicas, es de evolución rápida y potencialmente letal, por lo que su diagnóstico precoz es de vital importancia para tomar medidas necesarias y preservar la vida de aquellos que la padecen.

En este artículo se pretende estimar la prevalencia de SGB en la población colombiana, calcular las tasas de mortalidad asociada a SGB y además evaluar tendencias en el tiempo por Dalys de SGB en Colombia de los años 2014-2018

estratificando por edad y sexo, con el propósito de contribuir a alimentar información respecto a esta patología.

Materiales y métodos

Para la estimación de carga de enfermedad se tomó la información por sexo y edad del reporte de defunciones de las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en que el diagnóstico causa básica de muerte código CIE-10 G610, este corresponde a síndrome de Guillain Barre (SGB), se tomó la información por departamentos.

Para calcular la tasa de incidencia se tuvo en cuenta tanto personas atendidas como fallecidas por SGB CIE-10 (G610) y la fuente utilizada fueron los cubos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social SISPRO – RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud).

El cálculo de los años de vida perdidos por SGB se basó en la edad de cada individuo al momento de morir y el número de años de vida esperados en esta edad y para estimar los años vividos, se tuvo en cuenta el peso de discapacidad obtenido del Instituto de métricas y evaluación de la salud (carga global de la enfermedad); lo anterior se realizó para los años 2014 a 2018.

Para estimar años de vida perdidos por discapacidad se tuvo en cuenta la duración de la discapacidad se obtuvo (restando la edad de la muerte con la edad en que inició la discapacidad) y esta duración se multiplicó por el peso de la discapacidad específico para la enfermedad. Para calcular años de vida perdidos por muerte prematura se obtuvo (restando la expectativa de vida según tabla de vida con la edad de muerte).

Los cálculos se realizaron en Microsoft Excel 2016, se usó una plantilla preestablecida de fuente Unisalud; donde se encuentra formulado tanto los años de vida ajustados por discapacidad (DALYS) como los años de vida con discapacidad (AVVD) y los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP).

Se realizó para cuatro años (2010-2014), para todos los departamentos de Colombia por grupo de edades

Para completar esta matriz se utilizó la mortalidad específica por código CIE-10: G610 y la población por edades simples; estos datos fueron extraídos del DANE de demografía y población.

El peso de discapacidad para SGB se obtuvo de la página del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), en el archivo de Global Burden of Disease (GBD).

La morbilidad por SGB se obtuvo consultando cubos SGD_CUBOS_RIPS - CU - Prestación Servicios Salud por número de personas atendidas por diagnóstico principal G610 captados en cada departamento del país en los años 2014 – 2018 por edad determinada grupo etario (quinquenio) y por sexo para finalmente sumar el número de personas atendidas diagnosticadas con muertes por SGB en un cada grupo de edad.

Resultados

Prevalencia de SGB en Colombia para los años 2014-2018

De un total de 9.203 personas atendidas por esta causa la prevalencia estimada para SGB en los años 2014-2018 fue de 3,7 por 100.000 habitantes; para tomadores de decisiones, líderes del sector de la salud, investigadores y ciudadanos informados, el enfoque de este texto muestra la estimación de un panorama general de la enfermedad distribuido en Colombia relevantes en la pérdida de salud y expectativa de vida a causa de la discapacidad que este síndrome genera.

Tasa, porcentaje y número de personas fallecidas por grupo de edad y sexo en Síndrome de Guillain Barre para Colombia durante los años 2014-2018.

La tasa global de mortalidad para Colombia de SGB fue de 54,4/100.000 habitantes para los años 2014 a 2018; siendo mayor en hombres (37 / 100.000 habitantes) que en mujeres (17,4/ 100.000 habitantes). (Tabla 1)

Tabla 1.

Tasas de defunciones por grupo de edad y sexo.				
grp_edad2	hombre	mujeres	Total general	porcentaje (%)
0-4	0,2	0,1	0,2	0
5-14	0,1	0,0	0,1	0
15-29	0,5	0,3	0,7	1
30-44	1,5	0,9	2,4	4
45-59	8,3	4,0	12,3	23
60-69	9,6	6,1	15,6	29
70-79	6,3	3,3	9,5	17
80+	10,6	2,9	13,5	25
Total general	37,0	17,4	54,4	100

En total se presentaron 361 defunciones por esta causa (229 muertes (63%) de las cuales fueron en hombres y 132 muertes (37%) en mujeres), la mayoría de estas muertes se presentaron en los mayores en el grupo de 45-59 años con 137 muertes (38%), seguido del grupo de 60-69 años con 89 fallecidos (25%), y en tercer lugar el grupo de personas mayores de 80 años con 43 defunciones (12%) (Tabla 2).

Tabla 2.

Número de defunciones por grupo de edad y sexo.				
grp_edad2	hombre	mujeres	Total general	porcentaje (%)
0-4	3	1	4	1
5-14	3	0	3	1
15-29	10	5	15	4
30-44	23	15	38	11
45-59	90	47	137	38
60-69	50	39	89	25
70-79	19	13	32	9
80+	31	12	43	12
Total general	229	132	361	100

Se observan pequeñas diferencias por género, siendo mayor el número de muertes en el grupo de 45-59 años tanto en hombres (39%) como en mujeres (36%). En las mujeres es ligeramente mayor el porcentaje de muertes en el grupo de 60-69 años (30%) (Tabla 3).

Tabla 3.

Proporcion de defunciones por grupo de edad y sexo.		
grp_edad2	mujeres (%)	hombres(%)
0-4	1	1
5-14	0	1
15-29	4	4
30-44	11	10
45-59	36	39
60-69	30	22
70-79	10	8
80+	9	14
Total general	100	100

A continuación, se presenta una gráfica de mortalidad de SGB por sexo y departamentos de Colombia durante los años 2014-2018. Las tasas se expresan en valores por 100.000 habitantes. Los 10 primeros departamentos con mayor tasa de fallecidos fueron San Andrés y Providencia, Atlántico, Cesar, Bolívar, Amazonas, Huila, Sucre, Tolima, Nariño y Quindío. En todos los departamentos la población más afectada fue la de los hombres.

Tabla 4. Tasa de mortalidad por SGB, años 2014-2018 en Colombia

Departamento	TBM (100 000 hab)		Total Suma de TBM	Número total de fallecidos
	hombre	mujeres		
San Andres Y Providencia	10,4	0,0	5,2	2
Atlantico	3,9	3,0	3,5	43
Cesar	3,5	1,9	2,7	14
Bolivar	3,4	1,9	2,6	28
Amazonas	5,2	0,0	2,6	1
Huila	4,4	0,3	2,4	14
Sucre	1,8	2,4	2,1	9
Tolima	1,7	2,3	2,0	14
Nariño	2,9	0,7	1,8	16
Quindio	2,9	0,7	1,8	5

Carga de enfermedad

Carga de enfermedad por edad y sexo para SGB en el año 2018, Colombia.

En Colombia se estimó una carga enfermedad total de 0,4 DALYS: este análisis se hace por cada mil personas del total de carga de enfermedad y corresponde a 54% DALYS de discapacidad, y el restante 46% a DALYS de mortalidad.

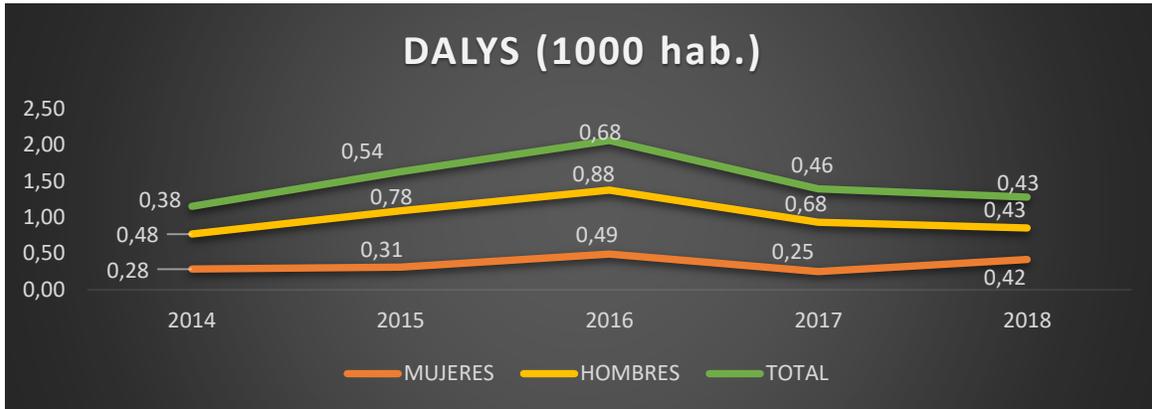
Al analizar por sexo no hay diferencia entre mujeres y hombres, tienen igual cantidad de DALYS, mientras que el porcentaje de DALYS de mortalidad es ligeramente mayor en hombres (26%) que en mujeres (17%).

Dentro del grupo de edad con mayor carga de enfermedad se observa el grupo de 70-79 años en mujeres con 1,1 DALYS por cada 1.000 habitantes, mientras que en los hombres la mayor carga enfermedad se halló en el grupo de 60-69 años en los hombres con 2,5 DALYS por cada 1000 habitantes (Tabla 5).

Tabla 5. Carga de enfermedad por edad y sexo para SGB en el año 2018, Colombia.

Edad	Mujeres DALYs por 1000	Hombres DALYs por 1000	Total DALYs por 1000
0-4	0,5	0,0	0,2
5-14	0,0	0,0	0,0
15-29	0,1	0,0	0,1
30-44	0,8	0,0	0,4
45-59	0,3	1,2	0,8
60-69	0,9	2,6	1,7
70-79	1,1	2,1	1,6
80+	0,1	0,8	0,4
Total	0,4	0,4	0,4

Gráfico 1. Línea de tendencia para carga enfermedad por sexo de SGB en los años 2014-2018, Colombia.



Fuente: DANE, causa básica de muerte CIE-10 (G610), años 2014-2018.

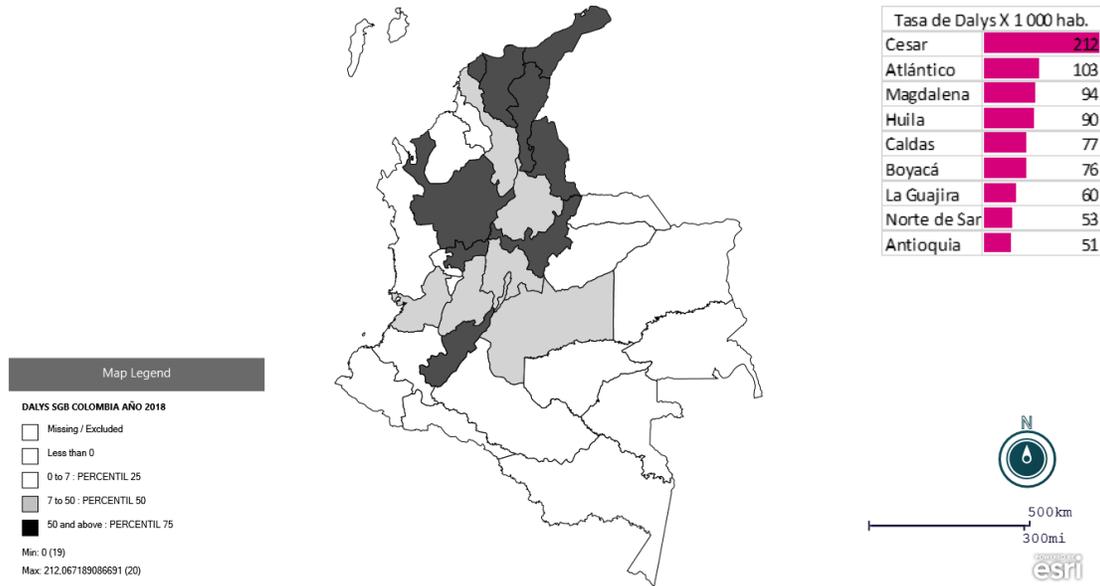
	DALYS (1000 hab.)		TOTAL
	MUJERES	HOMBRES	
2014	0,28	0,48	0,38
2015	0,31	0,78	0,54
2016	0,49	0,88	0,68
2017	0,25	0,68	0,46
2018	0,42	0,43	0,43

Comparando los años en estudio podemos deducir que en el año 2016 se presentó la mayor carga de enfermedad para SGB, siendo los hombres los más afectados por esta enfermedad; seguido del año 2015, observando una diferencia 0,14 respecto al año inmediatamente posterior, siendo los hombres de igual manera el sexo más afectado, esto lo inferimos para todos los años excepto el año 2018 donde la cantidad de DALYS son iguales para ambos sexos (Gráfico 1).

El brote de Zika presentado en Latinoamérica en 2014, demostró que estaba relacionado con una mayor ocurrencia de SGB en Colombia. Después de analizar 68 pacientes con la misma patología en seis hospitales de Colombia, los resultados mostraron que, desde octubre de 2015 a marzo de 2016, hubo 2.603 infecciones de Zika confirmadas por laboratorio y se registraron 401 pacientes con un síndrome

neurológico que tenía un historial de infección del Zika; 270 de los casos (67%) correspondieron al SGB (8).

Mapa 1. Dalys por departamentos para SGB en Colombia en 2018.



Fuente: creacion propia calculos con poblacion Dane; año 2018.

En el mapa 1 se observan los departamentos que presentaron mayor tasa de años de vida ajustados por discapacidad para SGB, los cuales se encuentran marcados en color gris oscuro. Resaltados en gris claro se presentan los departamentos con menor tasa de años de vida ajustados por discapacidad y en blanco aquellos con poco o ningún DALY.

Discusión

Los resultados del estudio de carga de enfermedad de SGB para Colombia 2014-2018 son congruentes con estudios relacionado en la literatura.

El SGB es una de las enfermedades huérfanas que en el 2016 se empezó a vigilar en Colombia por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), realizando notificación de casos y depuración de las bases de datos con el fin de realizar análisis de información, identificando casos repetidos y verificando si fue

notificado por clínica o por laboratorio. De esta manera, en 2016 fueron notificados 687 casos y en 2017 un total de 2.164, mejorando el reporte de casos, permitiendo de esta manera llevar una vigilancia de este evento (7).

Según el Instituto Nacional de Salud (INS) durante 2017 se notificaron 90 casos de síndromes neurológicos (SGB, polineuropatías ascendentes, entre otras afecciones neurológicas similares) con antecedente de enfermedad febril compatible con infección por el virus Zika, de los cuales el 48,9% (44) son de sexo femenino. La mayor proporción de casos se concentra en los grupos de edad de 10 a 24 años y 30 a 44 años con el 34,4% (31) y 30,0% (27), respectivamente. Estos casos se notificaron con el código CIE-10 de Síndrome de Guillain barré (G-610) (9).

El presente estudio cumplió con los objetivos propuestos inicialmente; se estimó una prevalencia para SGB de 3,7 por 100 000 habitantes en los años 2014-2018 en la población colombiana, se taso una mortalidad asociada a SGB total de 54,4 en 100 000 habitantes y se observó la tendencia de Dalys de 0,5 por 1 000 habitantes con SGB en los años 2014-2018 esto estratificando por edad y sexo en Colombia.

Según el Global Burden of Disease (GBD), las tasas de AVISA para enfermedades neuromotoras en países de Sur América como Argentina (19,2 X 100 000 habitantes), Chile (26,3 X 100 000 habitantes) y Uruguay (14,1 X 100 000 habitantes) tienen un mayor promedio de tasa de AVISA, en los ambos sexos en todos los grupos de edades comparándola con la de Colombia (12,7 X 100 000 habitantes).

Debido a que los casos presentados por esta causa son muy pocos, la variabilidad de en los estadios de esta enfermedad y su difícil diagnóstico diferencial, se dificulta saber con exactitud los años de vida esperados para este síndrome, también debido a que no se encuentra mucha literatura de carga enfermedad específica para SGB, hay muy pocos estudios los cuales pueden servir para comparación.

Una de las posibles limitaciones es la calidad del dato de los sistemas de información debido a que la información que se requiere para estimar la carga enfermedad necesita de registros previamente consignados y pretende confiar en la información registrada; esto puede ser una debilidad a la hora de tomar

decisiones en temas de relacionados con políticas en salud pública. Entre las posibles debilidades encontramos el probable subregistro, debido a que esta patología es de difícil diagnóstico, para esto se tuvo en cuenta el diagnóstico básico de muerte en donde se evaluó la tendencia de la enfermedad con los datos consignados únicamente en las bases de estadísticas vitales nacionales y sistemas Integrados de información de la protección social del país, aunque no podemos identificar el número de casos que quedaron por fuera del registro debido a distintas causas como lo son la inaccesibilidad de la población a la registración de los hechos por cuestiones geográficas, socioeconómicas o culturales; también debido a la falta de articulación y funcionamiento ineficiente entre el registro civil y el sistema de estadísticas vitales.

Para minimizar el sesgo se compararon las muertes y diagnósticos registrados por la causa a estudiar relacionándolo con distintas fuentes de información como DANE, SISPRO y literatura asociada.

Este síndrome es una enfermedad autoinmune, controlable, aunque, debido a que es poco frecuente no es fácil su diagnóstico diferencial, se confunde con diversas afecciones neurológicas, es de evolución rápida y potencialmente letal, por lo que su diagnóstico precoz es de vital importancia para tomar medidas necesarias y evitar su evolución con el fin de preservar la vida de aquellos que la padecen.

Referencias

1. Comportamiento clínico-terapéutico del síndrome Guillain-Barré en niños. Vol. 20, Archivo Médico de Camagüey. 2016. p. 359–67.
2. Palmezano JM, Mauricio R, Amaya R, Rangel DA, Juliana S, Blanco G, et al. iMedPub Journals Perfil Clínico de Pacientes con Síndrome de Guillain Barre en un Hospital Universitario en Colombia Clinical Profile of Patients with Guillain Barre Syndrome in University Hospital , Colombia Introducción Materiales y Métodos. 2017;13:1–6. Available from: www.archivosdemedicina.com
3. Patricia S, Jaramillo I, Beatriz Á, Salazar P, Santiago C, Uribe U. Características técnicas y resultados maternos y perinatales de las pacientes isoimmunizadas sometidas a transfusión fetal intrauterina Hospital

Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia, 1998-2006. *Iatreia*. 2008;21(1-S):16–7.

4. Pardillo VDEL, Gonzalez L, Con P, En T, Complementos CY. Febrero 2016. 2016;1–4.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Radiografía de las enfermedades huérfanas en Colombia [Internet]. Boletín de prensa 001 de 2018. 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Radiografía-de-las-enfermedades-huerfanas-en-Colombia.aspx>
6. Perez JC. Síndrome de Guillain Barré (SGB) Actualización. *Acta Neurol Colomb*. 2006;22(Neurología):201–8.
7. Broutet N, Krauer F, Riesen M, Khalakdina A, Almiron M, Aldighieri S, et al. Zika virus as a cause of neurologic disorders. Vol. 374, *New England Journal of Medicine*. 2016. p. 1506–9.
8. Ambe AK. Enfermedad por virus Zika. *Ginecol Obstet Mex*. 2016;84(2).
9. R. G. Garantía de la calidad en salud en las enfermedades huérfanas de la población colombiana en los últimos 10 años. 2017;1–14.
10. Grado IEDI, Asistente P, Provincial H. Síndrome De Guillain-Barré. Actualización Acerca Del Diagnóstico Y Tratamiento. *Arch Médico Camagüey*. 2007;11(3).
11. Garzón Duque M. Carga de la enfermedad. *Rev CES Salud Pública*. 2012;3(2):289–95.
12. Minsal. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. *Dep Salud Pública, Esc Med Pontif Univ Católica Chile*. 2008;1–101.