

Artículo Original

Características clínico- epidemiológicas de pacientes con esclerosis múltiple en dos hospitales de alta complejidad

Clinical-epidemiological characteristics of patients with multiple sclerosis in two high complexity hospitals

Richard Delgado-Cabrera^{1,a}, Priscila Abigail Galán-Palma^{1,2,a}, Jorge Luis Fernández-Mogollón^{2,b}

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.868>

RESUMEN

Objetivo: Conocer las características clínico- epidemiológicas de pacientes con esclerosis múltiple de dos hospitales de alta complejidad de la región Lambayeque entre los años 2012-2017. **Material y Métodos:** Revisaron 84 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Esclerosis múltiple en Hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo y Hospital Regional Lambayeque. Los datos obtenidos fueron registrados en una ficha de recolección de datos compuesta por 17 ítems. Se trabajó con la base de datos en SPSS v 22, para el análisis descriptivo se utilizó frecuencia absoluta y relativa. **Resultados:** La forma de presentación más común fue la forma primaria progresiva, con una edad promedio de 44 años; entre las manifestaciones clínicas más frecuentes, se encontró la debilidad de miembros, seguida del dolor retro ocular. Al total de pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple se le realizó, resonancia magnética nuclear como examen diagnóstico. **Conclusiones:** Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron debilidad de miembros superiores e inferiores, dolor retro ocular, parestesias, ataxia y fatiga. En su mayoría fueron varones con edad promedio de 44 años. La mayor parte procedían de la costa y no presentaban infecciones previas al diagnóstico. La resonancia magnética se realizó como examen complementario en todos los pacientes.

Palabras Clave: esclerosis múltiple; manifestaciones neurológicas; perfil de salud. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: To know the clinical-epidemiological characteristics of patients with multiple sclerosis of two high complexity hospitals in the Lambayeque region between 2012-2017. **Material and methods.** reviewed 84 medical records of patients diagnosed with multiple sclerosis at Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital and Lambayeque Regional Hospital. The data obtained were recorded in a data collection sheet composed of 17 items. We worked with the database in SPSS v 22, for the descriptive analysis we used absolute and relative frequency. **Results:** The most common form of presentation was the progressive primary form, with an average age of 44 years; among the most frequent clinical manifestations, limb weakness was found, followed by retro ocular pain. The total number of patients diagnosed with multiple sclerosis was performed, nuclear magnetic resonance as a diagnostic test. **Conclusions:** The most frequent clinical manifestations were weakness of upper and lower limbs, retro ocular pain, paraesthesia, ataxia and fatigue. They were mostly men with an average age of 44 years. Most of them came from the coast and had no infections prior to diagnosis. Magnetic resonance imaging was performed as a complementary test in all patients.

Keywords: : multiple sclerosis; neurological manifestations; health profile . (Source: DeCS-BIREME).

FILIACIÓN

1. Facultad de medicina, Universidad de San Martín de Porres, Chiclayo, Perú.
2. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, EsSalud, Chiclayo, Perú.
 - a. Médico Cirujano.
 - b. Médico Epidemiólogo.

ORCID

1. Richard Delgado-Cabrera
2. Priscila Abigail Galán-Palma
3. Jorge Luis Fernández-Mogollón
[0000-0001-8293-0882](https://orcid.org/0000-0001-8293-0882)

CORRESPONDENCIA

Jorge Luis Fernández-Mogollón

EMAIL

jorgeluis_59@yahoo.es

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores niegan conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciamiento.

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 18/02/2021

Aceptado: 30/03/2021

COMO CITAR

Delgado-Cabrera, R., Galán-Palma, P., & Fernández-Mogollón, J. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esclerosis múltiple en dos hospitales de alta complejidad. Revista Del Cuerpo Médico Del HNAAA, 2021, 14(1), 35 - 39. Recuperado a partir de <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/868>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.
Versión Impresa: ISSN: 2225-5109
Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731
Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa
OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

INTRODUCCIÓN

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante-progresiva más frecuente, de curso crónico, en la cual principalmente, la sustancia blanca del sistema nervioso central (SNC), se ve afectada por la aparición de infiltrado inflamatorio, causando destrucción de la mielina, con lesiones focales múltiples en placas, sin alteración relativa de los axones y oligodendrocitos^(1,2). La EM afecta principalmente a los adultos jóvenes, siendo el doble de frecuente en mujeres, pero de presentación más grave en varones en su forma primaria progresiva. El riesgo es 5 a 8 veces mayor en personas que tienen antecedentes familiares en primer grado^(1,3,4).

La EM, es la principal enfermedad desmielinizante a nivel mundial. Su distribución es mayor en áreas alejadas de la línea ecuatorial; como el Norte de Europa, Canadá y EUA (30-50 casos/100 000 hab.). En Latinoamérica, es menor la prevalencia, en México se describió 1,6 casos / 100 000 hab. en 1970, sin embargo, se duplicó en los últimos 10 años. En Uruguay se describe una prevalencia de 17,6 casos / 100 000 hab., Brasil 4 a 15 casos/ 100 000 hab., Argentina 15 a 18 casos/ 100 000 hab. y en Colombia 1,48 a 4,98/ 100 000 hab.^(5,6). En el año 2009, Vizcarra D, et al realizó un estudio sobre la prevalencia de la EM en algunos establecimientos de salud de Lima- Perú, teniendo una prevalencia de 7,6 por 100,000 habitantes, pero esta cifra no es representativa de nuestro país, debido a que no se cuenta con otros estudios fuera de la capital, que en su mayor parte es población urbana, que tiene un mejor acceso a los sistemas de salud y a establecimientos especializados⁽⁵⁾.

Bertado B, et al. (México, 2016) realizó un estudio se encontró que la edad estuvo en un rango entre 12 - 66 años y la edad media fue de 41 años, con un predominio femenino de 65,5%⁽³⁾. Mientras que otro estudio realizado por Nogales J. (Chile, 2014) encontraron que la edad promedio estuvo en un rango de 12-63 años, con un predominio femenino del 67%; los síntomas iniciales fueron disturbios sensoriales (20%), alteraciones motoras (18%), neuritis óptica (16%), y un 9% con manifestaciones severas⁽⁷⁾.

En el Perú, hasta hace algunos años se consideraba que la presencia de EM no tenía relevancia, aún más por no estar dentro de área geográfica de distribución de esta enfermedad, sin embargo, se hizo más evidente con la disponibilidad de Resonancia magnética, mostrando un incremento en el número de pacientes diagnosticados. Hasta la actualidad solo hay 2 estudios en nuestro país sobre esta enfermedad, donde aún no se ha determinado el perfil clínico del paciente diagnosticado con EM por lo cual es tarea importante obtener mayores datos en otras ciudades del Perú para discutir los resultados globalmente en el contexto de todo el país. Es por ello que se considera tema de importancia tomarlo como un estudio que permitirá tener un mayor conocimiento de esta enfermedad, que no se rige a una sola población y que siempre es relevante hacer una buena historia clínica en primer lugar y a su vez tener en cuenta los exámenes complementarios antes de descartarla para así darle una mejor calidad de vida al paciente y evitar en lo posible que progrese la enfermedad.

Las características clínicas son un conjunto de manifestaciones propias de una enfermedad, como en la esclerosis múltiple que se manifiesta con alteraciones motoras, sensitivas, visuales, cerebelosas, etc. En cuanto a las características epidemiológicas, éstas se definen en base al estudio de la distribución, frecuencia y determinantes del proceso salud-enfermedad en poblaciones humanas^(12,13).

El objetivo principal es describir las características clínico-epidemiológicas de pacientes con esclerosis múltiple de dos hospitales de alta complejidad de la región Lambayeque entre los años 2012-2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo cuantitativo, no experimental, de diseño descriptivo.

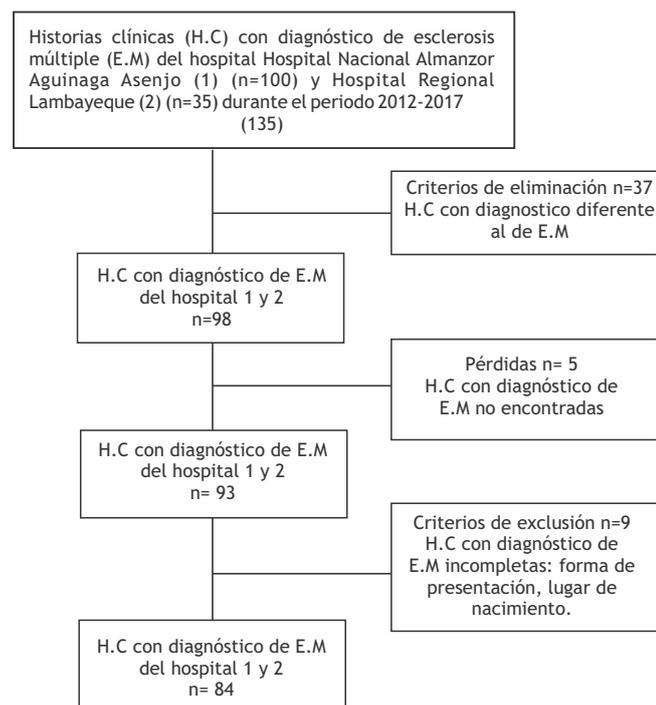
Se recolectó la información a través de fichas de recolección de datos a partir de las historias clínicas de pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple en HNAA y HRL durante los periodos 2012-2017. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de esclerosis múltiple en cualquiera de sus formas de presentación clínica, historias clínicas de pacientes que fueron hospitalizados en el HNAAA y el HRL durante el periodo 2012-2017 (sea por exámenes complementarios o tratamiento), historias clínicas completas; mientras que los criterios de exclusión fueron: Historias clínicas de pacientes que presenten enfermedad desmielinizante a nivel SNC secundaria a enfermedades reumatológicas e infecciosas, historias clínicas de pacientes que tengan enfermedades asociadas de etiología metabólica, inmunológica, etc.; y los criterios de eliminación fueron: Historias clínicas incompletas, historias clínicas con diagnóstico presuntivo o no confirmado.

El tipo de muestro fue censal, por lo cual se utilizaron todas las historias clínicas de pacientes que están registrados con diagnóstico de EM a su ingreso en el HNAA y HRL durante los años 2012- 2017. Se utilizó como instrumento de recolección de la información a una ficha de recolección de datos, compuesta 17 ítems, en tres bloques principales dentro de ellas: ficha de identificación, características epidemiológicas y características clínicas.

Para la recolección de la información se utilizó una ficha de recolección de datos que consta de tres bloques principales, aplicadas a las historias clínicas de pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple en los hospitales HNAA y HRL en el periodo 2012- 2017. La recolección de información se realizó en el mes de febrero del 2018 de lunes a viernes por las tardes, acudiendo a los archivos de historias clínicas de los hospitales ya mencionados, el tiempo que se utilizó en para recolectar la información de cada historia clínica fue entre 10-15 min. (ver anexos).

Los datos obtenidos fueron en una base de datos informática usando el programa SPSS 22; se trabajó con variables categóricas utilizando frecuencias absolutas y relativas, las cuales fueron características clínicas, epidemiológicas y exámenes complementarios, donde se obtuvo diferentes tablas de frecuencia y porcentajes.

Este trabajo de investigación no presentó ningún riesgo, porque es un estudio descriptivo, donde se aplicó fichas para la obtención de datos, con previa autorización de los hospitales y del comité de ética de cada uno de ellos. El estudio cumple con los principios bioéticos, porque se solicitó el permiso del HNAHA y del HRL, para tener acceso a las historias clínicas de los años 2012- 2017, se mantuvo en confidencialidad los datos obtenidos de las historias clínicas y los autores se comprometieron a no divulgar la información recolectada.



Flujograma
Selección de los participantes en el estudio

Tabla 1. características epidemiológicas de pacientes con esclerosis múltiple de dos hospitales de alta complejidad de la región lambayeque entre los años

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	N	%
Sexo	Masculino	46 / 46/84
	Femenino	38 / 38/84
Fallecido	Si	7 / 07/84
	No	77 / 77/84
Infecciones previas	Si	20 / 20/84
	No	64 / 64/84
Forma de presentación	Primaria progresiva	40 / 40/84
	Recurrente remitente	38 / 38/84
	Progresiva recurrente	5 / 05/84
	Secundaria progresiva	1 / 01/84
Lugar de procedencia	Costa	73 / 73/84
	Sierra	6 / 06/84
	Selva	5 / 05/84
Tipo de Seguro	Essalud	62 / 62/84
	Minsa	22 / 22/84
Edad en grupos	Adolescentes	4 / 04/84
	Adultos jóvenes	21 / 21/84
	Adultos mayores	8 / 08/84

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Aguinaga Asenjo 2012-2017

Más del 50% paciente con esclerosis múltiple del HRL y HNAHA entre los años 2012-2017 son población adulta entre 36-64 años, siendo la edad promedio de 44 años.

Tabla 2. Características clínicas de pacientes con esclerosis múltiple de dos hospitales de alta complejidad de la Región Lambayeque entre los años 2012-2017.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	N	%
Alteración visual	Dolor retro ocular	46 / 46/84
	Visión borrosa	22 / 22/84
	Discromatopsia	6 / 06/84
	Diplopía	6 / 06/84
	Nistagmos	6 / 06/84
Alteraciones motoras	Debilidad de miembros	62 / 62/84
	Marcha parética	6 / 06/84
	Espasticidad	4 / 04/84
Alteraciones sensitivas	Parestesias	24 / 24/84
	Disminución de la sensibilidad	7 / 07/84
	Neuralgia del trigémino	2 / 02/84
Alteraciones cerebelosas	Ataxia	30 / 30/84
	Disartria	6 / 06/84
Otras alteraciones	Fatiga	21 / 21/84
	Demencia	11 / 11/84
	Disfunción de esfínteres	7 / 07/84

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Aguinaga Asenjo 2012-2017.

Los trastornos de marcha son más frecuentes en estos pacientes, debido a que el 73,81% presenta alteraciones de origen motor, el 30,6% de origen cerebeloso y el 25% fatiga, pudiendo causar algún grado de limitación en sus actividades diarias.

Tabla 3. Frecuencia de exámenes complementarios realizados a pacientes con esclerosis múltiple de dos hospitales de alta complejidad de la Región Lambayeque entre los años 2012-2017.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	N	%
Resonancia magnética	84 / 84/84	
Potenciales evocados visuales	28 / 28/84	
Líquido cefalorraquídeo	23 / 23/84	

DISCUSIÓN

La población adulta (60,7%) fue la más afectada por la enfermedad, comprendida en edades de 36 a 64 años, en un rango de 13 a 72 años, con una edad media de 44 años. Esto coincide con otro estudio realizado en nuestro país por Mendoza G., en el 2014, en el que la cuarta y quinta década de la vida fueron las más afectadas, así también Bertado B. y cols, en su estudio tuvieron como edad promedio 41 años, y una edad mínima de diagnóstico de 12 y máxima de 66 años^(3,8).

Si bien es cierto, la etiología de la EM es desconocida, se tiene evidencia de ser una enfermedad autoinmune desencadenada por una infección importante, sobre todo vírica, sin embargo, el 76,2% de historias clínicas de nuestra población refieren no tener infecciones previas. Esta cifra podría ser que esté alterada, ya sea por una mala elaboración de la anamnesis, o el paciente no recuerda el evento o porque no considero importante mencionarlo^(2,4).

El 54,8% de los pacientes pertenecen al sexo masculino, sin embargo, según estudios realizados en los últimos años mencionan que el sexo femenino es el que más se afecta en la Esclerosis múltiple⁽⁹⁾. Se considera que las mujeres son afectadas dos a tres veces más que los varones y así lo evidencia Masoud E. y cols. (Irán, 2016) en su estudio, teniendo un gran número de casos, donde el 82,8% de pacientes fueron mujeres, en una proporción de 4,81 en 1. A nivel nacional Mendoza G. obtuvo datos similares con un 60,3% a predominio femenino, al igual que en otros estudio de países como Chile, México, Irán y la India, en los que más del 65% de la población afectada por la enfermedad son mujeres^(8,10).

En estudios realizados en Asia por Masoud E. y cols., y Singhal A. y cols., así como también en México, se tuvo a la esclerosis múltiple recurrente remitente como la forma más frecuente de presentación clínica 88,7%, 68,4% y 82% respectivamente, por otro lado, en nuestra población la mayor parte presentó la forma primaria progresiva (47,62%) seguido por la Recurrente Remitente (45,24%) con una diferencia de mínima. Según la literatura en varones la presentación es más grave por lo que en ellos la forma más frecuente es la primaria progresiva^(3,4,10,11).

Tanto el sexo como la forma de presentación varían en cuanto a lo mencionado por la literatura latinoamericana y mundial, esto puede deberse a que son estudios realizados en poblaciones más grandes, y durante periodos más largos de seguimiento, ya que en otros países cuentan con establecimientos especializados. Muchos años atrás, en el 2005, Vizcarra D. y cols., señalaron a la forma recurrente-remitente como la más frecuente en un estudio que se realizó en Lima- Perú, en el que también mencionan al sexo femenino como doblemente afectado. Probablemente los resultados difieran por no contar con un sistema único de atención sanitaria y no tenerse una estadística global de todos los casos en la región⁽⁵⁾.

Dentro de las manifestaciones clínicas, las alteraciones motoras y visuales fueron las más frecuentes. La debilidad de miembros se presentó en el 73,81% de los pacientes, que comúnmente se da al inicio de la enfermedad y en menor porcentaje se presentó la marcha parética y la espasticidad (7,1% y 4,8% respectivamente), teniendo similitud a lo obtenido por Singhal A. y cols., presentando el 85,1% de su población debilidad y espasticidad, seguido de signos y síntomas cerebelosos como temblores y ataxia (72,3%). El 25% de pacientes presentaron fatiga, en la cual desconocemos su grado y origen, pero que causa gran impacto en la calidad de vida de la persona⁽¹¹⁾.

La neuritis óptica es otra afección común de la esclerosis múltiple, que comprende dolor retroocular, visión borrosa y discromatopsia. El 54,8% y el 20,6% de los pacientes presentaron dolor retroocular y visión borrosa respectivamente, coincidiendo con los resultados de Masoud E., en las que el 30,6% debuto con afectación del nervio óptico⁽¹⁰⁾.

En el estudio realizado por Nogales J. y cols. las alteraciones motoras (18%) y visuales (16%) estuvieron precedidas por los disturbios sensoriales (20%). De igual manera dentro de las

alteraciones sensitivas de nuestra población, las parestesias fueron las más frecuentes, presentes en un 22,4%⁽⁷⁾.

La disfunción de esfínteres, fue menos frecuente, solo el 8,3% de la población lo presentó, una diferencia considerable al resultado de Singhal A. y cols., pues el 65,1% de su población tuvo disfunción vesical^(7,11).

Para el diagnóstico de esta enfermedad se aplican los criterios de McDonald, que abarcan la clínica, además de exámenes complementarios imagenológicos como resonancia magnética y de laboratorio, la evidencia de bandas oligoclonales en líquido cefalorraquídeo. El 100% de historias clínicas consideradas en nuestro estudio muestra que a todos se les realizó resonancia magnética, sin embargo, sólo al 27,4% tuvo examen de LCR y el 33,3% adicionalmente evaluación de potenciales evocados visuales. Según menciona Mendoza G., el 93,5% de su población tuvo resonancia magnética como estudio de confirmación, el 67% tuvo evaluación visual a través de potenciales evocados, pero más del 80% de sus casos no cumplieron con los criterios de laboratorio. De la misma manera Masoud E. y cols. comenta que ya sea al inicio o durante el seguimiento de la enfermedad, a todos sus pacientes se les realizó resonancia magnética. Se puede concluir que la clínica y la resonancia magnética tienen mayor relevancia en la confirmación de la enfermedad en diversos países, probablemente en menor consideración el examen de bandas oligoclonales en LCR por su mayor costo y difícil acceso^(8,10).

El estudio encontró que las características clínicas más comunes en pacientes con esclerosis múltiple fueron debilidad de miembros superiores e inferiores, dolor retro ocular, parestesias, ataxia y fatiga. La mayoría de pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple fueron varones, la edad promedio fue de 44 años. Más de la mitad procedían de la costa y la mayor parte de pacientes no presentaban infecciones previas al diagnóstico. Y la resonancia se realizó en todos los pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple y a la tercera parte de ellos se les realizo potenciales evocados visuales.

Entre las limitaciones se puede mencionar que, dentro del registro de pacientes que se solicitó a los hospitales con el CIE-10 de esclerosis múltiple, las historias clínicas tenían diferente diagnóstico, por lo que fueron descartadas. Además, la población de pacientes diagnosticados con EM del Hospital Regional Lambayeque y el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, sin embargo, un subgrupo no se está considerando como aquellos que reciben atención privada, y también es importante mencionar que nuestra región no cuenta con centros de derivación y tratamiento específico para enfermedades como la Esclerosis Múltiple.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams y Víctor. Esclerosis múltiple y otras enfermedades inflamatorias desmielinizantes. Principios de neurología [Internet]. Colombia: Mcgraw-Hill; 2017 [citado 19 de junio de 2020]. Disponible en <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1908§ionid=141329680>
2. Porras-Betancourt M, Núñez-Orozco L, Plascencia-Álvarez NI, Quiñones-Aguilar S, Sauri-Suárez S. Esclerosis múltiple. Rev Mex Neuroci. 2007;8(1):57-66.

3. Bertado-Cortés B, Villamil-Osorio L, Carrera-Pineda R, Martínez-Cortés C, Guerrero-Cantera J. Características clínicas y demográficas de los pacientes con esclerosis múltiple. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2016;54(2):S186-S190.
4. Zarranz- Imirizaldu J. Neurología [Internet]. España: Editorial Elsevier 2017 [citado 19 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.librosmedicospdf.net/posts/neurologia/226/Zarranz-Neurolog-a-5ta-ed.html>
5. Vizcarra Escobar D, Kawano Castillo J, Castañeda Barba C, Chereque Gutiérrez A, Tipismana Barbarán M, Bernabé Ortiz A, et al. Prevalencia de esclerosis múltiple en Lima-Perú. *Rev Medica Hered.* 2009;20(3):146-150.
6. Kurtzke JF. Multiple sclerosis in time and space-geographic clues to cause. *J Neurovirol.* 2000;6(2):S134.
7. Nogales-Gaete J, Aracena R, Cepeda-Zumaeta S, Eloiza C, Agurto P, Díaz V, et al. Esclerosis múltiple recurrente remitente en el sector público de salud de Chile: Descripción clínica de 314 pacientes. *Rev Médica Chile.* 2014;142(5):559-66.
8. Mendoza Suárez GE. Cumplimientos de los criterios clínicos, de laboratorio e imagenológicos para el diagnóstico de Esclerosis Múltiple. Instituto de ciencias neurológicas. 2011-2010. [Tesis]. Lima: Instituto de ciencias neurológicas, Departamento de Neurología; 2014. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3854>
9. Otero S, Batlle J, Bonaventura I, Brieva L, Bufill E, Cano A, et al. Situación epidemiológica actual de la esclerosis múltiple: pertinencia y puesta en marcha de un registro poblacional de nuevos casos en Cataluña. *Rev Neurol.* 2010;50(10):623-33.
10. Masoud Etemadifar M, Sayed-Mohammadamin N, Niloofaralsadat N, Seyed-Hossein Abtahi M, Sayahi F, al e. Early-Onset Multiple Sclerosis in Isfahan, Iran: Report of the Demographic and Clinical Features of 221 Patients. *Journal of Child Neurology.* 2016; 31(7)(932-937).
11. Singhal A, Bhatia R, Srivastava MVP, Prasad K, Singh MB. Multiple sclerosis in India: An institutional study. *Mult Scler Relat Disord.* mayo de 2015;4(3):250-7.
12. Alroughani R, Ahmed SF, Al-Hashel J. Demographics and clinical characteristics of multiple sclerosis in Kuwait. *Eur Neurol.* 2014;72(3-4):181-5.
13. Koch-Henriksen N, Magyari M, Laursen B. Registers of multiple sclerosis in Denmark. *Acta Neurol Scand.* 2015;132(199):4-10.