



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS DE
PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN DOS
HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA REGIÓN
LAMBAYEQUE ENTRE LOS AÑOS 2012-2017**

**PRESENTADA POR
RICHARD DELGADO CABRERA
PRISCILA ABIGAIL GALÁN PALMA**

ASESOR

DR. JORGE LUIS FERNÁNDEZ MOGOLLÓN

**TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

CHICLAYO – PERÚ

2020



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON
ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN DOS HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD
DE LA REGIÓN LAMBAYEQUE ENTRE LOS AÑOS 2012-2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
DELGADO CABRERA, RICHARD
GALÁN PALMA, PRISCILA ABIGAIL**

**ASESOR
DR. FERNÁNDEZ MOGOLLÓN, JORGE**

**CHICLAYO-PERÚ
2020**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	I
Índice	II
Resumen	III
Abstract	IV
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIALES Y MÉTODOS	3
III. RESULTADOS	6
IV. DISCUSIÓN	9
V. CONCLUSIONES	12
VI. RECOMENDACIONES	13
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	14
ANEXOS	

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. **Materiales y método** 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. **Materials and method** 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- NLM)

I. 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. (3, 1,4).

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.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio: Cuantitativo, no experimental, descriptivo.

Población:

Muestreo y muestra: no probabilístico- 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.

Instrumento: Se utilizó una ficha de recolección de datos, compuesta 17 ítems, en tres bloques principales dentro de ellas: ficha de identificación, características epidemiológicas y características clínicas.

Criterios de selección: Se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión que abarca las 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.

Método: Los datos obtenidos pasaron a una base de datos informática usando el programa SPSS 22 y 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.

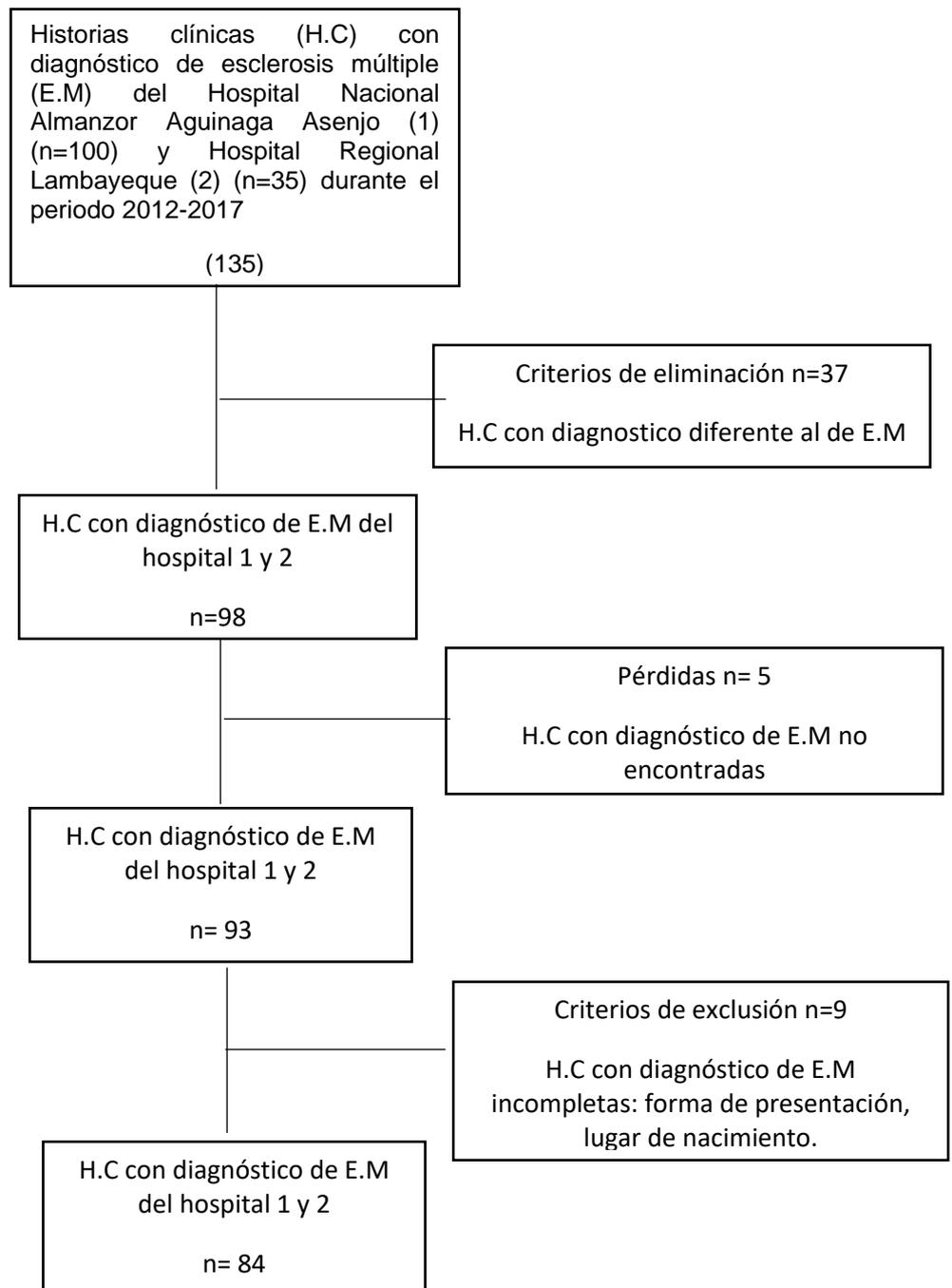
Este trabajo de investigación no presentó ningún riesgo, porque es un estudio

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 HNAAA 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.

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).

Flujograma



III. RESULTADOS

Tabla 1: Características epidemiológicas de pacientes con esclerosis múltiple de dos hospitales de alta complejidad de la región Lambayeque entre los años 2012-2017.

Características epidemiológicas		N	%
Sexo	Masculino	46	46/84
	Femenino	38	38/84
Fallecido	Si	7	7/84
	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	5/84
	Secundaria progresiva	1	1/84
Lugar de procedencia	Costa	73	73/84
	Sierra	6	6/84
	Selva	5	5/84
Tipo de Seguro	Essalud	62	62/84
	Minsa	22	22/84
Edad en grupos	Adolescentes	4	4/84
	Adultos jóvenes	21	21/84
	Adultos	51	51/84
	Adultos mayores	8	8/84

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

Historias clínicas del Hospital Regional Lambayeque 2014-2017.

Más del 50% paciente con esclerosis múltiple del HRL y HNAAA 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 clínicas		N	%
Alteración visual	Dolor retro ocular	46	46/84
	Visión borrosa	22	22/84
	Discromatopsia	6	6/84
	Diplopía	6	6/84
	Nistagmos	6	6/84
Alteraciones motoras	Debilidad de miembros	62	62/84
	Marcha parética	6	6/84
	Espasticidad	4	4/84
Alteraciones sensitivas	Parestesias	24	24/84
	Disminución de la sensibilidad	7	7/84
	Neuralgia del trigémino	2	2/84
Alteraciones cerebelosas	Ataxia	30	30/84
	Disartria	6	6/84
Otras alteraciones	Fatiga	21	21/84
	Demencia	11	11/84
	Disfunción de esfínteres	7	7/84

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

Historias clínicas del Hospital Regional Lambayeque 2014-2017.

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

Fuente: Historias clínicas del Hospital Nacional Aguinaga Asenjo 2012-2017.
Historias clínicas del Hospital Regional Lambayeque 2014-2017

IV. 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 (8,3).

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 (10,8).

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 (10, 11, 3,4).

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).

V. CONCLUSIONES

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.

La resonancia se realizó en todos los pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple y a la tercera parte de ellos se les realizó Potenciales evocados visuales.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda ampliar el periodo del tiempo de estudio de la enfermedad, en estudios posteriores. Además del examen físico exhaustivo, se debe tomar en cuenta los criterios de Mc Donald para el diagnóstico correcto del paciente con esclerosis múltiple por lo que realizar siempre una buena historia clínica para ayudar a futuras investigaciones basadas en ella.

Se tuvieron algunas limitaciones en el presente proyecto, debido a 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. Tampoco se pudo obtener las historias clínicas de todos los años que abarcan el estudio en el Hospital Regional Lambayeque, solo se trabajaron con un registro del 2014-2017, por razón que el hospital en sus inicios no contaba con un departamento de estadística bien establecido.

El presente estudio tiene como población a 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. En nuestro departamento no se cuenta con centros de derivación y tratamiento específico para enfermedades como la Esclerosis Múltiple.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Adams y Víctor. Esclerosis múltiple y otras enfermedades inflamatorias desmielinizantes. Principios de neurología [Internet]. Colombia: Mcgraw-Hill; 2017 [citado 19 de junio de 2017]. 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 2017]. Disponible en: <http://www.librosmedicospdf.net/posts/neurologia/226/Zarranz-Neurologia-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 doctoral. Lima: Instituto de ciencias neurológicas, Departamento de Neurología; 2014.
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-Hosseini Abtahi M, Sayahi F, et al. Early-Onset Multiple Sclerosis in Isfahan, Iran: Report of the Demographic and Clinical Features of 221 Patients. *Journal of Child Neurology*. 2016 Mayo; Vol. 31(7)(932-937).
11. Singhal A, Bhatia R, Srivastava MVP, Prasad K, Singh MB. Multiple Sclerosis in India: An Institutional [Doctoral thesis]. New Delhi: All India Institute of Medical Sciences, Department of Neurology; 2015.
12. Definición de Características clínicas [Internet]. Definición ABC. [citado 20 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/caracteristicaclínicas.php>
13. Glosario [Internet]. [citado 20 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/glosario.html>

ANEXOS

Ficha de recolección de datos

I. FICHA DE IDENTIFICACION			
N° historia	CIE-10	Forma de presentación	
Fecha de ingreso			
II. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICOS			
Sexo		Edad	
Lugar de precedencia			
Infecciones previas	1. Virus () 2. Bacterias () 3. Ninguno ()	Seguro	1. SIS () 2. ESSALUD () 3. Ninguno ()
III. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS			
Visuales	1. Visión borrosa () 2. Discromatopsia () 3. Dolor retroocular () 4. Diplopía () 5. Nistagmos ()	Sensitivos	1. Parestesias () 2. Disminución de sensibilidad () 3. Neuralgia del trigémino ()
Motores	1. Debilidad en miembros () 2. Marcha parética () 3. Espasticidad ()	Cerebelosos	1. Ataxia () 2. Disartria ()
		Cognitivos	1. Demencia ()
Misceláneo	1. Fatiga ()	Autonómicos	1. Disfunción de esfínteres ()
Exámenes complementarios	RM ()	LCR (bandas oligoclonales ()	PEV ()