



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGIA

MANUEL VELASCO SUAREZ

**CARACTERÍSTICAS ELECTROFISIOLÓGICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA

EN NEUROLOGÍA

PRESENTA

RAFAEL ALÁN DÍAZ MARTÍNEZ

TUTOR DE TESIS

JUAN CARLOS LÓPEZ HERNÁNDEZ



Ciudad de México, Julio 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).


El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIRUGÍA
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA


DRA. SONIA ILIANA MEJÍA PÉREZ
DIRECTORA DE ENSEÑANZA


JOSÉ FERNANDO ZERMEÑO POHLS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE NEUROLOGÍA


JUAN CARLOS LÓPEZ HERNÁNDEZ
TUTOR DE TESIS



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA**
MANUEL VELASCO SUÁREZ

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

**Comité de
investigación**

INN-DI-CI-352-2022
ASUNTO: APROBACIÓN PROTOCOLO

**Dra. Iris Enriqueta
Martínez Juárez
Presidente**

Ciudad de México, 25 de julio de 2022

**Dra. Dinora Fabiola
González Esquivel
Secretario**

DR. JUAN CARLOS LÓPEZ HERNÁNDEZ
INVESTIGADOR PRINCIPAL
PRESENTE

VOCALES
Titular
Dr. Pablo León Ortiz
Suplente
**Dr. Daniel Crail
Meléndez**

La presente es para informarle que su protocolo de investigación No. 27/22 titulado: **"Características electrofisiológicas y factores pronósticos en pacientes con diagnóstico de polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica."**, ha sido evaluado por el Comité de Investigación y dictaminado el día 22 julio 2022 como:

"APROBADO"

Titular
**Dra. Verónica Pérez
de la Cruz**
Suplente
Dr. Aurelio Jara Prado

No obstante, y en caso de que el protocolo de investigación involucre seres humanos, el desarrollo del protocolo queda sujeto a la aprobación por el Comité de Ética en Investigación, así como del Comité de Bioseguridad en caso de así requerirse.

Titular
**Dra. Sonia Iliana Mejía
Pérez**
Suplente
**Dra. Karina Carrillo
Loza**

Cabe recordar que, al realizar este protocolo de investigación, adquiere el compromiso ineludible de informar a los Comités y a la Dirección de Investigación semestralmente, los avances de su protocolo, eventos adversos, publicaciones y presentaciones en congresos que este genere, así como la terminación del mismo.

Titular
**Dr. Edgar Rangel
López**
Suplente
**Dra. Fabiola Eunice
Serrano Arias**

Esta aprobación, tiene vigencia hasta octubre 2022 según manifiesta el cronograma del protocolo. En caso de requerir una prórroga, deberá enviar su solicitud al menos 30 días naturales antes de la fecha de termino de vigencia para evitar la suspensión del protocolo.

ATENTAMENTE


**DRA. IRIS ENRIQUETA MARTÍNEZ
JUÁREZ**
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE


**DRA. DINORA FABIOLA GONZÁLEZ
ESQUIVEL**
SECRETARIO



CARTA DE AUTENTICIDAD

Ciudad de México, a 25 de julio de 2022.

DRA. SONIA ILIANA MEJIA PEREZ
DIRECTORA DE ENSEÑANZA
P R E S E N T E

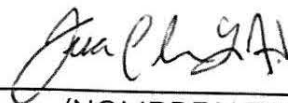
Los que suscriben manifestamos que el trabajo de tesis: Características electrofisiológicas y factores pronósticos en pacientes con diagnóstico de polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica es de autoría propia y es una obra original e inédita; motivo por el cual, en goce de los derechos que me confiere la Ley Federal del Derecho de Autor y conforme a lo estipulado en el artículo 30 de la misma, se otorga licencia de uso de este trabajo al INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUAREZ, a través de la Dirección de Enseñanza para que, en caso necesario, se utilice el contenido total o parcial de la obra para realizar actividades o diseñar materiales de educación y fomento a la salud; en el entendido de que éstas acciones, no tendrán fines de lucro. La licencia de uso NO EXCLUSIVA que se otorga al INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUAREZ, tendrá vigencia de forma indefinida, el cual inicia a partir de la fecha en que se extiende y firma la presente. Asimismo, se releva de toda responsabilidad al INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUAREZ, ante cualquier demanda o reclamación que llegará a formular persona alguna, física o moral, que se considere con derecho sobre la obra, asumiendo todas las consecuencias legales y económicas.

MEDICO RESIDENTE



Rafael Alán Díaz Martínez
(NOMBRE Y FIRMA)

TUTOR DE TESIS



Juan Carlos
(NOMBRE Y FIRMA)

A mi familia, amigos y profesores.
A todo aquél que formó parte de esta historia.

GRACIAS.

CONTENIDO.

1. MARCO TEÓRICO	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3. HIPOTESIS	
a. Hipótesis de trabajo	12
b. Hipótesis estadística	
4. OBJETIVOS	
a. Objetivo principal	13
b. Objetivos secundarios / específicos (opcionales)	
5. JUSTIFICACIÓN	13
6. DISEÑO DEL ESTUDIO	
a. Población en estudio	14
b. Criterios de selección	
7. VARIABLES	16
8. PLAN ESTADISTICO	
a. Descriptivo	18
b. Analítico (inferencial)	
c. Paquetería utilizada	
9. METODOLOGÍA	
a. Recursos humanos	
b. Recursos materiales	
c. Procedimiento de obtención de consentimiento informado	19
d. Intervención propuesta	
e. Métodos e instrumentos de recolección de datos	
f. Manejo y procesamiento de dato	
g. Seguridad y reporte de eventos adversos	
10. RESULTADOS	22
11. DISCUSIÓN	23
12. REFERENCIAS	25
13. ANEXOS	28
a. Tablas.	

1. MARCO TEÓRICO

Antecedentes.

La polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (PDIC) es una patología caracterizada por una presentación de debilidad tanto proximal como distal de las cuatro extremidades, además de alteraciones sensitivas propioceptivas. Su evolución es progresiva y el tiempo de inicio de los síntomas para el diagnóstico es de al menos 8 semanas **(1)**.

En la exploración física se encuentra debilidad muscular, generalmente simétrica, tanto proximal como distal, con alteración sensitiva de predominio propioceptivo y reflejos de estiramiento muscular disminuidos o ausentes. Rara vez se encontrará afección de los nervios del cráneo. La evolución de la enfermedad puede tener una presentación progresiva, escalonada, remitente-recurrente o con un inicio agudo que se asimila al síndrome de Guillain-Barré **(1,2)**.

Los estudios paraclínicos que forman parte del proceso diagnóstico son los estudios de conducción nerviosa (ECN), necesarios para completar los criterios diagnósticos expuestos más adelante. El estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR), la imagen por resonancia magnética (IRM), el ultrasonido nervioso y la biopsia de nervio periférico con estudios que apoyan al diagnóstico en ciertos escenarios **(1)**.

La incidencia y prevalencia de la PDIC varía a lo largo de las diferentes revisiones, pero se calcula en 0.33-0.8 casos y 0.6-7.7 por cada 100,000, respectivamente. Es más frecuente que afecte a hombres que a mujeres (2:1), y la edad media de presentación es de 40-50 años **(3,4)**. En un estudio realizado en Latinoamérica (Santiago, Chile) se calculó una incidencia en 0.46 y una prevalencia en 2.95 por cada 100,000 (10). En México no contamos con datos epidemiológicos comparativos. No se han identificado factores predisponentes con una fuerte relación, sin embargo, un 50% de los pacientes padecen diabetes mellitus o intolerancia a los carbohidratos **(1)**.

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

En la patogénesis se identifica como uno de los datos más importantes la desmielinización inducida por macrófagos **(5)**. Hasta en un 25% de los pacientes se han encontrado autoanticuerpos contra estructuras de las regiones nodal y paranodal como neurofascina-140, neurofascina-186 y contactina-1, presentando características clínicas similares a la PDIC **(6)**.

La distribución de las lesiones, la extensión y la capacidad de reparación puede dar las diferentes presentaciones de las variantes de la PDIC. La enfermedad con involucro simétrico tanto proximal como distal de las cuatro extremidades se considera como PDIC típica. Acorde a los criterios diagnósticos de la “European Federation of Neurological Societies and Peripheral Nerve Society” (EFNS/PNS) se distinguen presentaciones de la PDIC atípicas, entre las que se encuentran la neuropatía desmielinizante sensitivo-motora multifocal adquirida (Síndrome de Lewis-Sumner o MADSAM, por sus siglas en inglés), neuropatía desmielinizante distal simétrica adquirida (DADS, por sus siglas en inglés), PDIC motora pura, PDIC sensitiva pura y PDIC focal **(1,5)**.

La presentación clínica con las características comentadas es la base del diagnóstico **(6)**. No obstante, los ECN son necesarios para poder definir el nivel de certeza del diagnóstico en posible, probable o definitivo **(7)**. Los otros estudios paraclínicos funcionan como soporte del diagnóstico y ayudan a realizar el diagnóstico diferencial entre otras patologías con una presentación clínica similar a la de la PDIC **(2,6)**.

Se han establecido diferentes criterios diagnósticos como los de 1991 publicados por la “American Academy of Neurology” (AAN). Se han hecho diferentes comparaciones y revisiones por la “European Federation of Neurological Societies/Peripheral Nerve Society” (EFNS/PNS), la última en 2021. Estos criterios diagnósticos comprenden las características clínicas y datos de estudios electrofisiológicos. Ninguna de las validaciones hechas hasta el momento han sido 100% sensibles o específicas. Los criterios de la EFNS/PNS tienen un valor predictivo positivo (VPP) de 97% y un valor predictivo negativo (VPN) de 92% **(1,2)**.

El diagnóstico erróneo es común y se reporta hasta en un 50% de los pacientes catalogados como PDIC, principalmente en los que manifiestan una presentación atípica. Esto es

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

importante ya que el tratamiento se posterga debido a la falla diagnóstica. Se ha reportado que el retraso en el diagnóstico de PDIC puede ir desde 2 hasta 64 meses. En diferentes revisiones se ha encontrado que los criterios de la EFNS/PNS obtienen la sensibilidad más alta para PDIC (81%) definitiva o probable, con una especificidad en un rango de 79-96% **(6,8)**.

En un estudio realizado en Alemania en 203 pacientes con PDIC en el año 2021, se aplicaron los criterios diagnósticos de la EFNS/PNS y se encontró que el 76.9% de los pacientes cumplieron los criterios para un diagnóstico definitivo, 10.8% para probable y 2% para posible. El 10.3% restante tuvo datos de desmielinización sin embargo no alcanzaron los puntos de corte descritos **(9)**.

Los ECN aportan datos indirectos compatibles con desmielinización. Estos resultados comprenden los criterios electrodiagnósticos para la PDIC. Unas de las fallas que presentan los criterios electrodiagnósticos es la interpretación errónea de desmielinización al encontrar una amplitud del potencial de acción muscular compuesto (PAMC) menor a 1 mV. Otro punto para tener en consideración es que la compresión o atrapamiento de los nervios en segmentos específicos puede arrojar datos compatibles con desmielinización sin ser ésta la causa de la alteración de los resultados **(6)**. En un estudio realizado en 2020 en Países Bajos, de 96 pacientes referidos con diagnóstico de PDIC, el 32% estaban sobrediagnosticados. Esto se resolvió en la mayoría de los casos al repetir los ECN, sin embargo, en el 35% de los casos se encontraban datos compatibles con criterios de patología desmielinizante ya sea posible, probable o definitiva. 16 pacientes de esta serie fueron infradiagnosticados y la mitad de ellos tenían una presentación clínica atípica. Cuando realizaron los ECN todos cumplieron criterios para PDIC **(11)**. En un estudio retrospectivo realizado en Birmingham, UK en el 2021, encontraron que el diagnóstico erróneo más frecuente fue síndrome de Guillain-Barré, resultando un diagnóstico de PDIC de inicio agudo. En segundo lugar, fueron las neuropatías de origen genético y en tercer lugar neuropatía diabética. En estos dos últimos diagnósticos la interpretación y los reportes técnicos de los ECN estuvieron involucrados en el 85% de los casos **(8)**.

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

En los pacientes que cumplen con criterios clínicos para el diagnóstico de PDIC pero que no completan los criterios electrodiagnósticos se pueden tener en consideración los criterios de soporte para realizarlo **(1)**. Uno de los criterios de soporte es la respuesta al tratamiento, ya sea con inmunoglobulina IV (IgIV), recambio plasmático o corticoesteroides. El estudio de LCR puede servir como apoyo al diagnóstico de PDIC o para descartar diferenciales como infecciones o etiología neoplásica lo cual se sugiere investigar si el conteo celular resulta $>10/mm^3$. La hiperproteínoorraquia con un número de células normal se encuentra hasta en el 90% de los pacientes con PDIC típica.

La IRM y el ultrasonido de nervio pueden ser de utilidad en el diagnóstico de PDIC cuando el nivel de certeza se encuentra en posible. En la IRM se puede buscar hipertrofia de los nervios, hiperintensidad en las raíces nerviosas y reforzamiento con gadolinio. En el ultrasonido nervioso se busca incremento en el área de corte transversal en el plexo braquial y el nervio mediano.

La biopsia de nervio se debe reservar para casos específicos, cuando se sospecha de PDIC, pero no puede ser confirmada con la clínica, estudios de laboratorio, imagen o ECN. Generalmente el nervio seleccionado es el sural, por su accesibilidad, pero se puede realizar en un nervio que se sospecha afectado ya que es más probable que se obtenga información útil.

En pacientes resistentes a tratamiento o con sospecha de una etiología mediada por auto-anticuerpos con datos atípicos. Los anticuerpos para neurofascina (NF155) son los más frecuentes. Otros anticuerpos también encontrados, aunque menos frecuentes son anti-neurofascina 140 (NF140), neurofascina 186 (NF186), contactina-1 (CNTN1) y proteína asociada a contactina 1 (CASPR1). Si se sospecha de una paraproteinemia IgM se deben solicitar estudios para anti-MAG **(1,6)**.

Pronóstico:

En una revisión de 38 pacientes con diagnóstico de PDIC se encontró que el 87% eran capaces de caminar a los 5 años y el 26% se habían recuperado sin síntomas residuales en este tiempo.

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

Los factores encontrados en los pacientes con remisión total fueron un inicio subagudo, síntomas de presentación simétrica, buena respuesta al tratamiento con corticoesteroides y alteraciones en los estudios de conducción nerviosa de predominio distal **(12)**. En otras investigaciones se trató de asociar a la pleocitosis y a los datos electrofisiológicos compatibles con desmielinización severa como predictores de mal pronóstico, sin embargo, el resultado no fue significativo **(13)**.

Se encontraron factores relacionados con la refractariedad al tratamiento o recaída dependiente de tratamiento. Estos son: inicio insidioso, síntomas asimétricos y evidencia electrofisiológica de desmielinización en segmentos nerviosos intermedios **(12)**. También se ha tratado de encontrar biomarcadores para tratar de realizar un pronóstico en cuanto a la evolución de los pacientes. Godelaine y colaboradores encontraron que una medición de neurofilamento sérico resultó con niveles más elevados en pacientes en los cuales la PDIC progresó en cuanto a discapacidad a un año a pesar del tratamiento estándar **(14)**.

Los pacientes que presentan “foot drop” se relacionan con una pérdida de la marcha independiente, este signo se genera por incapacidad a la dorsiflexión. La amplitud del PAMC en la presentación inicial de la enfermedad, la duración de la enfermedad y el género femenino han sido identificados como factores de buen pronóstico para la recuperación de la fuerza de la dorsiflexión en los pacientes con PDIC. En el análisis hecho en el 2021 por Weerasinghe y colaboradores, de 27 pacientes que presentaron PDIC y “foot drop” con uso de silla de ruedas para la movilización, solo el 7% permaneció con dependencia para la movilización a 1 año **(15)**.

Respecto a los criterios electrodiagnósticos, las características de desmielinización predominante, principalmente en los segmentos distales, se asocian con un mejor pronóstico. Además, la resolución de los bloqueos de la conducción en los segmentos distales podría ser compatible con una recuperación más rápida. No se ha encontrado relación con la discapacidad inicial con las características electrofisiológicas y se han encontrado resultados inconsistentes respecto a los ECN y la respuesta al tratamiento **(16)**. En otra revisión del 2005 se encontró que el PAMC medio se encontraba más reducido en los nervios mediano, cubital y tibial en pacientes no respondedores a tratamiento y que la frecuencia de presentación de

bloqueos de la conducción era mayor en los pacientes que sí respondieron. Posterior a la administración de IgIV se encontró una mejoría en la velocidad de conducción motora en los pacientes que sí respondieron al tratamiento (17).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica es una entidad con un diagnóstico que propone un reto. En la práctica médica fuera de centros de referencia el diagnóstico de esta enfermedad se retrasa por muchos meses lo cual implica que el paciente no reciba un tratamiento específico a tiempo, antes de que pudiera desarrollar discapacidad. Debido a que la edad de presentación más frecuente es en la 5ª y 6ª décadas de la vida, esta patología impacta en un sector productivo de la población, aumentando los costos directos e indirectos que comprenden a esta enfermedad. El realizar un diagnóstico oportuno y certero puede ayudar a disminuir estas complicaciones y ofrecer una calidad de vida que en la mayoría de los casos es buena. los estudios de neuroconducción son herramienta fundamental en el diagnóstico oportuno y adecuado en pacientes con sospecha clínica de PDIC, a nuestro conocimiento en México no existe información acerca de las características electrofisiológicas en pacientes con PDIC. A nivel internacional existe poca información acerca de factores clínicos y electrofisiológicos que ayuden a identificar pacientes con PDIC con pobre respuesta clínica a tratamiento a corto plazo.

3. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

Existen factores clínicos y electrofisiológicos de pobre respuesta a tratamiento en pacientes con polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.

Hipótesis estadística

I. Nula

No existen factores clínicos y electrofisiológicos de pobre respuesta a tratamiento en pacientes con polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.

4. OBJETIVOS

Objetivo principal

Describir las características electrofisiológicas de los pacientes con diagnóstico de polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica y describir sus factores clínicos y electrofisiológicos de pobre respuesta clínica a tratamiento.

Objetivo secundario

Se hará una validación de los criterios de los nuevos criterios de EFNS/PNS 2021.

5. JUSTIFICACIÓN

Los pacientes con polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica presentan un retraso importante en el diagnóstico e inicio de tratamiento inmunosupresor, lo que implica aumento de la pérdida funcional y retrasa la recuperación. El conocer las características electrofisiológicas y factores pronósticos de respuesta clínica a tratamiento ayudará a identificar de manera temprana a pacientes con PDIC e iniciar tratamiento temprano, el conocer factores pronósticos en nuestra población permitirá identificar pacientes con pobre

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

pronostico funcional. Por lo tanto, el presente estudio aportara importante información de pacientes con PDIC en nuestra población para ofrecer un tratamiento inmunosupresor adecuado y una rehabilitación temprana.

6. DISEÑO DEL ESTUDIO

Población de estudio

I. Población blanco:

Pacientes con diagnóstico de: polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.

II. Población elegible:

Pacientes con diagnóstico de polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica en seguimiento en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

III. Población de estudio

Pacientes con diagnóstico de polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica en seguimiento en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía que cuenten con estudios de conducción nerviosa.

IV. Método de muestreo

No probabilístico, a conveniencia.

V. Tamaño de muestra

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

No aplica.

VI. Número total de sujetos (por grupo o brazo)

No aplica

VII. Tamaño de efecto

$p < 0.05$

VIII. Nivel de confianza

95%

IX. Poder estadístico

La significancia estadística será evaluada al nivel 0.05.

Criterios de selección

I. Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica definitiva a través de los criterios European Federation of Neurological Societies/Peripheral Nerve Society (EFNS/PNS) del 2010, que cuenten con estudio de conducción nerviosa.
- Pacientes con diagnóstico de PDIC con un seguimiento mínimo de tres meses.

II. Exclusión

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

- Pacientes que no cuenten con estudio de conducción nerviosa completo.
- Pacientes que no cuenten con seguimiento mínimo de tres meses.
- Pacientes con otro diagnóstico final.
- Pacientes con expediente clínico incompleto.

III. Eliminación

Pacientes que no cumplan con los criterios diagnósticos.

7. VARIABLES

Variable de desenlace (dependiente)				
Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Instrumento y unidad de medición
Buena respuesta clínica a tratamiento a corto plazo	Mejoramiento en la disminución de al menos un punto en a escala de Hughes.	Dicotómica (presente o ausentes)	Nominal	Prueba de Chi cuadrada o exacta de Fisher Si o No
Principales variables independientes, covariables y confusoras				
Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Instrumento y unidad de medición
Sexo	Conjunto de características biológicas que definen el aspecto de humanos como mujer u hombre.	Hombre o mujer.	Nominal	Chi cuadrada H(Hombre) o M (Mujer)
Edad	Edad cronológica del paciente del momento de presentación de signos y síntomas al momento de diagnóstico.	Años	Continua	Prueba de T de Student
Tiempo del inicio de los síntomas al diagnóstico	Periodo de tiempo transcurrido del inicio de signos y síntomas al diagnóstico.	Meses	Continua	Prueba U de Mann-Whitney o Kruskal Wallis
Antecedente de enfermedad autoinmune sistémica.	Antecedente de ser conocido con enfermedad autoinmune sistémica (Lupus eritematosos sistémico, Síndrome de Sjögren, Artritis reumatoide, distiroidismo)	Dicotómica (presente o ausentes)	Nominal	Prueba Chi cuadrada o Prueba exacta de Fisher Sí o No

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

Síntomas sensitivos	Presencia de parestesias, o dolor en extremidades, tronco, cara o cuello, desde el inicio de los signos y síntomas al diagnóstico	Dicotómica (presente o ausentes)	Nominal	Chi cuadrada o Prueba exacta de Fisher Si o No
Afección de Nervios de Cráneo.	Presencia de alteraciones en los Nervios de cráneo: VII bilateral o unilateral, Nervios oculares y nervios bulbares.	Dicotómica (presente o ausentes)	Nominal	Chi cuadrada o Prueba exacta de Fisher Si o no
Puntaje 1 en la escala de Hughes	Síntomas menores, el paciente puede deambular y correr	Dicotómica (presente o ausentes)	Nominal	Chi cuadrada o Prueba exacta de Fisher Si o no
Puntaje 2 en la escala de Hughes	El paciente puede deambular más de 5 metro de manera independiente pero no puede correr	Dicotómica (presente o ausentes)	Nominal	Chi cuadrada o Prueba exacta de Fisher Si o no
Puntaje 3 en la escala de Hughes	El paciente puede deambular, pero con ayuda (bastón, andadera)	Dicotómica (presente o ausentes)	Nominal	Chi cuadrada o Prueba exacta de Fisher Si o no
Puntaje 4 en la escala de Hughes	Paciente no puede deambular, confinado a silla de ruedas o cama	Dicotómica (presente o ausentes)	Nominal	Chi cuadrada o Prueba exacta de Fisher Si o no
Puntaje 5 en la escala de Hughes	Paciente que requiere de Ventilación mecánica Invasiva	Dicotómica (presente o ausentes)	Nominal	Chi cuadrada o Prueba exacta de Fisher Si o no
Puntaje en la escala MRC score al ingreso	Puntaje obtenido al medir la fuerza muscular en los siguientes músculos bilateral: deltoides, bíceps braquial, extensor de la mano, iliopsoas, cuádriceps y tibial anterior. Escala es de 0 a 60 puntos	Puntaje	Continua	Prueba de T de Student 0 a 60 puntos
Fenotipo típico	Paciente con presentación clínica típica de sensitivo-motora simétrica o inicio subagudo (<2 meses)	Dicotómico (presente o ausentes)	Nominal	Prueba de Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher. Si o No
Fenotipo atípico	Paciente con fenotipo clínico: presentación focal, presentación asimétrica, presentación de	Dicotómico (presente o ausentes)	Nominal	Prueba de Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher.

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

	predominio motor, presentación de predominio distal, presentación de predominio sensitivo.			Si o No
Otro fenotipo	Paciente con signos y síntomas de PCID que además presenten ataxia y/o temblor.	Dicotómico (presente o ausentes)	Nominal	Prueba de Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher. Si o No
Bloqueo de conducción nerviosa	Caída de amplitud de más del 50% del PAMC proximal en comparación al distal en nervios motores (mediano, cubital, tibial, y peroneo)	Dicotómico (presente o ausentes)	Nominal	Prueba de Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher Si o No
PAMC distal <20%	Amplitudes ≤ 1 mV en nervios motores (mediano, cubital, peroneo o tibial)	dicotómico (presente o ausentes)	Nominal	Prueba de Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher Si o No

8. PLAN ESTADÍSTICO

Descriptivo

Estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión consistiendo en porcentajes y frecuencias para variables nominales, mediana y rango para variables ordinales, y media y desviación estándar para variables numéricas continuas.

Analítico (inferencial)

Las variables categóricas se describirán en frecuencias y porcentajes. Para buscar diferencias entre grupos se utilizará: prueba χ^2 y exacta de Fisher para variables categóricas, prueba T de Student para comparar medias, y para comparar variables continuas no paramétricas prueba U Mann-Whitney. Un valor de $p < 0.05$ se considerará estadísticamente significativo.

Se realizará un análisis univariado y multivariado a través de una regresión logística binaria para identificar factores clínicos y electrofisiológicos de riesgo de pobre respuesta clínica

funcional a tratamiento siguiendo el consenso TRIPOD para desarrollar un modelo predictivo. La selección de las variables será a través de la experiencia de los investigadores y la revisión de la literatura. Evaluaremos la bondad de ajuste del modelo con la prueba de Hosmer-Lemeshow y el rendimiento del modelo será evaluado a través de análisis de Área Bajo la Curva (AUC). La significancia estadística será evaluada al nivel 0.05. Los resultados serán reportados como *odds ratio* (OR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Paquetería utilizada

Todos los análisis estadísticos serán realizados a través del programa estadístico SPSS versión 22.

9. METODOLOGÍA

Estudio transversal, anidado en una cohorte ambispectiva (enero 2016 a diciembre 2021) de pacientes diagnosticados con PDIC definitiva a través de criterios europeos (Joint Task Force of the EFNS and the PNS, 2010), en la clínica de Enfermedades Neuromusculares del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Los pacientes que cuenten con estudio de neuroconducción completo al momento del diagnóstico y seguimiento mínimo de tres meses serán incluidos. De los pacientes incluidos basados en el expediente físico y electrónico se obtendrán sus características clínicas: edad, género, retraso en el tiempo de diagnóstico (meses), tipo de variante clínica, puntaje en la escala Hughes al diagnóstico, puntaje en la escala MRC al diagnóstico, afección de nervios de cráneo, proteínas en LCR (mg/dl),

Los pacientes en base a lo reportado en el expediente físico y electrónico al momento del diagnóstico se clasificarán en fenotipos clínicos: típico (sensitivo-motora o inicio subagudo) o fenotipo atípico (asimétrico, focal, de predominio distal, de predominio motor o de predominio sensitivo, ataxia y/o temblor),

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

A tres meses de seguimiento, de todos los pacientes independientemente de tratamiento empleado (esteroide, inmunoglobulina o recambios plasmáticos), se obtendrá la puntuación de la escala de Hughes para valorar respuesta clínica. Se define como buena respuesta clínica a tratamiento a la mejoría de al menos un punto en la esca de Hughes en comparación con la puntuación al momento del diagnóstico.

Para el análisis de los hallazgos neurofisiológicos. El estudio neurofisiológico en los pacientes PDIC consta de los registros de los siguientes nervios motores: nervio mediano de cuatro puntos (muñeca, codo, axila y punto de Erb), nervio cubital de dos puntos (muñeca y codo), nervio tibial de dos puntos y nervio peroneo de dos puntos; así como registros de nervios sensitivos mediano, cubital y sural por método anterógrado. De cada nervio motor se obtendrá latencia distal (ms), velocidad de conducción nerviosa (m/s), potencial de acción muscular compuesto (PAMC) distal y proximal (mV); todos estos datos serán obtenidos del primer estudio neurofisiológico reportado en el expediente. Utilizamos la definición de nervio motor con PAMC distal bajo, a la amplitud (mV) <20% del límite normal inferior sin presencia de bloqueo parcial o completo en el nervio estudiado, en relación con valores normales de nuestra población. Utilizamos la definición de presencia de bloqueo completo a la caída de amplitud de 50% entre el PAMC d/PAMC p, por criterios europeos (Joint Task Force of the EFNS and the PNS, 2010).

Recursos humanos

#	Nombre	Funciones delegadas
1	Juan Carlos López	Investigador principal, diseño de protocolo, redacción del protocolo, análisis estadístico.
2	Jorge Burgos Centeno	Neurofisiólogo que realiza los estudios de conducción nerviosa, diseño del estudio
3	Edwin Steven Vargas Cañas	Diseño de protocolo

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

4	Rafael Alán Díaz Martínez	Diseño del estudio, redacción del protocolo, recolección y análisis de datos.
---	---------------------------	---

Recursos materiales

Computadora portátil marca Lenovo del investigador principal.
Software, programa SPSS versión 22.0

Procedimiento de obtención consentimiento informado

Durante la visita programada a consulta externa a la clínica de enfermedades neuromusculares a los pacientes elegibles para el estudio se les pedirá autorización para el uso de sus datos clínicos en el presente protocolo a través de firma de un consentimiento informado.

Intervención propuesta

Ninguna

Métodos e instrumentos de recolección de datos

La información recolectada del estudio será invertida directamente en la base de datos de programa SPSS por los principales investigadores.

Manejo y procesamiento de datos

Se realizará primeramente una tabla con la descripción general de la población: características epidemiológicas, clínicas y electrofisiológicas. Posterior se hará una segunda tabla para observar diferencias clínicas y electrofisiológicas entre pacientes con buena respuesta clínica vs pobre respuesta clínica.

Una tercera tabla se realizará para analizar factores clínicos y electrofisiológicos de pobre pronóstico funcional.

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

El resguardo de los datos será en la computadora personal del investigador principal, los datos personales de los pacientes se mantendrán en anonimización.

Para la validación de datos será por el investigador principal. La base de datos será resguardada por el investigador principal y estará almacenada por un tiempo mínimo de 5 años.

Seguridad y reporte de eventos adversos

No aplica debido al diseño del protocolo de estudio.

10.RESULTADOS.

Fueron evaluados 56 pacientes con diagnóstico de PDIC siendo 52 los que cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de 46.3 ± 14.4 años. Fueron divididos en dos grupos: pacientes con marcha independiente y pacientes con marcha no independiente a los 3 meses después del diagnóstico de la enfermedad. Debido a su importancia se registró el retraso en el diagnóstico encontrando una mediana de 6 (RIQ 2-12) meses. Se separaron en grupos aquellos con retraso en el diagnóstico mayor a 3 meses y también los pacientes con un retraso mayor a 6 meses. En cada uno de los grupos principales se encontró que 3 pacientes manifestaron compromiso de nervios craneales (11.5%). Con cada uno de los dos grupos principales se realizó una correlación con la variante sensitivo-motora, la variante aguda y las variantes atípicas encontrando 27, 8 y 4 pacientes para el grupo de marcha independiente, respectivamente. Para el grupo de marcha no independiente se registraron 14, 3 y 7 pacientes, respectivamente.

Se estimó el resultado en MRC score y posteriormente se obtuvo el porcentaje de los pacientes con un resultado menor o igual a 40 (MI: 20; MNI 19). Fueron medidas las proteínas en el LCR de los pacientes y se realizó la correlación con la cantidad de células reportadas en el mismo, esto con el objetivo de resaltar cuántos pacientes tuvieron disociación albumino-citológica. Para el grupo de MI a los 3 meses, en el LCR se encontró una mediana del nivel de proteínas

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

en 68 mg/dL (41.7-296), y para el grupo de MNI se obtuvo una mediana de 152 mg/dL (78-93). La disociación albúmino-citológica se encontró en 20 pacientes del grupo MI y en 17 del MNI.

La marcha independiente al diagnóstico también fue tomada en cuenta para valorar el cambio en el transcurso de la enfermedad evidenciando que el 9% de los pacientes con marcha independiente a los 3 meses sí presentaban marcha independiente al diagnóstico, sin embargo, de los pacientes que no presentaron marcha independiente a los 3 meses ninguno realizaba marcha al diagnóstico inicial.

En cuanto a las características electrofisiológicas, el bloqueo completo del nervio mediano derecho resultó estadísticamente significativo para la comparación entre los grupos con y sin marcha independiente a los 3 meses (OR = 1.95; $p = 0.007$). La velocidad de conducción del nervio tibial derecho también arrojó datos con estadística significativa entre los dos grupos ($p = 0.01$).

Otros parámetros señalados en nuestra investigación resultaron con tendencia hacia la significancia como la latencia ($p = 0.078$) y la amplitud ($p = 0.06$) del PAMC del nervio mediano derecho, la amplitud del PAMC de los nervios cubitales derecho ($p = 0.09$) e izquierdo ($p = 0.07$), y la latencia del nervio tibial derecho ($p = 0.06$).

Al realizar el estudio comparativo y regresión logística binaria observamos que los siguientes factores son de buen pronóstico funcional: marcha independiente al diagnóstico OR 1.95 (IC95%1.4-2.6), MRC score ≥ 40 puntos al diagnóstico OR 1.65(IC95%1.12-2.4), presencia de bloqueo en nervio mediano derecho OR 2.3(1.2-4.0).

11. DISCUSIÓN.

En este trabajo de investigación fueron evaluados los factores pronósticos y las características electrofisiológicas en pacientes con diagnóstico de PDIC en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la Ciudad de México.

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

De los 56 pacientes que formaban el total de la población a estudiar se tuvieron que eliminar los datos de 4 por no tener los datos de los estudios de neuro conducción completos. El principal factor por comparar entre los dos grupos fue si los pacientes realizaban marcha independiente a los 3 meses del diagnóstico. Cabe destacar que de los pacientes que no se encontraban con marcha a los 3 meses, ninguno realizaba la marcha independiente al momento del diagnóstico. De los 31 pacientes que sí realizaban la marcha de manera independiente, solo el 9% conservaban ésta al momento del diagnóstico. Este factor puede estar relacionado con un menor retraso en el diagnóstico en los pacientes sin marcha independiente.

En cuanto a las variantes de la PDIC evaluadas la sensitivo-motora fue encontrada más frecuentemente en los pacientes del grupo de MI en comparación con los de MNI entre los cuales, las variantes atípicas fueron más prevalentes. Esto pudiera explicarse ya que el desenlace entre los pacientes con variantes atípicas no era el mejor para el grupo ya que el presentar síntomas como la ataxia puede hacer que la recuperación de la marcha independiente tome más tiempo.

Los estudios electrofisiológicos realizados a los pacientes mostraron una diferencia significativa entre los grupos únicamente en el bloqueo del nervio mediano derecho lo cual podría reflejar una alta actividad de la enfermedad en relación con la recuperación de la marcha independiente. La evolución de la enfermedad como tal podría estar relacionada con la no significancia del resto de datos electrofisiológicos. Además, el realizar los estudios mencionados en una etapa temprana de la enfermedad podría mostrar resultados no concluyentes con el principal objetivo de esta investigación.

12. REFERENCIAS

- 1.- Vargas-Cañas, Edwin Steven; Chiquete, Erwin; Ruano-Calderón, et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. *Rev Mex Neuroci.* 2017;18(6):2-19.
- 2.- Neligan A, Reilly MM, Lunn MP. CIDP: mimics and chameleons. *Pract Neurol.* 2014;14(6):399-408. doi:10.1136/practneurol-2014-000831.
- 3.- Fisse AL, Motte J, Grüter T, Sgodzai M, Pitarokoili K, Gold R. Comprehensive approaches for diagnosis, monitoring and treatment of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *Neurol Res Pract.* 2020;2:42. Published 2020 Dec 8. doi:10.1186/s42466-020-00088-8.
- 4.- Broers MC, Bunschoten C, Nieboer D, Lingsma HF, Jacobs BC. Incidence and Prevalence of Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology.* 2019;52(3-4):161-172. doi:10.1159/000494291.
- 5.- Koike H, Katsuno M. Pathophysiology of Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy: Insights into Classification and Therapeutic Strategy. *Neurol Ther.* 2020;9(2):213-227. doi:10.1007/s40120-020-00190-8.
- 6.- Eftimov F, Lucke IM, Querol LA, Rajabally YA, Verhamme C. Diagnostic challenges in chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. *Brain.* 2020;143(11):3214-3224. doi:10.1093/brain/awaa265.
- 7.- Van den Bergh PYK, van Doorn PA, Hadden RDM, et al. European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society guideline on diagnosis and treatment of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: Report of a joint Task Force-Second revision [published correction appears in *J Peripher Nerv Syst.* 2022 Jan 10] [published

correction appears in Eur J Neurol. 2022 Apr;29(4):1288]. J Peripher Nerv Syst. 2021;26(3):242-268. doi:10.1111/jns.12455.

8.- Chaudhary UJ, Rajabally YA. Underdiagnosis and diagnostic delay in chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. J Neurol. 2021;268(4):1366-1373. doi:10.1007/s00415-020-10287-7.

9.- Athanasopoulos D, Motte J, Grüter T, et al. Evaluation of the EFNS/PNS diagnostic criteria in a cohort of CIDP patients. Ann Clin Transl Neurol. 2021;8(5):1110-1121. doi:10.1002/acn3.51357.

10.- Cea G, Idiáquez JF, Salinas R, Matamala JM, Villagra R, Stuardo A. Epidemiology of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy in the South-Eastern area of Santiago, Chile. J Clin Neurosci. 2020;74:271-273. doi:10.1016/j.jocn.2020.02.009.

11.- Fisse AL, Motte J, Grüter T, Sgodzai M, Pitarokoili K, Gold R. Comprehensive approaches for diagnosis, monitoring and treatment of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. Neurol Res Pract. 2020;2:42. Published 2020 Dec 8. doi:10.1186/s42466-020-00088-8.

12.- Kuwabara S, Misawa S, Mori M, Tamura N, Kubota M, Hattori T. Long term prognosis of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy: a five year follow up of 38 cases. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006;77(1):66-70. doi:10.1136/jnnp.2005.065441.

13.- Bouchard C, Lacroix C, Planté V, et al. Clinicopathologic findings and prognosis of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. Neurology. 1999;52(3):498-503. doi:10.1212/wnl.52.3.498.

14.- Godelaine J, De Schaepdryver M, Bossuyt X, Van Damme P, Claeys KG, Poesen K. Prognostic value of neurofilament light chain in chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. Brain Commun. 2021;3(1):fcab018. Published 2021 Mar 9. doi:10.1093/braincomms/fcab018.

15.- Weerasinghe D, Veerapandiyan A, Stanton M, Herrmann DN, Akmyradov C, Logigian E. Recovery of foot drop in chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP). *Muscle Nerve*. 2021;64(1):59-63. doi:10.1002/mus.27253.

16.- Baek SH, Hong YH, Choi SJ, et al. Electrodiagnostic data-driven clustering identifies a prognostically different subgroup of patients with chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2019;90(6):674-680. doi:10.1136/jnnp-2018-319758.

17.- Iijima M, Yamamoto M, Hirayama M, et al. Clinical and electrophysiologic correlates of IVIg responsiveness in CIDP. *Neurology*. 2005;64(8):1471-1475. doi:10.1212/01.WNL.0000158680.89323.F8.

13. ANEXOS.

Tablas.

Tabla 1.			
	Marcha independiente a tres meses (n=31)	Sin marcha independiente a tres meses (n=21)	Valor de <i>p</i> .
Mediano derecho			
Latencia, mediana (RIQ)	7.9(5.8-15.4)	6.9(4.8-8.4)	0.078
VC (ms), mediana (RIQ)	29(22.5-43)	32.5(19.7-42.7)	0.73
PAMC distal (mV), mediana, (RIQ)	2.1(0.8-4.1)	4.3(2.4-8.4)	0.06
Bloqueo completo, n (%)	3 (9.6)	8 (38)	0.01
Degeneración severa, n (%).	11 (35.4)	4 (19)	0.23
Mediano izquierdo			
Latencia, mediana (RIQ)	6.9(5-11.3)	6.2(4.7-8.6)	0.8
VC (ms), mediana (RIQ)	33(22-41)	34(22.5-45.5)	0.7
PAMC distal, (mV), mediana, (RIQ)	2.7(1.1-5.1)	4.6(1.8-7.8)	0.11
Bloqueo completo, n (%)	8 (25.8)	6 (28.5)	0.999
Degeneración severa, n (%)	7 (22.5)	4 (19)	0.999
Cubital derecho			
Latencia	6.2(4.4-9.7)	6.2(4.1-7.6)	0.8
VC (ms), mediana (RIQ)	31(23-43.5)	35(16.7-38)	0.81
PAMC distal, (mV), mediana, (RIQ)	2.2(1-4.5)	4.5(1.2-7.8)	0.09
Bloqueo completo, n (%)	8 (25.8)	3 (14.2)	0.49
Degeneración severa, n (%)	8 (25.8)	5 (23.8)	0.999
Cubital izquierdo			
Latencia	6.6(4.4-8.8)	6.1(4.1-7.3)	0.71
VC (ms), mediana (RIQ)	36(22-45)	33.5(20.5-41.2)	0.73
PAMC distal, (mV), mediana, (RIQ)	3.1(1.5-4.4)	5.5(2.4-7.8)	0.07
Bloqueo completo, n (%)	8 (25.8)	4 (19)	0.74
Degeneración severa, n (%)	4 (12.9)	5 (23.8)	0.45
Tibial derecho			
Latencia	6.5(2.8-10.7)	3(0-8.3)	0.06
VC (ms), mediana (RIQ)	30(5.5-39.5)	10(0-28)	0.01
PAMC distal, (mV), mediana, (RIQ)	0.7(0-2.5)	0.35(0-2.5)	0.30
Bloqueo completo, n (%)	6 (19.3)	3 (14.2)	0.72
Degeneración severa, n (%)	16 (51.6)	12 (57.1)	0.78

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

Tibial izquierdo			
Latencia	6.4(0-8.1)	6.3(0-8.4)	0.8
VC (ms), mediana (RIQ)	24(0-36)	24(0-33.2)	0.38
PAMC distal, (mV), mediana, (RIQ)	0.5(0-2.6)	0.5(0-1.8)	0.5
Bloqueo completo, n (%)	6 (19.3)	3 (14.2)	0.72
Degeneración severa, n (%)	17 (54.8)	14 (66.6)	0.56
N. sensitivo Mediano Derecho			
SNAP	0(0-9.9)	8.3(0-20.1)	0.11
N. sensitivo Mediano Izquierdo			
SNAP	0(0-7.8)	9.2(0-27.5)	0.10
N. sensitivo Sural Derecho			
SNAP.	0(0-1.4)	0(0-11)	0.38
N. sensitivo Sural Izquierdo			
SNAP.	0(0-7)	0(0-11.3)	0.87

Tabla 2.

Variable	Marcha independiente N=31	Marcha No Independiente N=21	Valor de p.
Edad (años), promedio (%)	45.5 +- 14.7	47.3 +- 14.0	0.66
Genero (femenino), n (%).	14	7	0.56
Retraso del diagnóstico (meses), mediana (RIQ).	6(1.7-12)	5(2-13)	0.72
Retraso mayor a 3 meses, n (%).	20	14	0.99
Retraso mayor a 6 meses, n (%).	13	8	0.99
Nervios de cráneo afectados, n (%).	3	3	0.67
Variante sensitivo-motora	27	14	0.09
A-CIDP	8	3	0.49
Variantes atípicas, n (%)	4	7	0.09
MRC score al diagnóstico, promedio (DE)	39.1 +- 12.7	38.5 +- 10.4	0.03
MRC score ≤45, n (%)	20	19	0.05
Proteína en LCR (mg/dL), mediana (RIQ)	68(41.7-296)	152(78-93)	0.11
Disociación PC	20	17	0.34
Marcha independiente al diagnóstico, n (%)	9	0	0.007

Características electrofisiológicas y factores pronósticos en Pacientes con Diagnóstico de Polineuropatía Desmielinizante Inflamatoria Crónica.

Tabla 3.

	Marcha independiente n=31	Marcha no independiente n=21	Valor de P	OR (95% IC)
Marcha independiente al diagnóstico	9	0	0.007	1.95 (1.4-2.6)
MRC Score ≤40	20	19	0.05	1.65 (1.12-2.4)
Mediano derecho, bloqueo	3 (9.6)	8 (38)	0.01	2.3 (1.2-4)