

**CARACTERÍSTICAS DE LA EPILEPSIA EN LA CONSULTA EXTERNA EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO
DEL 2003-2005**

**CAROL PAOLA SALCEDO C
JAIME ANDRES SALCEDO C
MARCO ANTONIO PLAZAS R
CARLOS ENRIQUE OSORIO**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2006**

**CARACTERÍSTICAS DE LA EPILEPSIA EN LA CONSULTA EXTERNA EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO
DEL 2003-2005**

**CAROL PAOLA SALCEDO C
JAIME ANDRES SALCEDO C
MARCO ANTONIO PLAZAS R
CARLOS ENRIQUE OSORIO**

**TRABAJO DE GRADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO
CIRUJANO**

**ASESORA
DOLLY CASTRO BETANCOURTH
MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2006**

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 23 de Noviembre de 2006

DEDICATORIA

Agradezco a mis padres Jaime y Patricia por su apoyo y comprensión durante estos años, a Juan Pablo, mi hermano, por su colaboración.

Carol Paola

Dedico este trabajo a mis padres Antonio y Magnolia por su cariño y la fortaleza que han entregado en mi educación, a mi hermana y mi sobrina por estar siempre junto a mi brindándome su apoyo y mi novia Carol por ser quien me entrega su amor incondicional en todo momento.

Marco Antonio

Agradezco a Dios y a mis padres por la colaboración y paciencia que han tenido conmigo durante toda mi formación, ya que con su esfuerzo y constante apoyo han sabido guiarme por el camino de la verdad. Gracias a mis hermanos por contar siempre conmigo y demostrarme sus afectos en toda situación. A mi novia Luisa por aconsejarme y darme fortaleza para nunca desfallecer, para siempre seguir adelante, para ser protagonista en mi vida, para hacer historia.

Jaime Andrés

Hoy se recogen los frutos del esfuerzo y la constancia entregada por un sin número de personas que colaboraron día a día con la formación académica y personal que inicio alguna vez como un sueño y que hoy más que nunca se hace realidad; aquellas que creyeron y lucharon conmigo, los que no soñaron junto a mí también fueron vitales en este proceso ya que sirvieron como motor para lograrlo. A mi madre Ana Rosa que es el eje principal de esta meta, a mi padre Luís Enrique, quien ha aportado su nobleza, paciencia y rectitud; a mis hermanas, Sofi, Cachetes y Laly, flores silvestres de mi vida; a mi esposa Edna Roció quien con su amor moldeo las bases forjadas por mis padres y lucho incansablemente a mi lado; a Dios y a la Virgen que me iluminaron en los momentos de dificultades.

Carlos Enrique

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A nuestro asesor el Dr. Efraín Amaya por su valioso aporte dirigiendo el proceso de investigación, impartiendo elementos teóricos y guiándonos con sus conocimientos y amplia experiencia en el tema y en general en cada paso de la realización de este trabajo. Sin su ayuda este trabajo no habría podido ser realidad.

A la Dra. Dolly Castro por la asesoría brindada por más de un año en los aspectos teórico, técnicos y de procedimiento en cada una de las etapas de investigación, por su paciencia durante todas las sesiones de orientación y guía durante el proceso.

Al decano de nuestra facultad el Dr. Jaime Salcedo Sánchez por la ayuda brindada para llevar a cabo el desarrollo de la investigación y la satisfactoria culminación de este trabajo.

Dr. Efraín Amaya Vargas. Neurólogo

Dra. Dolly Castro. Epidemióloga

Dr. Jaime Salcedo Sánchez. Decano facultad de salud universidad Surcolombiana

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
2.1 PANORAMA DE LA EPILEPSIA EN COLOMBIA	17
3. JUSTIFICACIÓN	19
4. OBJETIVOS	20
4.1 GENERAL	20
4.2 ESPECÍFICOS	20
5. MARCO TEÓRICO	21
5.1 CRISIS EPILÉPTICAS	23
5.1.1 Crisis única o aislada	23
5.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE CRISIS EPILÉPTICAS	23
5.2.1 Crisis parciales	23
5.2.2 Crisis generalizadas	23
5.2.3 Crisis no clasificables	24
5.3 FACTORES DE RIESGO	24
5.3.1 Somáticos	24
5.3.2 Patológicos	24
5.3.3 Ginecoobstétricos	24
5.4 EPILEPSIA	25
5.4.1 Epilepsia activa	25
5.4.2 Epilepsia en remisión bajo tratamiento	25
5.5 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE EPILEPSIAS, SÍNDROMES EPILÉPTICOS Y CRISIS SITUACIONALES	25

	Pág.
5.5.1 Epilepsias y síndromes epilépticos relacionados a una localización.	25
5.5.2 Epilepsias y síndromes epilépticos generalizados.	26
5.5.3 Epilepsias y síndromes epilépticos en los que no es posible determinar si son generalizados o focales.	27
5.5.4 Síndromes especiales.	27
5.6 DIAGNOSTICO	27
5.7 EPILEPSIA REFRACTARIA O RESISTENTE	27
5.7.1 Epilepsia del lóbulo temporal	28
6. DISEÑO METODOLÓGICO	30
6.1 TIPO DE ESTUDIO	30
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	30
6.3 LUGAR	30
6.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	31
6.5 CONTROL DE VARIABLES	31
6.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	32
6.7 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	32
6.8 PRUEBA PILOTO	33
6.9 CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN	34
6.10 FUENTES DE INFORMACIÓN	35
6.11 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	35
6.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
7. RESULTADOS	37
8. DISCUSIÓN	44
9. CONCLUSIONES	48
10. RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
ANEXOS	56

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Tipo de epilepsia en pacientes de consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005	37
Tabla 2. Evolución en pacientes con epilepsia de la consulta externa de neurología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005	38
Tabla 3. Tratamiento en pacientes con epilepsia de la consulta externa de neurología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005.	38
Tabla 4. Medicamentos usados en pacientes con epilepsia de la consulta externa de neurología del hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005.	39
Tabla 5. Edad de los pacientes de la consulta externa de neurología del hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005.	39
Tabla 6. Sexo de los pacientes de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005.	40
Tabla 7. Nivel Socioeconómico de los pacientes de la consulta externa de neurología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005.	40
Tabla 8. Zona de procedencia de los pacientes de la consulta externa de neurología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005.	41
Tabla 9. Zona de procedencia de los pacientes de la consulta externa de neurología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005.	41

	Pág.
Tabla 10. Nivel de escolaridad de los pacientes de la consulta externa de neurología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005.	42
Tabla 11. Antecedentes de los pacientes de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005.	42
Tabla 12. Manifestaciones clínicas de los pacientes con epilepsia de la consulta externa de neurología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005	43

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	57
Anexo B. FORMATO GUIA DE REVISIÓN	59

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las características epidemiológicas, sociodemográficas, manifestaciones clínicas, los antecedentes más importantes e identificar la proporción de cada uno de los tipos de epilepsia y las terapias administradas a los pacientes que asistieron con este diagnóstico a la consulta de neurología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante el periodo 2003 – 2005. **DISEÑO METODOLÓGICO:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de prevalencia a la población de pacientes que acudieron entre los años 2003 - 2005 a consulta por el servicio de neurología en el HUHMP y contaron con el diagnóstico de epilepsia. La técnica desarrollada fue la revisión documental de historias clínicas mediante la ayuda de un formato guía de revisión, elaborado por el propio equipo de investigadores. Para el proceso de codificación y tabulación de los datos obtenidos se maneja el programa Epi-Info y en el análisis de los resultados se utilizaron promedios y porcentajes según el nivel de medición de las variables. Se contó con el consentimiento del comité de historia clínica para la revisión de estas y la certificación ética del estudio. **RESULTADOS:** Se revisaron 301 historias clínicas. La distribución de los diferentes tipos de epilepsia fue de 25,2% para la epilepsia generalizada sintomática, seguida por la epilepsia idiopática con 22.6% de los diagnósticos, en cuanto a la evolución del cuadro clínico se encontró un porcentaje de satisfactorio en un 41,5% y desfavorable 1,7%, el tratamiento recibido fue farmacológico con medicamentos antiepilépticos 84,7%, tratamientos mágicos 0,7%, tradicionales o naturales 0,7%, ayuda psicológica 1,7%, o algún otro (cirugía 0.3%, psiquiatría 1,3%, rehabilitación 1%). La distribución por género muestra una mayor proporción de presentación de esta enfermedad en hombres siendo estadísticamente significativa con un 54,5%. (IC 95%. Femenino 39.8% a 51.3% y Masculino 48.7 a 60.2%) frente a la mujeres con un 45,5%. Los síntomas más frecuentes fueron las convulsiones tónico-clónicas y los movimientos mioclónicos con un 82,9% y 73% respectivamente, otros síntomas presentados como pérdida de la conciencia 43%, sialorrea 22,1% y cefalea preictal 15,7%. **CONCLUSIONES:** Es necesario reformular el modelo de atención para mejorar el acceso de los pacientes epilépticos a la consulta y la medicación. El diagnóstico de los diversos síndromes, pueden ser reconocidos en la mayoría de las oportunidades luego de un minucioso interrogatorio, examen clínico y utilización de algunos métodos simples de diagnóstico. La epilepsia puede controlarse en muchas personas con los medicamentos tradicionales actualmente disponibles, sin embargo, del 20 al 25% de los que son tratados continúan con crisis por no tener acceso a tratamientos nuevos. Realizar más estudios en Latinoamérica y en Colombia en los cuales se revele la incidencia de la epilepsia y su posible etiología son necesarios.

PALABRAS CLAVES: epilepsia, prevalencia, crisis, características, síntomas.

ABSTRACT

OBJETIVE Describing the epistemological features of prevalence, the clinical demonstrations, the socio – demographic features, the most important background and identifying the proportion of the epilepsy types and the different therapies given to the patients, who assisted to the diagnosis by neurology external assistance in the Hernando Moncaleano Perdomo University Hospital during the 2003 – 2005. **STUDY DESIGN** First, we developed a descriptive – retrospective study about prevalence to the population of patients who went to a neurology external assistance to the HUHMP and who had the epilepsy diagnosis. The developed technique was the documental checking to the clinical histories through a guide revision format which allowed the agility in the data collection. It was done by the researchers team and it was evaluated through a testing prove. To the given data encoding and tab – setting process we took the Epi – info program help and for analyzing the results we used averages and percentages according to the variables meditation level. Besides, we had the consent of the Clinical History Committee for their checking and the study's ethic certification. **RESULTS** 301 Clinical histories were checked, were systematized in a data base of Epi – info version 3.0. The distribution of the different types of epilepsy between the studied population was 25.2% for the symptomatic generalized epilepsy, followed by the idiopathic epilepsy with 22.6%. According to the clinical evolution, we found a 41.5% favorable percentage and 1.7% unfavorable percentage. The received treatment was pharmacological with antiepileptic drugs (84.7) , magic treatments 0.7%, traditional or natural drugs 0.7% psychological help 1.7% or any other (surgery 0.3% psyquiatry 1.3%, rehabilitation 1%). The mayor gender distribution is in men 54.5% (IC 95% women 39.8% to 51.3% and men 48.7 to 60.2%) difference to women with a 45.5%, the most frequent symptoms in crisis were the tonic – clonic convulsions and the mioclonic movements with a 82.9% and 73% respectively . Other showed symptoms were lost conscience 43%, sialorrea 22.1% and cephalea preictal 15.7%. Other were found in less than 10% of the studied population. **CONCLUSIONS** It is necessary reformulate the attention model to improve the epileptic patient access to assistance and formulation and in this way, we can plan the actual problems in our country, having in mind, different perspectives= patients, doctors and government perspectives. The several syndromes diagnosis mentioned, can be recognized in most of the opportunities after a meticulous questioning, clinical exam and the use of some diagnosis simple methods. In many people, the epilepsy can be controlled through the use of the actual traditional drugs, however, a 20 and 25% percentage of treated patients go on with crisis because they don't have access to a new treatment.

KEY WORDS: epilepsy, prevalency, seizures, characteristic, symptoms.

INTRODUCCIÓN

La epilepsia afecta alrededor del 0,5% de la población. En nuestro país hay alrededor de 200.000 pacientes con epilepsia. Es la enfermedad más común de las patologías neurológicas crónicas, siendo el motivo de consulta más frecuente en los servicios ambulatorios de neurología. Puede presentarse en cualquier persona, sin distinción de sexo, raza, o nivel socio-económico.

Para aproximadamente el 70% de los pacientes que padecen epilepsia, si el diagnóstico fue establecido en forma adecuada y el tratamiento indicado es correcto, la enfermedad presenta un excelente pronóstico, con una remisión completa para la mayoría de los enfermos de este grupo. El 30 % restante continúa con la enfermedad y, a este cuadro se lo denomina epilepsia refractaria. Debemos considerar también el componente social que acompaña al diagnóstico de epilepsia. Esto obliga a un acompañamiento terapéutico, del tipo de grupos de autoayuda, tareas de información y divulgación al paciente y familiares, junto a la terapia con drogas antiepilépticas o en los casos indicados al tratamiento quirúrgico.

El objetivo de este estudio se centra en identificar las características sociodemográficas, epidemiológicas y de prevalencia de la enfermedad en la consulta externa de el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y mediante sus resultados obtener una aproximación al perfil del paciente epiléptico en nuestra región y que sirva como documento de consulta e incentive posteriores trabajos relacionados a esta enfermedad, entender sus manifestaciones y contribuir al beneficio y mejoramiento de la calidad de vida de quienes sufren con esta patología.

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La epilepsia describe un trastorno en el que una persona presenta crisis recurrentes debido a un proceso crónico subyacente; el término hace referencia a un fenómeno clínico más que a una sola enfermedad ya que existen muchas formas y causas de epilepsia¹.

La epilepsia se ha definido como dos o más crisis no provocadas, la incidencia de epilepsia es aproximadamente de 0.3 a 0.5% en las distintas poblaciones de todo el mundo, habiéndose estimado su prevalencia en 5 a 10 personas por mil².

La Epilepsia ha sido el mal por excelencia del género humano. Nunca, aún hoy en día, se ha logrado separar en este padecimiento lo orgánico de lo anímico y de ahí la enorme dificultad en su tratamiento. Los nuevos medicamentos no han sido tan eficaces como se esperaba para el 30% de las formas de epilepsia que no responden a los tratamientos con medicaciones de primera y segunda generación. La cirugía ha realizado un favorable impacto en los casos intratables médicamente, los medios diagnósticos imagenológicos y el avance en el estudio eléctrico como la estereoecefalografía y los estudios de imágenes basados en metabolismo como el PET (tomografía por emisión de positrones), han cambiado el panorama científico de la epilepsia³.

El oscurantismo en la época de comienzo de la era cristiana, la Edad Media y parte del Renacimiento, no aportaron absolutamente nada al diagnóstico y tratamiento de la Epilepsia. Una barbarie que debiera ser juzgada de lesa humanidad, llevó al paciente con epilepsia a ser torturado, agredido, aún incinerado y, desde luego, segregado de sus familiares y congéneres⁴.

Que Julio César fue una persona con epilepsia, nada aporta al conocimiento de la entidad porque nunca se supo qué tipo de crisis hacía o que tratamiento recibió. Quizá el caso de San Pablo pueda aportar algo, ya que hay quienes aseguran que cuando iba en el camino de Damasco, vio una luz que lo cegó (crisis autolimitadas focales sensoriales), cayó del caballo y quedó inconsciente por dos días (crisis focales que generalizaron a tónico-clónicas con confusión postictal). Quizá también la Biblia nos trae ejemplos de pseudocrisis que son las famosas posesiones demoníacas, que han persistido hasta nuestros tiempos, perpetuando una costumbre que raya en lo ridículo como son los exorcismos (de las cuales se quejó Hipócrates). Aretaeus y otros médicos de la escuela helénica, usaban la

escarificación, cauterización, hemorragia o arteriotomía por delante o atrás de las orejas para dejar salir los vapores o humores patológicos. Es increíble que este tratamiento fuera aplicado durante toda la Edad Media y hasta el Renacimiento, ya que Tisot en 1770 lo preconizaba.

Para darnos una idea de cómo estaba la situación en Europa en el conocimiento del tratamiento de la epilepsia, basta con recordar la fórmula de la poción dada en pleno Renacimiento para este padecimiento: Muérdago, cráneo pulverizado de un hombre, raíces de peonía y semillas juntadas en el cuarto menguante de la luna. También la amputación de un dedo para romper el reflejo, fue usada hasta mediados del siglo XIX por Brown- Séquard. Por otra parte, Marchal Hall propuso la traqueostomía, pensando que una obstrucción de la laringe jugaba un gran papel en la causa de las convulsiones. Otra gran decepción fue la teoría sostenida por Gowers de la relación de la masturbación con la epilepsia, aunque este autor también llegó a proponer la trepanación para casos de hundimientos de cráneo cercanos a la cisura de Rolando, que fue lo que más tarde hizo Horsley (neurocirujano) en 1896. Desde esa época -siglo XVII-, ya avanzado el Renacimiento, hasta finalizando el siglo XIX, no aparece en la historia de la medicina ningún aporte importante a la epilepsia. Naturalmente en Colombia tampoco hubo nada, que registre la historia⁵.

Entrado el siglo XIX se observa la tendencia a definir los pacientes con epilepsia como enfermos mentales, sin argumento claro alguno. El proceso de separar la locura de la epilepsia comenzó con el desarrollo de la neurología como una disciplina nueva e independiente. Durante casi todo este siglo, los “alienistas”, que fueron los precursores de los psiquiatras modernos, eran los que trataban a las personas con epilepsia. En clínicas como la Salpêtrière, en Francia, se consideraba a estos pacientes como alienados y degenerativos; su estudio y tratamiento hacía parte nosológica de la psiquiatría y fueron tan difundidos y aceptados estos conceptos que la escuela inglesa los aceptó e inventaron terapéuticas diversas que mucho mal hicieron a estos pacientes. Con la invención del EEG, se radicalizó el origen electrofisiopatológico de la enfermedad. Al final del siglo XIX, se sucedieron una serie de acontecimientos que cambiaron completamente el curso de muchas enfermedades. Una fue el estudio de la acción voluntaria y la corteza motora.

Todos sabemos que muchos casos de epilepsia comienzan por una crisis clónica para luego generalizar. Fue en este momento cuando realmente se pasó a pensar que la epilepsia era realmente algo orgánico (como Hipócrates lo dijo) siendo el pionero de este gran descubrimiento John Hughlings Jackson (1835-1911) quien infirió la presencia de una organización somatotópica de la corteza motora sobre la base de una crisis epiléptica⁶.

Algunos de los hechos históricos mas importantes para el conocimiento de la enfermedad han sido: la descripción por John Hughling Jackson (1861) y Edward Hitzig (1900) de la zona motora o prerrolándica y su relación con las convulsiones, la iniciación de la neurofisiología, los descubrimientos del electroencefalograma por Hans Berger en 1929, el descubrimiento de los Rx por Röntgen, la primera estimulación cortical (el 16 de noviembre de 1893)y el primer mapa de la corteza motora en forma sistemática (1911) hecha por Fedor Krause en Berlin, la arteriografía cerebral por Egas Moniz en Lisboa en 1927, cuando presentó ante la Academia Francesa de Medicina y con la presencia de su maestro Babinski el primer caso exitoso con yodo sódico, y el uso del bromuro como un antiepiléptico por Locock en 1857 que abrió el camino a la terapéutica moderna. Estos acontecimientos abrieron puertas para la investigación posterior que desembocará en la concepción moderna del tratamiento de la epilepsia⁷.

La era científica de la farmacoterapia y la biología molecular que indudablemente comienza con la síntesis del fenobarbital en 1912 por Loewe, Juliusburger e Impens trabajando independiente pero simultáneamente. La segunda medicación, la Fenitoína, introducida al arsenal terapéutico, como anticonvulsivo, por H.H. Merrit y T.J. Puttman. Estos dos medicamentos han sido los pilares hasta la fecha en el tratamiento médico de las epilepsias. Pero quedaban sin posibilidad las ausencias, que no respondían a estos medicamentos. Así, Zimmerman y Burgemeister, en 1958, sintetizaron la Etosuximida, específica para esta forma de epilepsia. Con esas tres medicaciones se completa lo que se ha llamado los medicamentos de primera y segunda generación. Las Benzodiazepinas fueron implantadas por Henri Gastaut en la década del 60. La Carbamazepina, que apareció en 1963, hacia 1968, se autorizó su uso en epilepsia. Es sabido que es especialmente útil en las crisis focales, siendo insustituible en el arsenal terapéutico actual.

Se han realizado algunas investigaciones que, aunque han sido hechas con diversas metodologías, han sido útiles para conocer, de alguna forma, ciertas enfermedades neurológicas que existen en Colombia, destacándose los estudios hechos sobre epilepsia por Gómez y cols en 1974 y Fandiño y cols en 1982 y 1985; así como los hechos sobre paraparesia espástica tropical, descrita inicialmente por Zaninovic en 1981 y seguida en Colombia durante 15 años, cuyos resultados fueron recientemente publicados⁹.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 PANORAMA DE LA EPILEPSIA EN COLOMBIA

Colombia goza del triste prestigio de tener aproximadamente un 11% de prevalencia de la epilepsia. Esto quiere decir que en Colombia hay cerca de 800.000 personas con epilepsia y, si consideramos que cada persona tiene una influencia sobre 10 más que son el núcleo de la familia en nuestro país, concluimos que cerca de 8 millones de colombianos padecen directa o indirectamente el problema de la epilepsia y lo más grave es que el Estado no ha tomado conciencia de este gravísimo problema de salud y educación¹⁰.

Entre las causas más frecuentes en Colombia están :

- Partos mal atendidos (hipoxia neonatal)
- Infecciones del sistema nervioso.
- Traumas craneoencefálicos
- Neurocisticercosis.
- Desnutrición
- Alcoholismo y drogas de abuso
- Herencia.

Todas, a excepción de la última, son previsibles y prevenibles con campañas sanitarias de parte del Estado¹¹.

En Colombia, aún no se cuenta con estadísticas suficientes y confiables, en el área de la salud, incluyendo esto al área neurológica, principalmente, a nivel rural. Esto se debe a que los únicos datos disponibles provienen de instituciones hospitalarias, centros de salud y entidades privadas, los cuales tiene como sesgo la falta de consulta médica oportuna, la automedicación y la consulta a legos, entre otros¹².

Sin embargo, son muchos los vacíos que aun faltan por llenar para conocer mas claramente la situación neuroepidemiológica en nuestro país. Es por esto que, a nivel neurológico, se requiere la ejecución de estudios epidemiológicos que

permitan reconocer la verdadera situación de nuestra población, para así detectar tanto los factores de riesgo como los etiológicos y, además, planificar adecuadamente las estrategias para el oportuno control y prevención de estas enfermedades¹³.

Como ya hemos visto esta enfermedad ha sido motivo de controversia e inquietud importante en todos los campos de la sociedad y ha motivado el interés por parte de las poblaciones de profundizar más el conocimiento acerca de este mal, con base en estos y además resaltando el hecho de que en el departamento del Huila no se han realizado estudios de investigación formales no se poseen datos completamente confiables que describan la situación de la epilepsia en el departamento, creemos importante caracterizar, describir y publicar un documento en el cual se recoja el perfil epidemiológico presentado por la enfermedad en el Huila, tomando como muestras las historias clínicas de los pacientes que asistieron a la consulta externa del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo durante el periodo 2003-2005 al servicio de Neurología con diagnóstico de epilepsia, que sea suficiente para caracterizar los fenómenos epidemiológicos más importantes y que sirva como documento previo para desarrollar posteriormente un protocolo de atención para esta enfermedad.

Por medio de este trabajo queremos responder al siguiente cuestionamiento **¿Cuáles son las características epidemiológicas de las crisis en los pacientes que acuden a consulta externa en el HUHMP con diagnóstico de epilepsia y cuantas de ellas son refractarias?**

3. JUSTIFICACIÓN

La epilepsia ha sido a través de la historia una enfermedad que ha reunido tan diferentes concepciones y creencias populares que en ocasiones la idea que de ella se tiene se distorsiona de forma tal que muchas veces nos encontramos con imprecisiones que dificultan una buena labor en el momento de realizar un diagnóstico apropiado, o en el momento de educar a las personas sobre los cuidados que se deben tener, al tratamiento o a las repercusiones que puedan presentar.

Este proyecto de investigación justifica su realización en la medida que pretende caracterizar las presentaciones típicas de las crisis en las personas que asisten a la consulta externa en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo con diagnóstico de epilepsia para de esta forma compararlo con lo que nos reporta la literatura; al igual que se pretende medir la proporción de epilepsia refractaria dentro de éstas, caracterizar sus crisis y comparar los datos obtenidos con los que se informan a nivel internacional, con el objeto de poseer una información propia, valorar nuestra situación en relación a otros reportes y obtener datos confiables que nos ayuden a evitar esas imprecisiones de manera que sirva para educar a la comunidad y le brinde a los profesionales de la salud un panorama concreto de las características clínicas de esta enfermedad en el departamento.

Además, no hemos conseguido estudios que de alguna manera nos den conceptos claros y una información adecuada a la hora de describir las cualidades y características de las crisis epilépticas en relación con nuestra comunidad y al no encontrarlos, nos hemos puesto en la tarea de aportar a nuestra región un trabajo elaborado de acuerdo a las necesidades locales, donde se pueda tener una idea acerca de la epilepsia, características e implicaciones socioeconómicas y familiares de las personas que la padecen.

Por lo tanto, este trabajo nace de la necesidad de crear un precedente y recopilar toda una base de información acerca de esta enfermedad, para que aquellas personas interesadas en conocer o reafirmar sus conceptos, ya sea en el papel de paciente, familiar o profesional de la salud, encuentre de manera sencilla y organizada datos cuantitativos acerca de las características de la epilepsia y nuestra experiencia al analizar sus variables en la Consulta Externa del Hospital ya antes mencionado durante los años 2003 – 2005 en la ciudad de Neiva.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

1. Describir las características epidemiológicas de prevalencia de la epilepsia en la consulta externa de neurología en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano que se presento durante el periodo 2003 – 2005. Para la realización de un protocolo de atención básica para un futuro.

4.2 ESPECÍFICOS

1. Describir las manifestaciones clínicas de la epilepsia en la consulta externa de neurología en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano.
2. Determinar las características sociodemográficas en pacientes diagnosticados con epilepsia.
3. Identificar la proporción de cada uno de los tipos de epilepsia según la clasificación de 1989.
4. Evaluar la proporción de diferentes tipos de terapias en el tratamiento de la patología.
5. Analizar la evolución clínica del paciente con epilepsia.
6. Describir los antecedentes mas importantes que se relacionan en los pacientes que han sido diagnosticados con epilepsia.

5. MARCO TEÓRICO

Las epilepsias afectan aproximadamente 2 millones de personas en Estados Unidos y 3% de las personas de la población general puede tener crisis epilépticas en algún momento de su vida¹⁴. Constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades y síndromes entre los cuales un grupo importante representa el síntoma de una lesión cerebral, en un segundo grupo las causas genéticas juegan un rol importante en la patogénesis, y en un tercer grupo las causas no han sido determinadas las cuales anteriormente se denominaban criptogénicas pero que ahora se asumen como probablemente sintomáticas.

La prevalencia de la epilepsia en los países industrializados oscila entre 4 a 3 por 1000 habitantes y 57 por 1000 habitantes en los países en vías de desarrollo. Aunque estos estudios no son comparables en una manera estricta en sus definiciones, estructura poblacional, indicadores de salud, ni en los criterios de inclusión, es sugestivamente más alta la prevalencia de la epilepsia en los países en vías de desarrollo¹⁵.

La prevalencia de la epilepsia en los países latinoamericanos pueden presentar diferencias entre ellas, inclusive en varios estudios efectuado en un mismo país, probablemente con tasas más altas entre diferentes comunidades vecinas, lo cual pueda explicarse por los diferentes índices de salud y condiciones socioeconómicas.

La etiología y patofisiología de la epilepsia en Latinoamérica asociando factores de riesgo como causales de la alta frecuencia de la epilepsia en esta región del mundo no son concluyentes hasta el momento. Limitaciones tecnológicas como el difícil acceso de la población a exámenes como la tomografía computarizada cerebral y la resonancia magnética e inclusive en algunas regiones al electroencefalograma, pueden ser limitantes diagnósticos importantes para definir su etiología.

Se han hecho esfuerzos extraordinarios para conocer la frecuencia de la epilepsia en los países en vías de desarrollo y cuyos resultados parecen indicar una prevalencia mayor de casi 2:1 al compararla con los países industrializados. Los factores de riesgo no se han logrado determinar en forma definitiva, sin embargo parece ser que las infecciones del Sistema Nervioso Central, hipoxia perinatal y

lesiones traumáticas del cráneo juegan un papel etiológico importante en estas regiones¹⁶.

Huglings Jackson en el siglo XIX , fue uno de los pioneros en dar una base científica a la clasificación y etiología de las mismas, pero ha sido la aparición del electroencefalograma, de los estudios de neuroimagen y de la biología molecular, lo que ha permitido conseguir grandes avances y alcances para un mejor manejo del paciente epiléptico, por lo tanto, una mayor precisión en la escogencia del tipo de tratamiento requerido y el pronóstico en cada caso.

Henrie Gastaut fue el pionero en proponer un sistema de clasificación de las epilepsias en una forma estructurada, pero las vigentes son la Clasificación Internacional de Crisis Epilépticas adoptada en 1981 y la clasificación de las epilepsias de 1985 que divide la enfermedad de acuerdo a su naturaleza o características de los ataques así como a su etiología, estableciéndose los términos de idiopático, criptogénico y sintomático; además se clasificaron los síndromes epilépticos cuyas características esenciales consideraban un tipo definido de crisis así como un patrón electroencefalográfico determinado y una edad de inicio. A partir de 1989 diversos autores han publicado varias propuestas de modificación de la clasificación de la epilepsia y los síndromes epilépticos (entre ellas la del centro Saint Paul en Marsella, Francia) y las experiencias que han venido tratando de encasillar toda su población epiléptica, pues se han encontrado con ciertas dificultades en el uso de la clasificación actual. Es importante especificar que inicialmente la clasificación se realizó tomando en cuenta el aspecto anatómico y clínico de la crisis. Con el advenimiento de la tecnología se logró definir mejor los aspectos fisiopatológicos y orgánicos de las crisis permitiendo una mejor clasificación¹⁷.

Se han realizado muchos intentos de clasificar las epilepsias, pero fue gracias a la llegada del electroencefalograma, los estudios de neuroimagen como la tomografía y la imagen de resonancia magnética acompañados de la genética molecular, el que ha permitido un mejor conocimiento y una mejor clasificación de ellas¹⁸.

Es indudable que los avances en los mecanismos básicos de la epilepsias han permitido comprender mejor la epileptogénesis y así mismo explicar la variedad importante de epilepsias y síndromes epilépticos. Un avance importante es la estandarización de una clasificación de crisis (1981) y una clasificación de epilepsias y síndromes epilépticos (1989).¹⁹

5.1 CRISIS EPILÉPTICAS

Las crisis epilépticas constituyen las manifestaciones clínicas resultantes de una descarga anormal y excesiva de un grupo de neuronas en el cerebro. Las manifestaciones clínicas consisten en fenómenos anormales súbitos y transitorios que pueden incluir alteraciones de la conciencia, motoras, sensoriales, autonómicas o eventos psíquicos, percibidos por el paciente o por un observador. Estudios epidemiológicos en diferentes regiones han detectado historia de crisis epilépticas en 3 a 10 de cada 1000 habitantes²⁰.

5.1.1 Crisis única o aislada. Se define como una o más crisis epilépticas que ocurren en un período de 24 horas. Aunque no se les considera como epilepsia por no ser recurrentes, representan problemas frecuentes y siempre debe investigarse su causa, pues podría ser la primera crisis de una epilepsia. Aún no se ha descrito bien su epidemiología debido a la dificultad en la definición de casos. Las prevalencias conocidas van de 2 a 9/1000²¹.

La clasificación de la epilepsia para los estudios epidemiológicos debe ser establecida claramente y todavía se acepta utilizar la clasificación internacional para tipo de crisis convulsivas de la Liga Internacional Contra la Epilepsia de 1981.

5.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE CRISIS EPILÉPTICAS²²

5.2.1 Crisis parciales.

A. *Crisis parciales simples*

1. Con signos motores
2. Con alucinaciones somatosensoriales o sensoriales especiales
3. Con signos y síntomas autonómicos
4. Con síntomas psíquicos

B. *Crisis parciales complejas*

1. De inicio como parcial simple seguida de alteración de la conciencia
2. Con trastorno de conciencia desde el inicio

C. *Crisis parciales con generalización secundaria*

1. Crisis parciales simples que se generalizan
2. Crisis parciales complejas que se generalizan
3. Crisis parciales simples que evolucionan a complejas y se generalizan

5.2.2 Crisis generalizadas.

A. *Ausencias*

1. Típicas
2. Atípicas

- B. Mioclónicas*
- C. Clónicas*
- D. Tónicas*
- E. Tónico-clónicas*
- F. Atónicas*

5.2.3 Crisis no clasificables

5.3 FACTORES DE RIESGO

Los siguientes factores pueden presentar un riesgo de empeorar las convulsiones en una persona con un trastorno convulsivo :

- ❖ Embarazo
- ❖ Falta de sueño
- ❖ Pasar por alto dosis de los medicamentos para la epilepsia
- ❖ Consumo de alcohol u otras drogas
- ❖ Ciertos medicamentos de prescripción
- ❖ Enfermedad

5.3.1 Somáticos

- ❖ Edad menor de 15 años y mayor de 35 años.
- ❖ Talla menor de 145 cm
- ❖ Peso previo al embarazo de 45 o más de 80 kilos

5.3.4 Patológicos

- ❖ Enfermedad cardiaca, pulmonar, renal, endocrina y transmisión sexual.
- ❖ Infección urinaria reciente.
- ❖ Hipertensión arterial.
- ❖ Fármaco dependencia u otras adicciones.
- ❖ Epilepsia y otros trastornos psiquiátricos.

5.3.5 Ginecoobstétricos

- ❖ Multiparidad
- ❖ Periodo intergestacional menor de 2 años.
- ❖ Toxemia o hemorragia en embarazos previos.

- ❖ Muerte fetal o neonatal previa
- ❖ Productos previos de menos de 2.500 gramos al nacer
- ❖ Productos previos de más de 4.000 gramos.

5.4 EPILEPSIA

Condición caracterizada por crisis epilépticas recurrentes (dos o más) no provocadas por ninguna causa inmediata identificada. Crisis múltiples ocurridas en un período de 24 horas son consideradas como un crisis única. Un episodio de status epilepticus se considera como una sola crisis. Individuos que han tenido solamente crisis febriles o sólo crisis neonatales se definen más adelante y se excluyen de esta categoría.

5.4.1 Epilepsia activa. Un caso de epilepsia activa (caso prevalente) se define cuando una persona con epilepsia ha tenido al menos una crisis epiléptica en los 5 años anteriores, independientemente del tratamiento antiepiléptico. Un caso bajo tratamiento es aquel en que se ha hecho un diagnóstico correcto de epilepsia y que está recibiendo (o ha recibido) medicamento antiepiléptico a la fecha.

5.4.2 Epilepsia en remisión bajo tratamiento. Caso prevalente de epilepsia sin crisis por más de 5 años y que está recibiendo tratamiento antiepiléptico a la fecha.

5.5 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE EPILEPSIAS, SÍNDROMES EPILÉPTICOS Y CRISIS SITUACIONALES²³

5.5.1 Epilepsias y síndromes epilépticos relacionados a una localización (parciales, focales)

A. Epilepsias parciales idiopáticas (dependientes de la edad)

- ❖ Epilepsia parcial benigna con puntas centrotemporales (epilepsia rolándica)
- ❖ Epilepsia infantil benigna con paroxismos occipitales
- ❖ Epilepsia primaria de la lectura

B. Epilepsias Parciales Sintomáticas

- ❖ Epilepsia parcial continua progresiva de la niñez (síndrome de Kojewnikoff)

- ❖ Síndromes caracterizados por crisis con un modo específico de provocación.
- ❖ Epilepsias según localización lobar.
- ❖ Epilepsias del Lóbulo Frontal Epilepsias del Lóbulo Parietal.
- ❖ Epilepsias del Lóbulo Temporal Epilepsias del Lóbulo Occipital

- C. Epilepsias parciales criptogénicas
- ❖ De etiología no constatada u oculta.

5.5.2 Epilepsias y síndromes epilépticos generalizados.

- A. Epilepsias generalizadas idiopáticas (dependientes de la edad)
- ❖ Convulsiones neonatales benignas familiares
 - ❖ Convulsiones neonatales benignas
 - ❖ Epilepsia mioclónica benigna del niño
 - ❖ Epilepsia de ausencia de la niñez (picnolepsia)
 - ❖ Epilepsia de ausencias juvenil
 - ❖ Epilepsia mioclónica juvenil (pequeño mal impulsivo)
 - ❖ Epilepsia con crisis de gran mal al despertar
 - ❖ Epilepsias con crisis reflejas
 - ❖ Otras epilepsias generalizadas idiopáticas
- B. Epilepsias generalizadas criptogénicas o sintomáticas
- ❖ Síndrome de West
 - ❖ Síndrome de Lennox-Gastaut-Dravet
 - ❖ Epilepsia con crisis mioclono-astáticas
 - ❖ Epilepsia con ausencia mioclónicas
- C. Epilepsias generalizadas sintomáticas
- ❖ Etiología inespecífica
 - ❖ Encefalopatía mioclónica precoz
 - ❖ Encefalopatía epiléptica infantil precoz con brotes de supresión
 - ❖ Otras epilepsias generalizadas sintomáticas
 - ❖ Síndromes específicos.
 - ❖ Crisis epilépticas como complicación de otras enfermedades

5.5.3. Epilepsias y síndromes epilépticos en los que no es posible determinar si son generalizados o focales.

A. Epilepsias y síndromes epilépticos que presentan a la vez crisis generalizadas y crisis focales.

- ❖ Crisis neonatales
- ❖ Epilepsia mioclónica severa de la infancia
- ❖ Epilepsia con puntas-ondas continuas durante el sueño lento
- ❖ Síndrome de Landau-Kleffner
- ❖ Otras epilepsias indeterminadas

B. Epilepsias y síndromes epilépticos cuyas características no permiten clasificarlos como generalizados o focales

5.5.4 Síndromes especiales.

A. Crisis en relación a una situación en especial

- ❖ Convulsiones febriles
- ❖ Crisis aisladas o estados epilépticos aislados
- ❖ Crisis relacionadas a eventos metabólicos o tóxicos agudos .

5.6 DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico se debe apoyar en las características del Electroencefalograma. No se requiere en principio otros estudios como la Tomografía Computada y/o la Resonancia Magnética Nuclear. Esto es debido a que tanto la clínica del paciente como con el estudio encefalográfico son muy precisos en este caso para llegar al diagnóstico²⁴.

5.7 EPILEPSIA REFRACTARIA O RESISTENTE

Epilepsia en la cual la persona afectada sigue con crisis a pesar de un tratamiento óptimo, es decir, con niveles de medicamentos antiepilépticos ingeridos en dosis máximas tolerables por el paciente y dados en un período de tiempo mínimo de 6 a 24 meses, considerando en este período la prueba de 2 antiepilépticos de primera línea y de una asociación de 2 de ellos.

5.7.1 Epilepsia del lóbulo temporal. Se manifiesta por crisis parciales complejas, crisis con generalización secundaria, o por una asociación de diferentes tipos de crisis. Con frecuencia se constata antecedentes de crisis febriles o familiares con epilepsia. Pueden observarse alteraciones en la memoria²⁵ .

La evaluación mediante estudios funcionales de imagen (PET) usualmente revela una zona de hipometabolismo temporal. El EEG revela puntas temporales uni- o bilaterales. Las epilepsias del lóbulo temporal comienzan frecuentemente en la infancia o en el adulto joven. Las crisis sobrevienen en brotes, a intervalos regulares o de manera imprevisible²⁶.

A. Características Electroencefalográficas. En este tipo de crisis el EEG puede ser completamente normal. Se puede apreciar una discreta asimetría en la actividad de fondo (en ocasiones, dicha asimetría es marcada).

B. Características clínicas. Las crisis parciales simples se caracterizan por síntomas autonómicos y/o psíquicos, asociados o no con fenómenos sensoriales, olfativos o auditivos (incluyendo ilusiones). Es frecuente la presencia de una sensación epigástrica ascendente²⁷.

Las crisis parciales complejas empiezan usualmente con una detención de la actividad motriz, seguida de automatismos oroalimentarios. Pueden seguir rápidamente otros automatismos. La duración de la crisis es mayor de 1 minuto. Frecuentemente se observa confusión post-ictal y son seguidas de amnesia; la recuperación es progresiva.

Se puede apreciar puntas, ondas angulares o lentas, uni- o bilaterales, sincrónicas o asincrónicas. Estas alteraciones pueden extenderse más allá de la región temporal.

Además de los datos aportados por el EEG de superficie, el registro con electrodos profundos puede ofrecer una mejor definición de la distribución intracraneal de las anomalías interictales.

Además puede haber diversas modificaciones del EEG que pueden acompañar a la sintomatología ictal inicial, tales como: a) interrupción uni- o bilateral de la actividad de fondo y b) actividad rápida de bajo voltaje con puntas rítmicas o de ondas lentas rítmicas, a nivel de la región temporal o más allá de la misma. El inicio de las

manifestaciones electroencefalográficas puede o no coincidir con el inicio de las manifestaciones clínicas. Los registros intracraneales suelen suministrar información suplementaria sobre la evolución cronológica y espacial de la descarga. Hay varios subtipos:

C. Crisis amigdalohipocámpicas (límbicas mesiobasales o riencefálicas). Son las crisis más frecuentes. Sus síntomas son los descritos en el párrafo anterior a excepción de las manifestaciones auditivas. El EEG interictal de superficie puede ser normal o mostrar ondas angulares o lentas, uni- o bilaterales, sincrónicas o asincrónicas. El EEG intracraneal interictal puede mostrar puntas u ondas lentas angulares a nivel temporomesial anterior. Las crisis se caracterizan por molestias epigástricas ascendente, con náuseas, borborigmos, eructos, rapidez cutánea, rubor facial, apnea, dilatación pupilar, miedo o pánico y alucinaciones olfatorias²⁸.

D. Crisis temporales laterales. Hay crisis parciales simples manifestadas por ilusiones o alucinaciones auditivas, estados de ensoñación, ilusiones visuales o trastornos del lenguaje si el foco epileptógeno está situado en el hemisferio dominante. Pueden transformarse secundariamente en parciales complejas, si hay extensión hacia las estructuras temporo-mesiales o extratemporales. El EEG de superficie muestra puntas a nivel temporal medial o posterior, uni- o bilaterales, que predominan en las derivaciones laterales²⁹.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Para llevar a cabo nuestra investigación utilizaremos un estudio descriptivo retrospectivo de prevalencia con el cual se pueda recolectar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente la epilepsia en los pacientes que asistieron a la consulta externa del servicio de neurología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano en el periodo de tiempo correspondido del 2003-2005.

Nuestro estudio es de tipo descriptivo ya que estudiaremos situaciones que ocurren en condiciones naturales, más que aquellas que se basan en situaciones experimentales además de describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo. Esperamos conocer las características y distribución de los pacientes con diagnóstico de epilepsia que asisten a la consulta externa del servicio de neurología del HUHMP entre el periodo de 2003-2005 y de esta forma aportar grades hipótesis para siguientes trabajos. Además de ser descriptivo nuestro trabajo es de prevalencia ya que trataremos de conocer todos los casos posibles de personas con epilepsia en ese periodo dado, sin importar cuanto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población sobre la cual vamos a trabajar son los pacientes que acudieron entre los años de 2003 – 2005 a consulta por el servicio de neurología en el HUHMP y que contaron con el diagnóstico de epilepsia. Por las propias características descriptivas de nuestro estudio además para ser completamente factible su realización no vamos a obtener una muestra representativa de la población, sino que será ella misma en su totalidad la directamente estudiada y de la cual vamos a recolectar todos los datos estadísticos.

6.3 LUGAR

El trabajo de investigación se realizara en el hospital universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo en su servicio de consulta externa. El HUHMP en cuanto a su planta física se encuentra ubicado en un terreno de tres hectáreas,

entre las carreras 14 y 15 y entre la calle 9ª y la avenida La toma de la ciudad. Neiva, capital del Huila.

Es un hospital de III-IV nivel que actualmente cuenta con unas instalaciones remodeladas y dotadas con tecnología técnica y profesional adecuada a las necesidades de cada servicio.

El servicio de consulta externa de neurología se encuentra ubicado independientemente a las demás especialidades atendiendo en jornada continua de 6:00 a.m a 6:00 p.m. Además de contar con un grupo humano capacitado, ofrece el servicio de exámenes diagnóstico electrofisiológico y de laboratorio.

La unidad de neurología se dedica a realizar asimismo los estudios neurofisiológicos convencionales tanto de EEG como EMG, estudios de conducción nerviosa y potenciales evocados. La posibilidad de que los propios especialistas que evalúan y tratan a los pacientes sean los encargados de realizar este tipo de exploraciones presenta numerosas ventajas, como el que sea el propio profesional tratante el encargado de realizar este tipo de exploraciones complementarias logra integrar información clínica con otras ayudas diagnósticas (fundamentalmente neuroimagen) a la hora de interpretar sus resultados e indicar el manejo adecuado.

Las historias clínicas a consultar se encuentran en el archivo general del hospital ubicado en el sótano; el cual cuenta con un servicio sistematizado que facilita la búsqueda y recolección de datos requeridos para la investigación.

6.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables que se tomaran en cuentan para la realización del trabajo investigativo se muestran en el Anexo A.

6.5 CONTROL DE VARIABLES

La principal variable de confusión que posee este proyecto es el hecho de trabajar en las historias clínicas que han realizado diferentes médicos en la especialidad de neurología basados en sus propios criterios diagnósticos y de tratamiento, dando un amplio margen de subjetividad en la apreciación de los diferentes signos y síntomas que vamos a evaluar.

Además, se pueden encontrar dificultades operacionales al momento de recolectar la información porque las historias clínicas en su mayoría son realizadas a mano por el mismo especialista lo cual puede llevar a confusiones a la hora de tomar los datos por dársele una connotación o sentido diferente a la apreciación.

Este es un riesgo que debemos asumir por ser las historias clínicas el único medio o fuente de información que tenemos para obtener las variables a evaluar. Por tanto solo se tendrán en cuenta las que sean lo suficiente claras a criterio de los evaluadores.

6.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica a desarrollar para llevar a cabo nuestro estudio es la revisión documental de las historias clínicas de los pacientes que asistieron a la consulta externa de neurología durante el periodo de 2003 a 2005, debido a que es la mas apropiada para conocer las características que buscamos describir en nuestro estudio considerando a la historia clínica como el documento con la información mas apropiada, fidedigna y objetiva con la que se cuenta para obtener estos datos. Esta revisión se realizara con la ayuda de un formato de guía de revisión con el cual de forma eficiente y homogénea podremos recolectar la información y discernir de aquellos datos que no sean de utilidad para cumplir con los objetivos trazados dada la variabilidad de formas de elaboración de las historias por parte de los especialistas.

El proceso en si de la recolección de datos se realizara durante las fechas comprendidas entre junio y agosto en visitas periódicas al archivo general de historias clínicas del hospital universitario, este procedimiento será realizado por los propios investigadores de forma manual mediante el diligenciamiento de la guía de revisión en las posibilidades de horario establecidas para ello en el archivo, previamente se realiza una prueba piloto con el formato de la guía, el cual ayudara a la revisión del propio instrumento y a la optimización del proceso según el análisis que posteriormente a esta se produzca. Debido a que este proceso se realizara por los mismos investigadores se garantiza la unificación de criterios en el momento de la recolección de datos.

6.7 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El instrumento elegido para la recolección de información es una guía de revisión documental que será aplicada a las historias clínicas, esta es elaborada previamente

por los investigadores y en ella se resumen las variables tenidas en cuenta para la realización del estudio mediante un formato que permita agilidad, operacionalización, sistematización y eficiencia en el proceso. La guía cuenta con una parte informativa en la cual se nombran los objetivos, el estudio y los encargados del estudio y también con una parte que será diligenciada por los investigadores según la información encontrada en la historia clínica; antes de ser utilizada formalmente para la recolección de datos, la guía de revisión se someterá a una prueba piloto y las correcciones que pudieran originarse de esta serán analizadas para incorporar los cambios según el análisis que resulte.

6.8 PRUEBA PILOTO

Para la realización de la prueba piloto requerimos en primera instancia la autorización para la revisión de las historias clínicas y además la relación del número de historia clínica con los códigos internacionales de enfermedades (CIE-10) para lo cual contamos con la colaboración de la oficina de sistemas y estadísticas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP). Una vez obtenida la información y los números de historia clínica se procedió el día 4 de abril de 2006 a llevar a cabo la realización de la prueba a cargo de los integrantes del grupo de investigación en las instalaciones de archivo de historias del HUHMP.

Realizada la prueba se comenzó a analizar el desarrollo de esta y proponer las mejoras necesarias tanto a la herramienta de recolección de datos como al proceso en general e incluso a considerar la eliminación de algunos datos debido a su poca relevancia metodológica para conseguir los objetivos propuestos. Encontramos ciertas dificultades al aplicar la encuesta debido a la poca información encontrada en las historias de consulta externa de estos pacientes ya que en ocasiones el especialista encargado de la atención no ha anotado muchas de los tópicos preguntados en la encuesta, a esto se suma en ciertas ocasiones a la poca legibilidad de la letra por parte del especialista en la historia clínica. Como parte del proceso de análisis hemos tomado las siguientes consideraciones a tener en cuenta con la finalidad de optimizar el proceso de recolección de datos y ajustar la encuesta a un modelo más práctico y real de la información que puede recoger:

- ❖ Adicionar el valor denominado “sin dato” a la descripción del nivel de escolaridad que forma parte de la variable de características sociodemográficas para los casos en que no se encuentren explícito este dato en la historia clínica
- ❖ Modificar el nombre de la variable “estrato” por el de nivel “socioeconómico”.

- ❖ Eliminar la pregunta “Recibe apoyo de la liga contra la epilepsia?” por ser una información muy raramente incluida en la historia clínica, además de no aportar mucho a la caracterización objetiva de la variable de “características sociodemográficas”.

- ❖ Modificar la presentación de las preguntas acerca de las manifestaciones clínicas eliminando la casilla “no” de estas y dejando únicamente un cuadro que indique la presencia de la manifestación clínica puesto que si no es señalada se sobreentiende que esta no se encuentra reportada en la historia clínica. En estas manifestaciones clínicas se agregaron otras como signos meníngeos, desorientado y afásico.

- ❖ Eliminar las preguntas acerca de la talla, el peso, la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria por ser estas muy pocas veces escritas en la historia clínica y su aporte no es significativo para caracterizar las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

- ❖ Eliminar la variable calidad de vida y por ende el objetivo relacionado a ella debido a que el instrumento y la metodología planteada para la realización del estudio no se adapta adecuadamente para valorar su verdadera dimensión.

Además de lo anteriormente expresado podemos añadir a este análisis que se podría considerar la realización de un estudio que valorara la calidad de vida los pacientes en el futuro como complemento a lo obtenido en este trabajo con la metodología apropiada para ello. Se podría sugerir además la creación de un formato de encuesta similar al aquí descrito que se dejaría en la consulta externa de neurología y que serviría de orientación y organización en la elaboración de la historia clínica.

6.9 CODIFICACIÓN Y TABULACIÓN

Para el proceso de codificación y tabulación de los datos obtenidos se recurrirá a la ayuda de programas sistematizados tipo Epi-Info para la tabulación electrónica la cual nos permita la observación y el manejo de los datos de forma precisa, ordenada y que simplifique la interpretación de la información.

6.10 FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuente de información sobre la cual nos basaremos para la recolección de los datos es la historia clínica de los pacientes que asistieron a consulta externa por el servicio de neurología, a pesar de ser esta una fuente de información indirecta es apropiada y suficiente para el tipo de estudio a desarrollar y cumplir con los objetivos propuestos.

6.11 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los resultados se utilizara la estadística descriptiva la cual nos permitirá conocer los valores adecuados según el nivel de medición de las variables ya sean estas promedios, porcentajes. La descripción de la población a estudio con respecto a cada una de las variables a tener en cuenta nos dará la información necesaria para cumplir con los objetivos.

6.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio no implica riesgos físicos para sus participantes, pero se va a trabajar con información de la historia clínica lo cual supone una autorización para el manejo de esta y la confidencialidad de los datos por lo cual se pedirá consentimiento al organismo encargado de velar por el cuidado de la historia clínica en el que los investigadores se comprometen a respetar la información de ella obtenida y que esta solo será utilizada para fines académicos en la realización del presente estudio.

En relación al principio de beneficencia se garantizara que los participantes no sufrirán ningún tipo de daño físico o psicológico. Se propenderá por el respeto a la dignidad humana y se respetara el derecho a la privacidad estableciéndose un compromiso de confidencialidad el cual garantiza que los informes proporcionados no serán divulgados públicamente de manera que los participantes puedan ser identificados y que la información no quedara a disposición de terceros, excepto quienes estén implicados en el estudio. Los datos de la investigación no habrán de compartirse con persona ajenas, ni con conocidos de los sujetos como familiares, médicos y enfermeras, a menos que el investigador cuente con una autorización explícita para hacerlo.

Los participantes no sufrirán daños físicos o secuelas inesperadas ni malestar fisiológico o emocional por revelar aspectos dolorosos o por llevar a cabo un proceso introspectivo, temor a lo desconocido o interactuar con extraños, temor a las probables repercusiones ni sufrirá pérdida de la privacidad ni pérdida de tiempo. Además no incurrirán en ningún gasto de tipo monetario.

Ni el principio del respeto a la dignidad humana, ni el principio de justicia se vera afectados.

7. RESULTADOS

Una vez obtenido el listado de los números de historia clínica de consulta externa en los años 2003 a 2005 y cuyos diagnósticos correspondían a los códigos para las diferentes clases de epilepsia según el CIE 10, se procedió a la recolección de datos con la ayuda del formulario ya descrito. En total se revisaron 417 historias clínicas de las cuales 116 no cumplieron con las indicaciones para el objetivo de este trabajo; algunas de ellas no contaban con una información de consulta externa y solo habían asistido por otros servicios como urgencias y hospitalización, en otras la nota de consulta externa no correspondían a los periodos 2003 a 2005 sino de periodos anteriores o posteriores y en otras ocasiones el diagnóstico no se relacionaba con ninguno de los códigos de epilepsia según el CIE 10 sino que correspondían a otras patologías e incluso a otras especialidades y se había cometido un error en la digitación y en la interpretación de los códigos; por lo tanto fueron desechadas. Las restantes 301 historias cumplían con los criterios, razón por lo cual fueron sistematizadas en una base de datos de Epi Info versión 3.01, con las cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

Nuestro primer objetivo es determinar la distribución de los diferentes tipos de epilepsia entre la población estudiada obteniendo como la más frecuentemente diagnosticada la epilepsia generalizada sintomática con el 25,2 % , seguida de cerca por la epilepsia idiopática con un 22.6 % de los diagnósticos. Es de resaltar que a pesar de ser el status convulsivo un diagnóstico más de urgencias que de consulta externa durante este periodo se presentaron 4 casos que ocurrieron en este servicio y que terminaron siendo manejados por urgencias y hospitalización.

Tabla 1. Tipo de epilepsia en pacientes de consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Epilepsia focal refractaria	7	2,3%
Epilepsia focal sintomática	63	20,9%
Epilepsia generalizada sintomática	76	25,2%
Epilepsia idiopática	68	22,6%
Epilepsia mioclónica juvenil	3	1,0%
Epilepsia parcial	1	0,3%
Evento convulsivo único	8	2,7%
Status convulsivo	4	1,3%
Sx convulsivo a estudio	68	22,6%
Sx Convulsivo De Aparición Tardía	3	1,0%
Total	301	100,0%

En cuanto a la evolución en su cuadro clínico de los pacientes y que fue explícitamente reportado en la historia clínica por el profesional tratante se encontró un porcentaje de satisfactoria de un 41,5% y desfavorable 1,7%. El mayor porcentaje lo obtuvo no evaluable (44,2%) entre otras razones a que la evolución del cuadro clínico no fue escrito explícitamente en la historia o porque alguna otra patología crónica de base impide una adecuada valoración de este (p.e. retardo mental, parálisis, enfermedad de parkinson, etc)

Tabla 2. Evolución en pacientes con epilepsia de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005

EVOLUCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ha sido desfavorable	5	1,7%
Ha sido igual	38	12,6%
Ha sido satisfactoria	125	41,5%
No evaluable	133	44,2%
Total	301	100,0%

El tratamiento al que se han sometido los pacientes fue evaluado en relación a si este ha sido realizado por métodos farmacológicos con medicamentos antiepilépticos (84,7), o si ha acudido a tratamientos mágicos (brujos, exorcismos, etc.) 0,7%, tradicionales o naturales (hierbas, infusiones de plantas, etc.) 0,7%, ha recibido ayuda psicológica 1,7%, o algún otro tipo de tratamiento para esta patología específicamente (cirugía 0.3%, psiquiatría 1,3%, ergotamina-cafeína 0.3%, rehabilitación 1%).

Tabla 3. Tratamiento en pacientes con epilepsia de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005

TIPO DE TRATAMIENTO	Si	No
Farmacológico	255 (84,7%)	46 (15,3%)
Mágico	2 (0,7%)	299 (99,3%)
Psicológico	5(1,7%)	296(98,3%)
Tradicional	2 (0,7%)	299(99,3%)
Cirugía	1(0,3%)	300 (99,7%)
Ergot + cafeína	1 (0,3%)	300 (99,7%)
Psiquiatría	4 (1,3%)	297 (98,7%)
Rehabilitación	3 (1,0%)	298 (99%)

Dentro de los diferentes tipos de tratamiento farmacológico este se limitó a 4 diferentes tipos de medicamentos, siendo el más frecuente el Ácido Valproico con un 37%.

A 44 personas no se les estaba suministrando tratamiento farmacológico ya sea por ser la primera crisis o porque estaban en un periodo de remisión de la enfermedad.

Tabla 4. Medicamentos usados en pacientes con epilepsia de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Acido valproico	114	37,9%
Carbamazepina	96	31,9%
Fenitoina	39	13,0%
Fenobarbital	8	2,7%
Ninguno	44	14,6%
Total	301	100,0%

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Discriminando la población por rango de edades encontramos que el intervalo de edades más afectado es el comprendido entre los 21 – 50 años siendo esta la población significativamente más productiva en términos laborales.

Tabla 5. Edad de los pacientes de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-10	79	26,2%
11-20	86	28,6%
21-50	106	35,2%
+ 50	30	10,0%
Total	301	100,0%

Tabla 6. Sexo de los pacientes de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	137	45,5%
Masculino	164	54,5%
Total	301	100,0%

La distribución por genero de epilepsia muestra una mayor proporción de presentación de esta enfermedad en los hombres, esta diferencia estadísticamente significativa con un 54,5%. (Intervalo de confianza 95%. Femenino 39.8% a 51.3% y Masculino 48.7 a 60.2%) frente a la mujeres con un 45,5%.

Tabla 7. Nivel Socioeconómico de los pacientes de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005

NIVEL SOCIOECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	176	58,7%
2	73	24,2%
3	9	2,9%
Sin dato	43	14,2%
Total	301	100,0%

De acuerdo al nivel socioeconómico de la población el nivel 1 fue el que mas consulto por la enfermedad con un 58,7%.

Los niveles socioeconómicos mayores a 3 no están reportados, esto se explica por el hecho de ser el hospital una institución que atiende preferiblemente a las personas de los niveles socioeconómicos mas bajos y que cuenta con un régimen de seguridad social subsidiado o son vinculadas al sistema.

Se encontró que los pacientes de epilepsia en un 19% provenía de Neiva – Huila y de Palermo en un 7%, también se halló que en la mayorías de las historias no aparece el dato de la procedencia de los pacientes.

Según la procedencia de los pacientes de consulta externa de neurología del hospital Hernando Moncaleano Perdomo encontramos que un 75% eran provenientes del

departamento del Huila, siendo los municipios mas representativos Neiva con un 19% y Palermo con un 7%. Se evidencio que otros 9 departamentos también tenían pacientes naturales de esta región, es de especial importancia observar la presentación de población del sur de Colombia.

Tabla 8. Zona de procedencia de los pacientes de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HUILA	226	75%
CUNDINAMARCA	8	2.6%
CAQUETA	4	1.3%
ANTIOQUIA	2	0.6%
NARIÑO	1	0.3%
PUTUMAYO	1	0.3%
TOLIMA	5	1.6%
VALLE DEL CAUCA	2	0.6
SANTANDER	1	0.3%
QUINDIO	1	0.3%
NO DATO	50	16.6%
TOTAL	301	100%

Tabla 9. Zona de procedencia de los pacientes de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005

VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rural	111	36,8%
Urbana	174	57,8%
Sin dato	16	5.3%
Total	301	100,0%

De acuerdo a su lugar de procedencia rural o urbana es mayor esta ultima con un 57,8%.

Tabla 10. Nivel de escolaridad de los pacientes de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005

ESTUDIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	10	3,3%
PC	10	3,3%
PI	15	5,0%
SC	6	2,0%
SI	13	4,3%
U	1	0,3%
Sin Dato	246	81,7%
Total	301	100,0%

El nivel de escolaridad fue un dato que generalmente no se encontró reportado en la historia clínica por no ser un indicador comúnmente interrogado por parte de los especialistas, esto explica el mayor porcentaje de la variable sin dato 81,7%. Pero vemos unos altos índices de deficiente nivel de escolaridad ya que el analfabetismo, la primaria incompleta y la primaria completa juntos alcanzan el 11,6% de la población.

Tabla 11. Antecedentes de los pacientes de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005

ANTECEDENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familiares	15	5,0%
Neonatales	47	15,6%
Patológicos	44	14,6%
Quirúrgicos	11	3,7%
Tóxicos	9	3,0%
Traumáticos	21	7,0%
Ninguno	154	51,2%
Total	301	100,0%

Los antecedentes encontrados en la población fueron frecuentemente reportados como eventos neonatales tales como hipoxia neonatal, meningitis, partos distócicos e instrumentados.

Tabla 12. Manifestaciones clínicas de los pacientes con epilepsia de la consulta externa de neurología del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo 2003-2005

MANIFESTACIÓN CLÍNICA	SI	NO
Afásico	3 (1,0%)	298 (99,0%)
Apnea	4 (1,3%)	297 (98,7%)
Atonías	12 (4,0%)	289 (96,0%)
Aura	6 (2,0%)	295 (98,0%)
Ausencias	17 (5,7%)	284 (94,3%)
Automatismos	16 (5,4%)	285 (94,6%)
Bruxismo	12 (4,0%)	289 (96,0%)
Cefalea Posterior	29 (9,7%)	272 (90,3%)
Cefalea Previa	47 (15,7%)	252 (84,3%)
Convulsiones Tónicas	248 (82,9%)	53 (17,1%)
Convulsiones Mioclonicas	219 (73,0%)	82 (27,0%)
Desorientado	10 (3,4%)	291 (96,6%)
Fenómenos sensoriales		
Auditivos	1 (0,3%)	300 (99,7%)
Olfativos	1 (0,3%)	300 (99,7%)
Táctiles	2 (0,7%)	299 (99,3%)
Visuales	16 (5,4%)	285 (94,6%)
Liberación de esfínteres	27 (9,0%)	274 (91,0%)
Nauseas	27 (9,0%)	274 (91,0%)
Perdida de la conciencia	129 (43,1%)	172 (56,9%)
Sialorrea	66 (22,1%)	235 (77,9%)
Síntomas autonómicos	13 (4,3%)	288 (95,7%)
Sx Menígeos	5 (1,7%)	296 (98,3%)

Los síntomas mas frecuentemente presentados por los pacientes en sus crisis y anotados por los especialistas tratantes corresponden sobre todo a las convulsiones tónico-clónicas y a los movimientos mioclonicos con un 82,9% y 73% respectivamente. Los otros síntomas presentados fueron perdida de la conciencia 43%, sialorrea 22,1% y cefalea preictal 15,7%. Los demás síntomas se encontraron en menos del 10% de la población estudiada.

8. DISCUSION

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes. Su incidencia en los países desarrollados es muy alta, situándose entre 50-100 casos por 100.000/habitantes/año, con una prevalencia de 5-8 casos por 1.000¹. Se han hecho esfuerzos extraordinarios para conocer la frecuencia de la epilepsia en los países en vías de desarrollo como el nuestro pero aun es muy difícil tener un dato exacto.

Encontramos en nuestro estudio una asociación importante entre el género y la epilepsia, esto también ha sido reportado en algunos otros estudios. En el Estudio neuroepidemiológico en Aratoca, del Dr. Pradilla Ardila se encontró que la frecuencia de epilepsia era mayor en hombres que en mujeres² lo que encontramos es similar en nuestra región ya que la epilepsia se presenta en un mayor porcentaje en hombres (54,5%) que en mujeres (45,5%) y en mayor proporción en pacientes en el grupo etareo de 21 a 50 años(35,2%). Nosotros no tenemos explicaciones para este hecho, pero para el futuro, este interesante aspecto requerirá de estudios mas profundos para el estudio de este fenómeno.

Investigaciones como las de los doctores Takeuchi y Guevara en 1999, habían demostrado que la prevalencia de epilepsia en Santander y Valle del Cauca no diferían al comparar poblaciones rurales y urbanas, pero sin embargo la encontrada en este estudio es mucho mas elevada en la zona urbana con un 61.1%, aunque esto puede deberse a algunas diferencias metodologicas y al tipo de población estudiada ya que en la de Santander se realizo un censo a la población en general visitando zona rural y urbana, igual situación se presento en el estudio del Valle del Cauca mientras en nuestro estudio se tomaba a la población que asistió a consulta externa y es la población de la zona urbana la que tiene un acceso mas fácil a los servicios de salud.

Aunque no se estudio a fondo, si llama la atención que hasta el 15% de las personas que habían padecido de epilepsia habían tenido un antecedente neonatal. Se cree que el alto índice de encefalopatía hipóxica isquémica es la causa de epilepsia en un 13% de los casos y los niños en los países en vías de desarrollo están mas expuestos a lesiones perinatales, por pobre control pre y post natal lo que puede ser otro factor contribuyente en el desarrollo de epilepsia y hallamos en los resultados de nuestro estudio acerca de los antecedentes relacionados con la presentación de esta enfermedad, podemos afirmar que al igual que lo hallado en los estudios realizados por el grupo de investigación en

enfermedades neurológicas liderado por los doctores Chang y Lowenstein en 2003, los antecedentes neonatales (como la hipoxia neonatal, meningitis, partos distócicos e instrumentados), los antecedentes patológicos como infecciones y los de tipo traumático siguen liderando esta lista. El retardo mental y la parálisis cerebral se asocian frecuentemente a estas situaciones, lo cual es responsable tanto de secuelas neurológicas como de epilepsia¹³.

Aunque la eficacia de los antiepilépticos clásicos es bien conocida, entre un 25% y un 30% de los pacientes no consiguen nunca el control total de sus crisis¹⁷, en nuestro estudio encontramos que un 41% de los pacientes han tenido una evolución satisfactoria de su enfermedad y un 44% no fue posible evaluar la evolución por la mencionada falta de control clínico y seguimiento con los pacientes.

Los anticonvulsivos más frecuentemente utilizados incluyen carbamazepina, fenobarbital, ácido valproico y fenitoina por ser los medicamentos con los que se tiene más experiencia y se consideran como antiepilépticos primarios con base en su efectividad y efectos colaterales; sin embargo, en la última década ha habido avances importantes en la terapéutica, ya que han aparecido medicamentos como lamotrigina, gabapentina, felbamato y vigabatrina de los que cada día se acumula experiencia sobre su efectividad en los diferentes tipos de crisis¹⁷. Es obvio, que no se ha conseguido el tan esperado anticonvulsivante ideal, pero con los fármacos se ha logrado una mejora sustancial en el pronóstico a largo plazo pero en nuestro estudio se encontró que los fármacos más usados fueron el ácido valproico, carbamazepina y fenitoina en un 37,9%, 31,9% y 13%, respectivamente; los cuales conllevan a una evolución satisfactoria en 41,5% y desfavorable en 1,7%.

Las crisis únicas o aisladas que ocurren en un período de 24 horas, aunque no se les considera como epilepsia por no ser recurrentes, representan problemas frecuentes y siempre debe investigarse su causa, pues podría ser la primera crisis de una epilepsia. Aún no se ha descrito bien su epidemiología debido a la dificultad en la definición de casos. Las prevalencias conocidas van de 2 a 9/1000¹² y en nuestro estudio se encontró en un 2,7%.

Los casos de síndrome convulsivo a estudio a pesar de no ser propiamente epilepsia se debieron a que estos pacientes solo tuvieron un episodio de crisis y fueron dejados en observación hasta una próxima cita de control para definir su diagnóstico pero no regresaron o esta cita no correspondía a los períodos que formaban parte del estudio.

El estudio concluyó que según la clasificación de epilepsia de 1989, la Epilepsia Generalizada Sintomática es la más frecuente en nuestra región (25,2%) seguida de la

Epilepsia Idiopática(22,6%) y la Epilepsia Focal Sintomática(20,9%). Según lo reportado por el doctor Blume de la liga internacional de lucha contra la epilepsia y la clasificación adoptada en 1989 por la ILAE la mayor parte de la distribución de la enfermedad son las epilepsias parciales(80%). Nosotros creemos que esta diferencia pueda deberse a la no utilización frecuente o de rutina de la clasificación para el diagnóstico y al hecho de que en muchas ocasiones crisis que son relatadas por los pacientes como típicas generalizadas son en realidad de inicio e instalación parcial que secundariamente se generalizan, además en el transcurso de la recolección de los datos apreciamos diagnósticos los cuales inicialmente se dieron como epilepsia generalizada y que en una consulta posterior se modificó el diagnóstico a epilepsia focal, cuando ya se indagó más en la enfermedad actual, o seguía presentando crisis a pesar del tratamiento, o el resultado de un electroencefalograma hacía sospechar el diagnóstico. El conocimiento claro de esta diferencia es de crucial importancia en el hecho de que síndromes generalizados comparado con los parciales tienen una diferencia etiológica esencial (usualmente de causa genética contra los que son usualmente debidos a lesión), en el tratamiento (clásicamente basados en valproato contra los usualmente basados en fenitoina y carbamazepina), y pronóstico. Una serie de casos reportados por los doctores Vélez y Eslava en Bogotá en 1989 mostró una prevalencia mayor de Síndromes parciales mas que enfermedad generalizada²⁸.

Resultado de este estudio así como lo indican los trabajos realizados por Fandiño en 1996, Pradilla en el 2002, Velez en el 2006 la epilepsia en nuestro medio tiene como origen principal una etiología relacionada con lesiones. Esto claramente nos alerta sobre estrategias de promoción y prevención, un aspecto olvidado y apenas resaltado en países no industrializados como el nuestro. Además aspectos como una pronta y eficiente atención a víctimas de trauma, adecuados cuidados del recién nacido que hayan sufrido encefalopatías Hipoxicas isquemicas, abolición de procedimientos burocráticos y demorados que demoren o dificulten un adecuado tratamiento a los pacientes con lesiones agudas (p.e. meningitis) deberían ser mejor orientadas. Dentro de los síndromes generalizados la epilepsia mioclónica juvenil es la mas frecuente lo que esta de acuerdo con lo reportado por Velez y Eslava²⁸.

Teniendo en cuenta los resultados encontrados en nuestro estudio acerca de los antecedentes relacionados con la presentación de esta enfermedad, podemos afirmar que al igual que lo hallado en las investigaciones y revisiones realizada por la liga de lucha contra la epilepsia en 2001, los antecedentes neonatales (como la hipoxia neonatal, meningitis, partos distócicos e instrumentados), los antecedentes patológicos como infecciones y los de tipo traumático siguen liderando esta lista.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, encontramos que los síntomas que con mas frecuencia presentan los pacientes durante su crisis en nuestra región corresponden a convulsiones tónico-clónicas en un 82,9% y a movimientos mioclónicos en un 73%. Otros síntomas que se presentaron en menor porcentaje pero que al igual que los

anteriores, poseen una gran importancia y también deben ser tenidos en cuenta, son la pérdida de la conciencia en un 43% de los pacientes, sialorrea en un 22,1% y la cefalea preictal en un 15,7%. Además, se presenta en mayor porcentaje en los niveles socioeconómicos bajos, siendo mas altas las cifras correspondientes a los pacientes de nivel 1(68,2%) a comparación de los niveles 2(28,3%) y 3(3,5%); aunque debemos tener en cuenta que por el carácter publico de la institución en la que se realizó este estudio, la población que mas acude son las personas pertenecientes al régimen vinculado y subsidiado que corresponde a estos niveles. Los reportes que evidencian la relación dependiente de la prevalencia de la enfermedad con las condiciones sanitarias es reforzado en nuestro estudio.

Los tres municipios en los cuales se presento la mayor procedencia de pacientes con epilepsia en nuestro estudio fueron Neiva, Palermo y Garzón con un porcentaje de 19%, 7% y 5% respectivamente; y con un porcentaje de 61,1% de pacientes pertenecientes a zonas urbanas. En relación a estos resultados creemos importante conocer los datos de prevalencia en estas regiones de neurocisticercosis el cual es ampliamente referido por Pradilla en el Estudio neuroepidemiologico de 2002 como un antecedente importante en la aparición de epilepsia sintomática y que esta asociado mas fielmente a zonas geográficas especificas y con hábitos y costumbres sanitarias y de dietas especificas similares a las de los municipios que en nuestro reporte obtuvieron el mayor porcentaje. Estamos de acuerdo con Palacio et al. en Colombia, Del Brutto en Ecuador, y Bucardo en Nicaragua que la cisticercosis juega un papel en la génesis de la epilepsia, pero que en el momento no estamos en la capacidad para establecer datos posteriores en esta dirección.

9. CONCLUSIONES

Podemos decir que la situación para los pacientes con epilepsia, en nuestro país es mucho más favorable en los últimos años. Sin embargo, aún queda un largo camino para despejar las dudas, los mitos, y la discriminación que rodea a los enfermos con diagnóstico de epilepsia. Y resulta imprescindible aún construir en base al conocimiento científico, una nueva cultura entre los profesionales de la salud sobre esta enfermedad y adoptar una actitud que nos permita asistir al paciente para que recupere la condición de bienestar.

Es necesario reformular el modelo de atención para mejorar el acceso de los pacientes epilépticos a la consulta y a la medicación, para plantear la problemática actual en nuestro país desde diferentes perspectivas: la del paciente, la del médico y la del gobierno.

El diagnóstico de los diversos síndromes que se mencionaron, pueden ser reconocidos en la mayoría de las oportunidades luego de un minucioso interrogatorio, examen clínico y la utilización de algunos métodos simples de diagnóstico. Algunos de estos pacientes requerirán ser derivados para su confirmación diagnóstica y tratamiento al especialista, neurólogo y psiquiatra.

La epilepsia puede controlarse en muchas personas con los medicamentos tradicionales actualmente disponibles, sin embargo, del 20 al 25% de los que son tratados continúan con crisis por no tener acceso a otros tratamientos nuevos.

Es necesario modificar el modelo de atención, el diagnóstico y tratamiento que es efectuado por parte del neurólogo y el servicio de neurología. El control clínico del paciente, la pesquisa de efectos adversos, la provisión de medicamentos le corresponde al médico de atención primaria. Es el modo de lograr que el paciente tenga acceso al medicamento y que los medicamentos sean consumidos por quien los necesita. De ese modo, se logrará mejor nivel de equidad.

Para los pacientes con epilepsia es prioritario recibir la medicación. Es la única solución a un problema que genera sufrimiento y discapacidad.

10. RECOMENDACIONES

La epilepsia es un problema de salud por la naturaleza misma del padecimiento, que necesita de una atención médica adecuada, y también por las serias repercusiones emocionales y sociales que produce en quienes la sufren y en sus familiares y amigos.

Los pacientes con epilepsia deben también tratar con los aspectos psicológicos y sociales de su condición. Esto incluye la manera en que las personas que los rodean perciben los ataques, el miedo de ocurrencias desconocidas, la pérdida de control durante el ataque y cumplimiento con los medicamentos. Para ayudar a estos pacientes a sentirse más seguros de sí mismos y para que éstos acepten el hecho de tener epilepsia, se puede proveer, al personal del hospital y estudiantes de la universidad surcolombiana un programa de educación sobre la epilepsia, incluyendo cómo reconocer un ataque y primeros auxilios.

Que las personas con epilepsia tengan acceso uniforme a programas organizados de atención médica en las diferentes Instituciones de Salud del país y se incrementen los recursos para la investigación clínica y básica en epilepsia.

El objetivo a seguir es llevar a la epilepsia a un nuevo plano de aceptabilidad en el dominio público. Promover la educación pública y profesional acerca de la epilepsia.

Alentar a los gobiernos y departamentos de salud a que cubran las necesidades de atención de la epilepsia, incluyendo su aceptación, educación, diagnóstico, tratamiento, cuidado, servicios y prevención.

Realizar un seguimiento continuo por parte del personal medico.

Resaltar a los pacientes la importancia del cumplimiento de la medicación. lo mas importante es conservar siempre la paciencia y comprensión.

Realizar mas estudios en Latinoamérica y en Colombia en los cuales se revele la incidencia de la epilepsia y su posible etiología.

BIBLIOGRAFÍA

BASSIN, Sarice. SMITH, Teresa L. and BLECK, Thomas P. Clinical Review: Status Epilepticus. Published online 2002 March 15: 10.1186/cc1472.

BLUME, Warren T. Diagnosis And Management Of Epilepsy. CMAJ • February 18, 2003; 168.

BRAUNWALD, Fauci, Kasper. Harrison Principios Básicos De Medicina Interna volumen II. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores. 2002. Pág. 2751.

CHANG, *Bernard. S., and. LOWENSTEIN, Daniel H. M.* Mechanisms of disease: Epilepsy. N Engl J Med 2003; 349:1257-1266, Sep 25, 2003.

FANDIÑO, Jaime. La Epilepsia en Colombia Recuento Histórico, Estado Actual al Principio del Milenio y Visión al Futuro. <http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/academ26164Epilepsia2.htm>

GUTIÉRREZ, Ángela M. Epilepsia y Trastornos Depresivos. Acta Neurológica Colombiana 2005; 21: 121-125.

KWAN, Patrick. BRODIE, J. Early Identification Of Refractory Epilepsy. N Engl J Med feb. 3- 2003.

OERTZEN. J Von, URBACH. H, JUNGBLUTH. S. Standard Magnetic Resonance Imaging Is Inadequate For Patients With Refractory Focal Epilepsy. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 2002;73:643-647.

PRADILLA, Gustavo. VESGA, Boris Eduardo. LEÓN, Fidias Eugenio y el grupo de estudio GENECO. Estudio neuroepidemiológico en Aratocha, una área rural del oriente colombiano Rev. méd. Chile v.130 n.2 Santiago feb. 2002.

RAMOS, Gustavo. ZÚÑIGA, Gonzalo. LLANOS, Maria. Calcificaciones Cerebrales Como Causa De Epilepsia. Hospital del Valle.

TAKEUCHI, Yuri, GUEVARA, Juan G. Prevalencia de las enfermedades neurológicas en el valle del cauca. Estudio neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO). Corporación editora médica del valle. Colombia Med 1999; 30: 74-81.

VELEZ, Alberto. ESLAVA, Jorge. Epilepsy in Colombia: Epidemiologic Profile and Classification of Epileptic Seizures and Syndromes. Epilepsia, Bogotá – Colombia. Blackwell Publishing, Inc. 2006. 1-9 p.

WIEBE S., BLUME W. T., GIRVIN J. P., ELIASZIW M., A Randomized, Controlled Trial of Surgery for Temporal-Lobe Epilepsy. N Engl J Med 2001; 345:311-318, Aug 2, 2001.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FANDIÑO Franky, Jaime. La Epilepsia en Colombia Recuento Histórico, Estado Actual al Principio del Milenio y Visión al Futuro. <http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/academ26164epilepsia2.htm>
2. Ibíd.
3. Ibíd.
4. Ibíd.
5. Ibíd.
6. Ibíd.
7. Ibíd.
8. Ibíd.
9. Ibíd.
10. Ibíd.
11. Ibíd.
12. PRADILLA, Gustavo. VESGA, Boris Eduardo. LEÓN, Fideas Eugenio y el grupo de estudio GENECO. Estudio neuroepidemiológico en Aratocha, una área rural del oriente colombiano Rev. méd. Chile v.130 n.2 Santiago feb. 2002.

13. CHANG, *Bernard. S., and. LOWENSTEIN, Daniel H. M.* Mechanisms of disease: Epilepsy. *N Engl J Med* 2003; 349:1257-1266, Sep 25, 2003.
14. Ibid.
15. BASSIN, Sarice. SMITH, Teresa L. and BLECK, Thomas P. Clinical Review: Status Epilepticus. Published online 2002 March 15: 10.1186/cc1472.
16. WIEBE S., BLUME W. T., GIRVIN J. P., ELIASZIW M., A Randomized, Controlled Trial of Surgery for Temporal-Lobe Epilepsy. *N Engl J Med* 2001; 345:311-318, Aug 2, 2001.
17. BASSIN, Sarice. SMITH, Teresa L. and BLECK, Thomas P. Clinical Review: Status Epilepticus. Published online 2002 March 15: 10.1186/cc1472.
18. OERTZEN. J Von, URBACH. H, JUNGBLUTH. S. Standard Magnetic Resonance Imaging Is Inadequate For Patients With Refractory Focal Epilepsy. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 2002;73:643-647.
19. CHANG, *Bernard. S., and. LOWENSTEIN, Daniel H. M.* Mechanisms of disease: Epilepsy. *N Engl J Med* 2003; 349:1257-1266, Sep 25, 2003.
20. BASSIN, Sarice. SMITH, Teresa L. and BLECK, Thomas P. Clinical Review: Status Epilepticus. Published online 2002 March 15: 10.1186/cc1472.
21. Ibid.
22. Ibid.
23. Ibid.
24. OERTZEN. J Von, URBACH. H, JUNGBLUTH. S. Standard Magnetic Resonance Imaging Is Inadequate For Patients With Refractory Focal Epilepsy. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 2002;73:643-647.

25. WIEBE S., BLUME W. T., GIRVIN J. P., ELIASZIW M., A Randomized, Controlled Trial of Surgery for Temporal-Lobe Epilepsy. N Engl J Med 2001; 345:311-318, Aug 2, 2001.
26. Ibid.
27. BLUME, Warren T. Diagnosis And Management Of Epilepsy. CMAJ-February 18, 2003; 168.
28. VELEZ, Alberto. ESLAVA, Jorge. Epilepsy in Colombia. Epidemiologic profile and classification of epileptic seizures and síndromes. Epilepsia, Bogotá – Colombia. Blackwell Publishing, Inc. 2006. 1-9 p.

ANEXOS

Anexo A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	SUBVARIABLE	INDICADORES CATEGORIAS	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICE
Tipo de Epilepsia	Clasificación de cuadro según los criterios dados por la liga internacional de la epilepsia en 1984		Parcial Generalizada Refractaria Síndromes especiales	Cualitativa Nominal	Porcentaje %
Evolución	Indica el curso clínico de la enfermedad a través del tiempo		Favorable No Favorable No evaluable	Nominal	Porcentaje %
Tratamiento	Medida terapéutica utilizada en el manejo de la enfermedad		Farmacológico Psicológico Social	Nominal	Porcentaje %
Características socio - demográficas	Factores sociales y personales que describen las cualidades propias de la población	Edad	Años	Cuantitativo Razón	Promedio
		Sexo	Masculino - femenino	Cualitativo - Nominal	%
		Nivel socio - económico	Estrato I,II,III,IV,V,VI	Ordinal	%
		Procedencia	Rural – Urbana	Nominal	%
		Seguridad social	Vinculado, sisben, EPS, ARS.	Nominal	%
		Nivel de escolaridad	Pi,Pc, Si,Sc, U,A	Ordinal	%

		Antecedentes	Familiares, neonatales, patológicos, traumáticos, quirúrgicos.	Cualitativo - nominal	%
Manifestaciones Clínicas	Características vistas y descritas en la historia clínica que describen las crisis de cada uno de los pacientes	Frecuencia de crisis	Número de veces	Cuantitativo- Razón	Promedio
		Fecha de 1 ^{ra} crisis	Fecha	Cualitativo	Porcentaje %
		Movimientos tónico- clónicos	Si No	Cualitativo- nominal	%
		Ausencias	Si No	Cualitativo- nominal	%
		Perdida de la conciencia	Si No	Cualitativo- nominal	%
		Automatismos	Si No	Cualitativo- nominal	%
		Liberación de esfínteres	Si No	Cualitativo- nominal	%
		Cefalea pre y postictal	Si No	Cualitativo- nominal	%
		Sialorrea	Si No	Cualitativo- nominal	%
		Tiempo de evolución	Días, meses, años	Cuantitativo- razón	Promedio

Anexo B. FORMATO GUIA DE REVISIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA

CARACTERÍSTICAS DE LA EPILEPSIA EN LA CONSULTA EXTERNA EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO EN EL
PERIODO 2003 – 2005

INTRODUCCIÓN

Tratar de describir las características epidemiológicas de los pacientes que asisten a consulta externa en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo es el objetivo fundamental de este estudio; y por medio de el apoyamos en un mejor conocimiento de los factores de riesgo y eventos protectores sobre los cuales se pueda incidir ya sea previniéndolos o promocionándolos y mejorar la calidad de vida de estas personas.

La siguiente encuesta es la herramienta fundamental sobre la cual vamos a recoger la información relevante del proceso, está será aplicada de forma privada, con total discreción por parte del personal, el uso de los datos será exclusivamente dedicados para el desarrollo de esta investigación. La investigación es con fines eminentemente académicos y no busca lucro en ello.

Cualquier duda, información, aporte o inquietud con respecto a la información podrá ser suministrada por cualquiera de los investigadores.

Fecha: _____ Encuestador: _____

No de Historia Clínica: _____

Nombre: _____ Genero: M F

Edad: _____ Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Ocupación _____

Estudio A PI PC SI SC U SIN DATO _____

Vivienda: Urbana Rural Estrato: _____

Dirección de la Residencia: _____

Seguridad Social: _____

DIAGNOSTICO CLÍNICO: _____

ANTECEDENTES: _____

MANIFESTACIONES CLÍNICAS SI

Perdida de la conciencia _____

Aura _____

Convulsiones Tonicas _____

Convulsiones mioclonicas _____

Sialorrea _____

Liberación de esfínteres _____

Cefalea Previa _____

Cefalea Posterior _____

Bruxismo _____

Ausencias _____

Atonías _____

Fenómenos Sensoriales _____

Olfativos _____

Visuales _____

Auditivos _____

Táctiles _____

Automatismos _____

Síntomas Autonómicos _____

Nauseas _____

Apnea _____
Sx meníngeos _____
Desorientado _____
Afásico _____

Fecha de la Última Crisis _____
Fecha de la Primera Crisis _____
Frecuencia de la Crisis(Día, semana, mes, año) _____

EVOLUCIÓN

Ha sido satisfactoria _____
Ha sido igual _____
Ha sido desfavorable _____
No evaluable _____

TRATAMIENTO

Terapéutico: Tipo _____ Tiempo _____ Dosis _____

Ha recibido algún otro tipo de tratamiento?

Psicológico _____	Cuál? _____
Tradicional _____	Cuál? _____
Mágico _____	Cuál? _____
Otro _____	Cuál? _____

OBSERVACIONES _____

