UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEON

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Análisis del manejo de pacientes con manifestaciones neurológicas compatibles con Epilepsia. Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de La Trinidad. Estelí. Abril- Septiembre 2003

Autor: Br. Mario Alberto Gutiérrez Lau

Tutora: MSc. Alma Lila Pastora Zeuli

Asesor: Dr. Juan Almendarez Peralta

Estelí, Junio 2004

Dedicatoria

Dedico todo el esfuerzo y placer que surgieron de mi persona para la culminación de este trabajo investigativo, a Dios, como primer constructor de ciencias y saberes; y gracias a quien hoy a sabemos lo que sabemos y mañana sabremos lo que haya que saber.

A mi esposa Dea y a mi hija Laura, quienes apostaron todo a que hoy seríamos la maravillosa familia que somos.

Agradecimiento

Infinitamente a Dios, por la vida...

A mi familia, Dea y Laura, por llenar mi vida, mi alma y mi corazón; y regalarme el privilegio de amarlas...

A mis padres por ser ejemplos magníficos de lo que debía ser y enseñarme lo que no debía ser...

A mi tutora, Alma Lila Pastora, quién con paciencia, ternura y mano dura; moldeó y alimentó mi creciente pasión por la investigación. No se preocupe, maestra... seguiré preguntando porqué...

A mi asesor, Juan Almendarez, por la increíble disponibilidad que demostró a mis múltiples inquisiciones y molestias, y abrió mis ojos a nuevas visiones.

A mis amigos por enseñarme a tratar de ver todas las caras, de todas las monedas...

Agradezco y pido perdón a quienes omito, no por olvido, sino por cansancio; y que hicieron de mí y de este trabajo, algo mejor.

Por siempre... ¡Gracias!

Mario Alberto.

Resumen

Objetivo: Analizar el manejo de los pacientes con manifestaciones neurológicas compatibles con epilepsia en el Centro de Salud Fátima Pavón del municipio de La Trinidad del SILAIS-Estelí durante el período Abril- Septiembre del año 2003.

Diseño metodológico: *Tipo de estudio:* Descriptivo, de corte transversal; *universo de estudio:* 88 pacientes epilépticos. *fuente:* secundaria; *Procedimiento para recolección de la información:* estuvo sustentado en los datos que reflejan dichas historias clínicas; *análisis de la información:* se construyó una base de datos en EPI-Info 3.2.

Resultados: el grupo etáreo de los pacientes en estudio que tiene más enfermos es el de 21 a 25 años; la relación sexo es de 1:1, el desemplee es una característica predominante; los tipos de crisis convulsivas predominantes fueron las formas generalizadas; el 53.4% de los pacientes no se han realizado ningún método diagnóstico especial; el intervalo de tiempo en la recurrencia de las convulsiones es mayor de 1 vez por mes en el 80.6% de los pacientes; en el manejo farmacológico, el 79.94% de los pacientes son tratados con 1 fármaco (carbamazepina); y la valoración brindada por un médico especialista abarcó al 56.8% de los pacientes incluidos en el estudio.

Conclusión: En el manejo brindado a los pacientes con epilepsia, se aplican las normas del programa de atención de enfermedades crónicas no transmisibles MINSA 2002. A excepción, del incumplimiento en: el uso de métodos diagnóstico especiales y en la referencia al médico neurólogo en los pacientes incluidos en el estudio, hechos que comprometen la terapéutica plena de los usuarios que demandan este servicio.

Índice

I.) Introducción 1

II.) Antecedentes 3

III.) Planteamiento del problema 5

IV.) Justificación 6

V.) Objetivos 8

VI.) Marco de referencia 9

VII.) Diseño Metodológico 28

VIII.) Resultados 31

IX.) Discusión de los resultados 35

X.) Conclusiones 39

XI.) Recomendaciones 41

XII.) Referencias bibliográficas 43

Anexos

I.) Introducción

La Atención Primaria en salud, como su nombre lo implica, constituye el primer encuentro del gremio médico con la mayoría de las patologías existentes en nuestro medio y posteriormente se convierte en el último punto de contacto, debido que a numerosas enfermedades se les brinda seguimiento en este nivel de atención. La Epilepsia, no es una excepción y en nuestro país es parte del quehacer diario de los trabajadores de los centros y puestos de salud de la red del Ministerio de Salud.

La Epilepsia per se, constituye un desorden de muy delicado manejo y seguimiento, que requiere de médicos con entrenamiento experto que garanticen el tratamiento óptimo para su control. Está de más decir, que el requerido entrenamiento, fácilmente escapa de los conocimientos de la mayoría del personal de atención en medicina general.

Las políticas internacionales de salud, por razones más que obvias, exigen la protección máxima para las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años pero,... ¿Podría alguien decir a un padre de familia, que la vida de su hijo epiléptico de 8 años es menos valiosa que la de una mujer de 28 años con 37 semanas de embarazo? Nadie tendría el coraje. No obstante, en la práctica, nos comportamos de tal manera.

Las estadísticas mundiales hablan de una tasa de 7 x 1000 habitantes (OMS). En los Estados Unidos de América, la Epilepsia afecta al 0.5% de su población. En Nicaragua, en 1998 se brindaron aproximadamente 100,161 consultas por Epilepsia, representando la 4ta causa de motivo de consulta. Para la mortalidad se calculó 1.5 x 100,000 habitantes, con 75 fallecimientos en ese año [1].

Con el presente estudio se pretendió analizar el manejo de los pacientes con manifestaciones clínicas compatibles con epilepsia, en un pequeño municipio del norte de nuestra de Nicaragua; donde la vida no es diferente del resto del país. Las personas luchan para tener una vida con mayor dignidad y con un futuro más saludable para todos los miembros de su familia.

II.) Antecedentes

La crisis epiléptica, cuya etimología proviene del latín sacire, que significa "tomas, posesión de", representa una entidad conocida desde los inicios de la humanidad y que por las características clínicas propias de esta patología, ha sido desde siempre una verdadera fascinación para los estudiosos de la medicina antigua y moderna.

La atención de patologías como la Epilepsia se vuelve elevadamente complicada dada la complejidad de los desórdenes neurológicos. Los mejores especialistas del mundo reconocen que, a pesar de los avances tecnológicos, aún se desconoce la mayoría de la fisiología del Sistema Nervioso Central y Periférico.

Entre los estudios internacionales que se encontraron, a través de la base de datos de LILACS, con el sistema buscador Hinari de la OMS; se hallaron 1,693 estudios, desde 1985 hasta hace 1 año el más reciente, y que pertenecen además, a la mayoría de países de América Latina, lo que demuestra que la epilepsia es una enfermedad ampliamente diseminada, con la suficiente importancia como para despertar el espíritu investigativo en su respecto. Por otra parte, en la base de datos SIBUL, de la UNAN-LEON, se encontraron 11 trabajos investigativos con características metodológicas similares a las abordadas en este trabajo monográfico, desde el establecimiento de la ya mencionada Alma mater.

En Nicaragua, el MINSA contempla a la epilepsia dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles y se le asigna un grado de importancia no muy relevante. Las condiciones económicas, la poca accesibilidad a ciertos estudios que requiere su diagnóstico, el tabú que representan las convulsiones en nuestra cultura, la falta de información sobre la enfermedad dentro de la sociedad, etc., hacen que el abordaje sea aún más complicado para los pacientes y los médicos. Por lo tanto, los esfuerzos y actividades en el control global de la enfermedad terminan siendo muy pobres y rudimentarios.

En el municipio seleccionado para el presente estudio, no hay investigaciones anteriores sobre el tema, por lo tanto, éste constituye un estudio exploratorio. Se hizo un esfuerzo para esclarecer los puntos más importantes, a tomar en cuenta, para valorar el manejo de la enfermedad.

IV.) Planteamiento del Problema

Uno de los aspectos más relevantes para desarrollar el presente estudio es que a nivel del municipio seleccionado, no se conoce la situación actual del comportamiento de la enfermedad ni el manejo integral de cada paciente que presenta manifestaciones neurológicas compatibles con la epilepsia, analizando los siguientes aspectos:

¿Cuáles son las características socio-demográficas de la población en estudio?

¿Cómo se clasifican las manifestaciones clínicas según los tipos de crisis convulsivas del grupo observado?

¿Cuáles son los métodos diagnósticos especiales usados como apoyo diagnóstico en el grupo estudiado?

¿Cuál es la recurrencia de crisis convulsivas contratadas con la utilización de terapia farmacológica única o múltiple en relación al programa establecido?

¿Cuál es seguimiento de cada paciente brindado por el médico especialista desde el establecimiento del diagnóstico de epilepsia?

¿Cuál es el manejo de pacientes con manifestaciones neurológicas compatibles con Epilepsia del Centro de Salud Fátima Pavón del municipio de La Trinidad en el SILAIS-Estelí durante el período Abril-Septiembre del 2003?

III.) Justificación

La Globalización a nivel mundial ha significado una reestructuración tanto en el sector público como en el privado conllevando a un ajuste en las políticas y en las estrategias del sector salud. Nicaragua no está exenta de dicha situación ya que se enfrenta a una serie de restricciones que son lo suficientemente grandes como para augurar un mal pronóstico para cualquier enfermo de escasos recursos.

El SILAIS-Estelí, representa una institución que se rige por las políticas impuestas por los niveles superiores, por lo que la distribución de mayores recursos es destinada para los grupos priorizados por dichas políticas y se da menos importancia a los otros problemas de salud.

La atención de la población portadora de enfermedades crónicas no transmisibles, es llevada a cabo, en teoría, mediante "clubes", que representan agrupaciones de pacientes que comparten una patología en común (diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, epilepsia, asma, artritis, etc.). Son atendidos durante un periodo de tiempo definido al mes y se enfrentan a la característica crónica de su enfermedad apoyándose mutuamente, compartiendo experiencias y conocimientos sobre la evolución natural del problema, realizando actividades que les permitan mejorar su propia calidad de vida. Lo más interesante que ofrece esta estrategia: la habilidad del enfermo de tomar en sus propias manos el curso de su patología.

Los resultados de este estudio son útiles a los Directores de los Sistemas Locales de Salud (SILAIS) para conocer más la población sujeta de atención, debido a que se expresan las fortalezas y las limitaciones encontradas dentro del programa. Con las recomendaciones expresadas, se podrán buscar medios alternativos para mejorar el manejo integral de cada paciente con manifestaciones neurológicas compatibles con la epilepsia.

Con el presente estudio, se pretende analizar el manejo de dichos pacientes que asisten al Centro de Salud Fátima Pavón del municipio de La Trinidad del SILAIS-Estelí durante el período Abril-Septiembre del año 2003. Para ello se hace necesario identificar las características socio-demográficas de la población en estudio, clasificar las manifestaciones clínicas según los tipos de crisis convulsivas, mencionar el uso de métodos

diagnósticos especiales como apoyo diagnóstico, contrastar la recurrencia de las crisis convulsivas y el uso terapia farmacológica única o múltiple en relación al programa establecido por el MINSA y determinar el seguimiento de cada paciente por un médico especialista desde el establecimiento del diagnóstico de epilepsia. Utilizando esta información, se marcará un punto de partida que ayude a mejorar la atención integral de estos pacientes que tienen serias limitaciones tanto en el ámbito sico-social como laboral.

V.) Objetivos

Objetivo general:

Analizar el manejo de pacientes con manifestaciones neurológicas compatibles con Epilepsia. Centro de Salud Fátima Pavón. Municipio de La Trinidad. SILAIS Estelí. Periodo Abril- Septiembre del 2003.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características socio-demográficas de la población en estudio.

2. Clasificar las manifestaciones clínicas según los tipos de crisis convulsivas en el grupo observado.

3. Identificar los métodos diagnósticos especiales usados como apoyo del diagnóstico en el grupo en observación.

4. Contrastar la recurrencia de crisis convulsivas con la utilización de terapia farmacológica única o múltiple en relación al programa establecido.

5. Determinar la valoración del paciente por el médico especialista desde establecimiento del diagnóstico de Epilepsia, según las normas del MINSA.

VI.) Marco de Referencia

EPILEPSIA

DEFINICION

Las Normas del Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles define la epilepsia como: Enfermedad crónica del sistema nervioso central, caracterizada por una descarga neuronal excesiva, recurrente, paroxística que va a tener una serie de manifestaciones clínicas y paraclínicas [1]. La Liga Internacional Contra la Epilepsia defina la Epilepsia como: Síndrome cerebral crónico caracterizado por crisis recurrentes de manifestación clínica variable y etiologías diversas, que puede correlacionarse con hallazgos paraclínicos positivos [3].

El significado del término crisis epiléptica debe diferenciarse claramente del de Epilepsia. Epilepsia describe un trastorno en el que una persona tiene crisis epilépticas recurrentes, debido a un proceso crónico subyacente. Esta definición implica que una persona que ha sufrido una sola crisis epiléptica o crisis epilépticas secundarias a factores corregibles o evitables, no tienen necesariamente epilepsia. El término epilepsia, hace referencia a un fenómeno clínico más que a una sola enfermedad, puesto que existen muchas formas y causas de epilepsia [4].

INCIDENCIA y PREVALENCIA

El riesgo de desarrollar la epilepsia es del 1% desde el nacimiento hasta los 20 años; y de 3% a la edad de 75 años [6]. La mayoría de las personas padecen de un solo tipo de convulsiones y aproximadamente el 30% tienen dos ó más tipos. El 50% de los casos de epilepsia son de etiología desconocida [6].

Según las manifestaciones clínicas de cada convulsión, las crisis parciales corresponden aproximadamente al 57% de todas las convulsiones, las crisis generalizadas corresponden aproximadamente al 40%, y las crisis convulsivas que caen dentro de los tipos de epilepsia no clasificadas, corresponden al 3% de todos los casos [2].

La prevalencia de la epilepsia es mayor en mujeres que en hombres, (13.8 frente a 10.1 por 1000 habitantes). Se observa una prevalencia mayor en el grupo etáreo de los 20 a 29 años [8].

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico debe ir orientado a establecer si la etiología es de Epilepsia secundaria o sistémica o Epilepsia primaria o idiopática [1]. Las convulsiones focales o síntomas focales postictales sugieren una lesión estructural focalizada en el cerebro; las convulsiones generalizadas es más probable que tengan una causa metabólica [6].

La historia clínica, junto con el examen físico sigue siendo la base fundamental del diagnóstico [1]. Es fundamental tomar el tiempo necesario para elaborar una historia clínica profunda ya que en muchos casos el diagnóstico de una crisis epiléptica se basa únicamente en los datos clínicos, dado que la exploración y las pruebas de laboratorio son con frecuencia normales [4].

Historia clínica

Además del contenido general de toda historia clínica, se debe hacer énfasis en:

- Motivo de consulta
- Síntomas iniciales (auras)
- Pormenorizar la descripción de la crisis por parte de testigos, familiares, maestros, compañeros de trabajo, etc. Duración de la crisis
- Fenómenos pre, peri y post-ictales
- Investiga fenómenos precipitantes (Hipertermias, emoción, estímulos luminosos, fármacos que disminuyen el umbral epileptógeno, privación del sueño, enfermedades sistémicas, trastornos electrolíticos o metabólicos, consumo de alcohol, etc.)
- Antecedentes personales patológicos y no patológicos

- Antecedentes familiares
- Actividad laboral, social y educativa
- Investiga actitudes familiares hacia el padecimiento
- Investiga en el entorno [1, 4, 6].

Examen físico

- La exploración general del paciente, debe estar dirigida a buscar signos que orienten hacia el diagnóstico, etiología o patología que pueden coexistir en epilepsia
- El examen físico exhaustivo con énfasis en exploración neurológica y posibles desordenes metabólicos sistémicos.
- Debe buscarse la presencia de traumatismos craneales, consumo de alcohol o de drogas [1].

Estudios auxiliares por niveles de atención

- Primer nivel de atención: Biometría Hemática Completa, Examen General de Heces, Química Sanguínea.
- Segundo nivel de atención: Electroencefalograma, exámenes de laboratorio con exámenes de gabinete a criterio del especialista (glicemia, sodio, magnesio, calcio, pruebas de función hepática y renal, serología para Sífilis), Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Potenciales Avocados, Tomografía por Emisión de Positrones, Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único [1,2,3,4,5,6].

Métodos de diagnóstico especiales

Los exámenes paraclínicos más utilizados en epilepsia son:

Electroencefalograma (EEG): registro de la actividad eléctrica cortical recogida mediante electrodos colocados sobre el cuero cabelludo. La organización y estructuración de base debe estar en relación con la edad, la simetría y el sincronismo en los diferentes estados: vigilia, somnolencia, despertar y sueño en sus diferentes estadios. Los

ritmos se califican en su banda rápida o lenta, los primeros corresponden a vigilia y los segundos theta y delta en los estadios de somnolencia, los cuales requieren diagnóstico diferencial en el caso de encefalopatía. El cambio súbito en la modulación de fondo, en su frecuencia y amplitud se denominan "paroxismos", los cuales se dividen en fisiológicos y patológicos. Los fisiológicos son: husos de sueño, ondas de vertex, ondas K y actividad hipnagógica. Los patológicos en punta, punta-onda, polipunta u onda. El análisis detenido de la modulación de fondo brinda información adicional sobre maduración y organización cortical y hallazgos inespecíficos relacionados con condiciones estructurales o disfuncionales. Permite localizar estos hallazgos y clasificarlos en focales o generalizados. Actualmente existen técnicas de procesamiento computadorizado del EEG que permiten elaborar mapas de la actividad cortical según los rangos de frecuencia y amplitud de las ondas, objetivizando el trazado y permitiendo localizaciones más precisas de las actividades fisiológicas o patológicas registradas [3].

Imagenología: los diferentes exámenes que permiten estudiar la morfología cerebral son útiles para establecer diagnóstico topográfico y ocasionalmente etiológico, principalmente la resonancia nuclear magnética y con muy limitada utilidad la tomografía axial computadorizada. En la actualidad las pruebas de imagenología funcional se convierten en una valiosa herramienta de diagnóstico que permiten una aproximación más puntual desde la perspectiva fisiopatológica, incluyen la Tomografía por Emisión de Positrones, Tomografía por Emisión de Protón único, la resonancia magnética funcional. Otros exámenes de laboratorio tendientes a determinar la presencia de condiciones sistémicas están indicados cuando se sospecha un desorden epiléptico. Dentro del seguimiento se requiere la realización de análisis de niveles séricos de medicamentos y exámenes de rutina para determinar la presencia de efectos colaterales del tratamiento [3].

<u>Causas más frecuentes de crisis convulsivas por grupos de edad</u>

EDAD	CAUSAS
0-6 meses	Trauma del parto, anoxias, hemorragias cerebrales Anomalías cerebrales Trastornos metabólicos (hipoglucemia, hipocalcemia)

	Infección cerebral
6 meses a 3 años continuación...	Trauma del parto, infección cerebral, trauma craneal, reacciones tóxicas y metabólicas, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central (SNC)
3 a 14 años	Trauma del parto, trauma craneal, infección cerebral, enfermedades degenerativas del SNC
Edad adulta	Trauma craneal, neoplasias cerebrales, infección cerebral, enfermedad degenerativa del SNC, trauma del parto
Senectud	Enfermedades cerebro-vasculares, trauma craneal, neoplasia cerebral, enfermedades degenerativas del SNC

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

El diagnóstico diferencial se debe establecer con otras patologías sintomáticas, ya sea de origen cerebral (tumores, malformaciones, parasitosis, etc.) y extra cerebrales (enfermedades metabólicas, nefropatías, hipertensión arterial, etc.) [1].

Diagnóstico diferencial de las convulsiones parciales:

- Ataques isquémicos transitorios: Estos se diferencian de las convulsiones por su larga duración, falta de diseminación y la sintomatología. Hay pérdida de la función motora o sensitiva.
- Ataques de furia: Estos son usualmente dependientes de ciertas situaciones y llevan en sí, un comportamiento agresivo dirigido a un objetivo específico.
- Ataques de pánico: Estos pueden ser difíciles de diferenciar de convulsiones parciales simples o complejas a menos que exista evidencia de un desorden sico-patológico entre ataques y los ataques tienen una clara relación directa con circunstancias externas [5].

Diagnóstico diferencial de las convulsiones generalizadas:

- Síncope: Los episodios sincopales usualmente ocurren en relación a cambios posturales, instrumentación o dolor. Es típicamente precedido por palidez, sudoración, náuseas, malestar general y pérdida de la conciencia acompañada de flacidez; la recuperación ocurre rápidamente con el decúbito y no existe cefalea postictal o confusión. La creatinin-quinasa medida 3 horas después del evento es generalmente normal en los síncopes pero marcadamente elevada después de las convulsiones tónico-clónicas.
- Disrrítmias cardíacas: La hipoperfusión cerebral debida a anormalidades del ritmo cardíaco debe ser sospechada en los pacientes con enfermedad cardiaca o vascular conocida o en ancianos que se presentan con episodios recurrentes de pérdida de la conciencia. Los síntomas prodrómicos están típicamente ausentes.
- Isquemia del tallo cerebral: la pérdida de la conciencia está precedida o acompañada de otros signos de isquemia del tallo.
- Seudoconvulsiones: este término es usado para denotar reacciones de conversión histérica que simulan estados convulsivos. No existe una fase tónica, al contrario, aparecen movimientos desorganizados de los miembros que aumentan si se trata de sujetar de algún modo al paciente [5].

CLASIFICACION

I. Crisis parciales:

A. Parciales simples: sin compromiso de la conciencia (características).

a. Con signos motores

b. Con marcha Jacksoniana

c. Con compromiso adversito

d. Con signos autonómicos

e. Con signos somato-sensoriales

f. Con síntomas visuales

g. Con síntomas olfatorios

h. Con síntomas síquicos [1].

II. Parciales complejas: con compromiso de la conciencia.

a. Con automatismo

b. Con compromiso de conciencia solamente

c. De inicio parcial, secundariamente generalizada [1]

III. Crisis generalizadas:

a. Crisis tónico-clónicas generalizadas

b. Crisis tónicas

c. Crisis atónicas

d. Crisis clónicas

e. Crisis de ausencias típicas

f. Crisis de ausencias atípicas

g. Crisis mioclónicas

h. Espasmos infantiles (Síndrome de West) [1]

IV. Convulsiones epilépticas no clasificadas.

I. <u>Crisis Parciales</u>

Las crisis parciales simples son el resultado de una descarga focalizada, que puede ser seguida de signos deficitarios post-críticos de evolución regresiva. Pueden comprometer zonas cerebrales implicadas en la

motricidad, la sensibilidad, la percepción y el lenguaje. Ejemplos de estas son las crisis de Bravais Jackson, que se originan en la circunvolución frontal ascendente del lado opuesto, se caracteriza por manifestaciones tónico-clónicas del hemicuerpo, con inicio en la parte distal de una de las extremidades [1].

II. Crisis parcial compleja

Si la descarga neuronal interesa a las áreas cerebrales asociativas, implican problemas de la conciencia acompañada eventualmente de manifestaciones intelectuales, afectivas, sicosensoriales o sicomotrices. Estas crisis antiguamente denominadas crisis temporales, un concepto antiguo, ya que todos los lóbulos pueden ser implicados [1].

Ejemplo de estas son los automatismos sicomotores que se pueden dar en la esfera oral (movimiento de masticación, chasquido de la lengua, chupetec de los labios). En la esfera gestual (desabotonarse la camisa), ambulatorio (desplazarse de un lugar a otro sin razón aparente), además manifestaciones síquicas que pueden ser auditivas, olfativas, viscerales o somatosensoriales (alucinaciones) [1].

III. Crisis generalizadas

a. Ausencias

Las ausencias son parte también del grupo de las epilepsias generalizadas y se caracteriza por periodo de inconciencia con detención de toda actividad sin caída, sin periodo pre-ictal ni post-ictal. Duran de 1 a 5 segundos, después de la crisis el paciente reanuda su actividad que había interrumpido. Pueden alcanzar varias decenas al día y ser cotidianas. Puede ser desencadenada por la hiperventilación [1].

b. Crisis Mioclónicas

Las crisis mioclónicas implican necesariamente la pérdida brusca del tono postural; Dentro de estas mencionaremos los espasmos infantiles (síndrome de West, Síndrome de Lennox Gastaut), espasmos de Salaam, crisis aquinéticas, crisis mioclónicas (propulsivas o retropulsivas) [1].

c. Crisis Clónicas

En que la fase predominante es la clónica [1].

d. Crisis Tónicas

En que la fase predominante es la tónica [1].

e. Crisis Tónica-clónica

Son las más conocidas. De instalación súbita, que entraña una pérdida inmediata del conocimiento con gran riesgo de caída y lesión. Las crisis tónico-clónicas generalizadas comprenden tres periodos:

1er. Periodo: Pre-ictal o auras (auras visceral como dolor abdominal) o auras uncinadas con alucinación como cacosmias, parosmias y motoras, etc.

2do. Periodo: Ictal, que comprende las siguientes fases:

1. Fase tónica: que se traduce por contracturas de todos los músculos, miembros superiores en semiflexión, miembros inferiores en extensión; la contracción de los músculos toráxicos explica la emisión de un grito, esta se acompaña de apnea, cianosis y midriasis bilateral, dura de 1 a 10 minutos.
2. Fase clónica: sigue a la precedente y se caracteriza por sacudidas musculares generalizadas breves, violentas, mordeduras de la lengua y emisión de saliva sangrante. Esta fase dura de 30 segundos a 2 minutos.

3. Fase estertorosa: se caracteriza por respiración amplia y estertorosa y emisión de orina, dura algunos minutos y precede al retorno de la conciencia normal. Después el sujeto no recuerda nada.

3er. Periodo: Post-ictal o fase de recuperación: El sujeto se recupera, queda somnoliento, se queja de cefalea, etc. [1].

f. Crisis atónica:

En esta crisis la fase predominante es atónica con pérdida del tono postural [1].

IV. Crisis no clasificadas

Si la concepción de la epilepsia primaria es valedera para la mayor parte de los casos, existe un número no despreciable de epilepsias que no pueden ser clasificadas en ningunas de las categorías precedentes, siendo necesarios agruparlas dentro de las que se llaman epilepsias inclasificados [3].

EMBARAZO Y EPILEPSIA

A las pacientes epilépticas activas en estado de embarazo, deberá explicárseles que aunque existe un riesgo mayor de malformaciones congénitas en el niño, si toma medicamento anticonvulsivante, los riesgos de tener más convulsiones y poner en peligro su vida y la de su hijo son mayores si se suspende el tratamiento, corriendo el riesgo de presentar más convulsiones durante el embarazo que va a producir mayor posibilidad de daño al producto. De a cuerdo a la Academia Americana de Pediatría, ninguna mujer embarazada recibirá anticonvulsivante innecesariamente [1].

En caso de dar tratamiento anticonvulsivante, debemos sujetarnos a los siguientes puntos:

a. No hay tratamiento de elección

b. Los riesgos son mayores con el uso de Carbamazepina y Ácido Valproico

c. La Difenilhidantoína y el Fenobarbital se pueden usar a juicio del médico tratante

d. Es conveniente monitorizar los niveles séricos de anticonvulsivantes para utilizar la menor dosis posible

e. Se recomienda que el parto debe ser institucional [1].

COMPLICACIONES Y SECUELAS DE LA EPILEPSIA

Se puede confirmar que cuando las crisis convulsivas son tratadas adecuadamente, no llevan a ninguna complicación, ya sea de un deterioro físico o social. Las complicaciones más comunes son las siguientes:

a. Status Epilépticus; este puede ser estatus epilépticus por crisis generalizadas tónico-clónicas, estatus epiléticus por crisis parciales, estatus de ausencia. El estatus epilépticus no es el más común, pero es el más grave [1].

b. Paro respiratorio [1].

c. Psicosis consecutiva a la epilepsia [1].

d. Deterioro epiléptico [1].

e. Trastornos sicológicos coexistentes con epilepsia

   1. Crisis de ansiedad
   2. Irritabilidad
   3. Aislamiento social
   4. Inseguridad
   5. Crisis depresiva [1].

f. Complicaciones Iatrogénicas

   1. Medicamentosas
   2. Sociales [1].

Status Epilepticus

Se define como más de 30 minutos de: (1) actividad convulsiva continua ó (2) convulsiones múltiples sin recuperación completa de la conciencia entre convulsiones [2].

TRATAMIENTO

En la mayoría de los pacientes, los fármacos antiepilépticos constituyen la base del tratamiento [4].

Una vez establecido el diagnóstico preciso de epilepsia, podemos iniciar el tratamiento más adecuado y de acuerdo a la crisis presente. Es opinión común que una estrategia de tratamiento a largo plazo debe ser instituida cuando el sujeto halla presentado al menos 2 crisis con intervalos superiores a las 24 horas, en las que se descartan otras etiologías. El tratamiento farmacológico debe ser instaurado junto a una serie de medidas adicionales generales, ejemplo: hábitos alimenticios, recreación, deportes, trabajo, etc. [1]. La meta del tratamiento es controlar la Epilepsia (término inespecífico que se toma usualmente como la reducción en la frecuencia y severidad de las convulsiones hasta el punto en que el paciente pueda vivir una vida normal sin limitaciones relacionadas con la enfermedad), con mínima o sin toxicidad por el fármaco. Aproximadamente el 75 x 100 de los pacientes logran un control satisfactorio de las convulsiones con el tratamiento médico [2].

Los pacientes con epilepsia rebelde o que utilizan fármaco terapia múltiple, deben permanecer bajo el cuidado periódico de un neurólogo [4].

Selección del fármaco apropiado

La mayoría de estos medicamentos tiene una eficacia terapéutica similar ante los diferentes tipos de convulsiones. Sin embargo, hay que prescribir los que tengan una eficacia comprobada ante determinado tipo de crisis convulsiva [1].

La selección del fármaco más adecuado está subordinada al diagnóstico clínico, a la eficacia del mismo y a los efectos colaterales. La toxicidad del principio activo debe ser otro criterio de selección, además del costo [1]. Además, se suelen preferir los fármacos de fácil dosificación, es decir se prefiere 1 toma al día que 3-4 veces al día [4].

Generalmente, los intervalos de dosis deben ser menores que la vida media del fármaco usado. Sin dosis de impregnación, toma aproximadamente el tiempo de 5 vidas medias para alcanzar niveles hemáticos estables [2].

<u>Terapia farmacológica única vs. Terapia farmacológica múltiple</u>

1. Se aumentará el medicamento administrado hasta que las convulsiones sean controladas o hasta que los efectos adversos sean intolerables. No es adecuado basarse en los niveles hemáticos terapéuticos del fármaco que constituyen el rango en que la mayoría de pacientes tienen controlada sus convulsiones sin efectos adversos [2].
2. Tratar fármaco terapia única diferentes fármacos antes de utilizar 2 fármacos juntos [2].
3. Al evaluar inicialmente a un paciente con múltiples fármacos, es conveniente retirar primero el más sedante (usualmente barbitúricos y clonazepam) [2].

El 80% de pacientes epilépticos pueden ser controlados con fármaco terapia única, sin embargo, el fracaso de la monoterapia indica un 80% de probabilidad de que las convulsiones no serán controladas farmacológicamente. Sólo, aproximadamente, un 10% se beneficia significativamente de la adición de un segundo fármaco [2].

<u>Tratamiento de la Epilepsia</u>

Desordenes convulsivos	Fármacos	Dosis diaria usual		
		Adultos (mg)	Niños (mg/kg)	Concentraciones séricas usuales
Tónico-clónico generalizada (Gran mal)				
1ra opción	Valproato o	1000-3000	15-60	50-120 ng/ml
		800-1600		
Alternativas	Carbamazepina o		10-30	6-12 ng/ml
	Fenitoína	300-400		
	Fenobarbital	90-150	4-8	10-20 ng/ml
			2-5	15-35 ng/ml
Parciales, incluyendo secundariamente generalizadas				
1ra opción	Carbamazepina	800-1600	10-30	6-12 ng/ml
	Fenitoína	300-400	4-8	10-20 ng/ml
	Valproato	1000-3000	15-60	50-120 ng/ml
		750-1250		
Alternativas	Primidona	90-150	10-25	5-12 ng/ml
	Fenobarbital		2-5	15-35 ng/ml
Ausencia (pequeño mal)				
1ra opción	Etosuximida o	750-1250	20-40	40-100 ng/ml
	Valproato	1000-3000	15-60	50-120 ng/ml
		1.5-20		
Alternativas	Clonazepam		0.05-0.2	20-80 ng/ml
Ausencia atípica, mioclónica, atónica				
1ra opción	Valproato	1000-3000	15-60	50-120 ng/ml
		1.5-20		
Alternativa	Clonazepam		0.05-0.2	20-80 ng/ml

(7)

<u>Lista básica de medicamentos en Nicaragua para la Epilepsia</u>

CODIGO	DESCRIPCION	PRESENTACION
01080130	Fenitoína	Cápsulas 100 mg
01080140	Fenitoína	Suspensión 125 mg/5 cc
01080170	Carbamazepina	Tabletas 200 mg
01080180	Clonazepam	Tabletas 2 mg

01080196	Ácido valproico	Tabletas 300 mg
01080100	Ácido valproico	Solución 200 mg/cc
01080220	Diazepam	Ampollas 10 mg/2 cc
01080230	Fenitoína	250 mg/5 cc/FAM
	Fenobarbital	Tabletas 100 mg

(1)

Criterios para la suspensión y duración de la terapia anticonvulsiva

La duración del tratamiento es variable, se considera que un paciente al cumplir 2 a 3 años sin presentar crisis, que lleva una vida social, afectiva y control apropiado, se puede suspender la droga gradualmente, cada 8 a 12 semanas hasta suspenderlo totalmente de mutuo acuerdo con el paciente y advirtiéndole que existe un riesgo de recaída de aproximadamente un 30 x 100. Las recaídas son en el primer año del inicio de la suspensión [1].

Para suspender la terapia anticonvulsivante es de ayuda el EEG, si no se ha logrado la normalización, al menos de no existen descargas paroxísticas [1].

También hay casos en que el tratamiento es por más tiempo y en otros indefinidos, ya que son refractarios a cualquier fármaco anticonvulsivante. Ningún paciente tendrá tratamiento por el solo hecho de tener un EEG alterado. El mayor riesgo de recidiva se observa en crisis parciales o secundariamente generalizadas o asociados a enfermedades neurológicas [1].

Efectos colateral – fármacos

Sobre el SNC son los efectos de mayor toxicidad farmacológica, siendo las más frecuentes la sedación y la somnolencia, comunes a todos los fármacos antiepilépticos, en los niños puede observarse una marcada excitabilidad, particularmente con el Fenobarbital [1].

Con el uso de Fenitoína se ha observado hipertrofia gingival e hipertricosis, disturbios gastrointestinales ocasionales, manifestaciones de toxicidad hepática como efectos de idiosincrasia y anemia pro deficiencia de folatos. Manifestaciones de raquitismo y osteomalacia se han presentado sólo en casos de dietas inadecuadas, escasa actividad física e insuficiente exposición a rayos solares [1].

La teratogenicidad en un hecho posible, pero raro. Con respecto al Fenobarbital y la fenitoína, es posible la aparición de complicaciones hemorrágicas durante el embarazo por la interferencia en el metabolismo de la vitamina K, por lo que se recomienda tratamiento profiláctico con la Vitamina K, a dosis de 1 mg IM en el neonato [1].

Seguimiento epidemiológico

Analizar el comportamiento de las crisis convulsivas, los casos más frecuentes, las religiones y sectores poblacionales más afectados, así como la situación social, laboral y condición educativas de los portadores de las crisis convulsivas [1].

Esquema de referencia y contrarreferencia

Se debe mantener un sistema de referencia y contrarreferencia a todos los niveles de atención, sea del primer nivel al segundo nivel para su mejor evolución y del nivel especializado al primer nivel de atención para su seguimiento terapéutico [1].

Los tipos de Epilepsia que por su complejidad diagnóstica y que terapéuticamente no puedan ser manejados por el equipo de atención primaria deberán ser referidos al neurólogo, para establecer el diagnóstico preciso y el seguimiento adecuado. Lo mismo cuando se sospecha la existencia de un proceso ocupativo (tumor, malformaciones vasculares, etc.) deben ser referidos al neurólogo [1].

Así mismo se deberá proceder cuando el inicio de la Epilepsia ocurre en un paciente mayor de 25 años de edad, sobretodo si las crisis son parciales [1].

Unidad de gestión

Para un manejo de casos continuados serán los puestos y centros de salud que le corresponda según el sector poblacional que ocupe el paciente. Si hay complicaciones o necesidad de un estudio complejo o manejo especializado será referido a un hospital o policlínica, para completar dichos estudios [1].

VII.) Diseño Metodológico:

a- Tipo de estudio:

Descriptivo, de corte transversal.

b- Universo de estudio:

Pacientes con diagnóstico de Epilepsia.

c- Muestra:

La muestra estuvo constituida por 88 pacientes que asistieron regularmente a consulta en el Centro de salud del municipio de La Trinidad del SILAIS-Estelí durante el período Abril-Septiembre del año 2003.

d- Unidad de análisis:

Estuvo constituida por los pacientes que acudieron al centro de salud de forma regular con manifestaciones neurológicas compatibles con la epilepsia.

e- Criterios de inclusión:

- Pacientes que residan en el municipio de La Trinidad Estelí.
- Pacientes que asisten regularmente a consulta al centro de salud Fátima Pavón.
- Pacientes que tengan la Historia Clínica de Epilepsia completa para fines del presente estudio.
- Pacientes que asistan regularmente a las actividades del Club de Epilépticos del municipio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes residentes de otros municipios del SILAIS-Estelí.
- Pacientes que no acuden regularmente a consulta
- Pacientes que tengan la historia clínica incompleta

- Pacientes no inscritos en el club de epilépticos del centro de salud Fátima Pavón.

f- Variables de estudio: Las variables de estudio estuvieron en dependencia de los objetivos específicos planteados:

- Para el objetivo específico #1:
  - Edad
  - Sexo
  - Procedencia
  - Escolaridad
  - Ocupación
  - Religión
- Para el objetivo específico #2:
  - Presencia de Crisis parciales simples
  - Presencia de Crisis parciales complejas
  - Presencia de Crisis generalizadas de ausencia
  - Presencia de Crisis generalizadas gran mal
- Para el objetivo específico #3
  - Toma de Electroencefalograma
  - Toma de Tomografía Axial Computarizada
  - Ninguno de los métodos
- Para el objetivo específico #4:
  - Recurrencia de crisis convulsivas.
  - Uso de fármaco terapia única.
  - Uso de fármaco terapia múltiple.
- Para el objetivo específico #5:
  - Valoración por médico especialista
  - Adecuación del tratamiento farmacológico

f- Fuente de información:

La fuente de información fue secundaria, ya que se revisaron todos los expedientes de los pacientes que asistieron regularmente al Centro de Salud seleccionado.

g- Procedimiento para recolección de información:

Los datos se recolectaron a partir de la historia clínica de los pacientes diagnosticados con Epilepsia, que asisten regularmente a consulta al Centro de Salud Fátima Pavón del municipio de La Trinidad, SILAIS-Estelí.

h- Análisis de la información:

Para el análisis de la información se construyó una base de datos con el programa EPI-Info Versión 3.2. Se presentan los resultados en gráficos y tablas en el programa PowerPoint XP y Excel XP. El informe final se presenta en el procesador de textos Word XP.

VIII.) Resultados:

Con el presente estudio, se analizó el manejo de pacientes con manifestaciones neurológicas compatibles con la epilepsia que asistieron regularmente a consulta al Centro de Salud Fátima Pavón del municipio de La Trinidad, SILAIS Estelí, durante los meses de Abril a Septiembre del año 2003.

Los principales hallazgos encontrados reflejan los siguientes aspectos de importancia para fines del estudio, tales como:

La población en estudio se caracterizó en grupos etáreos con rango de 5 y en la distribución se aprecia que el grupo de 21 a 25 años, es el que más pacientes contiene, 13 pacientes (14.8%), seguidos de los grupos de 11 a 15 y 26 a 30, con 12 pacientes cada uno (13.63%, respectivamente), y 31 a 35 con 9 pacientes (10.22%). (Ver en Anexos, Tabla No 1).

En relación al sexo del grupo en estudio, las mujeres corresponde al 50%, con un total de 44 y el resto corresponde al sexo masculino. (Ver en Anexos, Gráfico No 1).

En lo que respecta al grado académico alcanzado por las personas estudiadas se encontró que 31 pacientes (35.2%) son analfabetas; 31 (35.2%) leen y escriben, 20 (22.8%) tienen la primaria aprobada, 5 (5.7%) son bachilleres y 1 (1.1%) es universitario.). (Ver en Anexos, Gráfico No 2).

La ocupación refleja la siguiente distribución porcentual: 14 (14.9%) estudian, 31 (32.5%) tienen un trabajo estable y 43 (48.9%) no trabajan. (Ver en Anexos, Gráfico No 3).

A su vez, los que tienen un trabajo estable se agrupan a como se describe a continuación: 21 (67.7%) son agricultores, 5 (16.2%) comerciantes, 3 (9.7%) albañiles y 2 (6.4%) domésticas. (Ver en Anexos, Gráfico No 4).

Según la procedencia, se encontró que 63 (71.6%) pertenecen al área rural y 25 (28.4%) al área urbana. (Ver en Anexos, Gráfico No 5).

La religión profesada durante el período de estudio es: 66 católicos (75%); 15 evangélicos (17%); 3 bautistas (3.4%); 2 adventistas (2.3%) y 2 (2.3%) que no pertenecían a ninguna religión. (Ver en Anexos, Gráfico No 6).

La clasificación de las crisis convulsivas, individualizada y obtenida a partir de las manifestaciones clínicas expresadas por el grupo en estudio, se distribuyó: Convulsiones parciales simples, 7 pacientes (7.95%); Convulsiones parciales complejas, 7 pacientes (7.95%); Crisis generalizadas de ausencia, 10 pacientes (11.36%); y Crisis generalizadas tipo gran mal, 73 pacientes (82.95%). (Ver en Anexos, Gráfico No 7).

El uso de métodos diagnósticos especiales como apoyo del diagnóstico de la epilepsia, muestra que: Los usuarios que cuentan únicamente con Electroencefalograma (EEG) son 31 (35.2%); los que cuentan solamente con Tomografía Axial Computarizada (TAC), 10 (11.4%); y los que no cuentan con ningún método diagnóstico especial son 47 (53.4%). Un dato curioso, es el hecho de que únicamente 2 pacientes (2.27%) tienen ambos métodos diagnósticos especiales como apoyo diagnóstico. (Ver en Anexos, Gráfico No 8).

La recurrencia de crisis convulsivas reflejó lo que muestran los datos siguientes, en orden cronológico:

- 2 pacientes (2.3%), tienen 1 ó más convulsiones al día;
- 2 pacientes (2.3%), tienen 2 crisis durante la semana;
- 8 pacientes (9.1%), tienen 1 crisis a la semana;
- 5 pacientes (5.7%), tienen 2 crisis en el mes;
- 17 pacientes (19.2%), tienen 1 crisis por mes;
- 54 pacientes (61.4%), tienen crisis convulsivas con intervalos de tiempo mayores de 1 crisis por mes. (Ver en Anexos, Gráfico No 9).

El tratamiento farmacológico que reciben los pacientes estudiados, según el número de fármacos que reciben, tiene la distribución que se presenta a continuación: 70 pacientes (79.54%), utilizan 1 medicamento como terapia anticonvulsivante; y 18 (20.45%), utilizan 2 ó más en su terapéutica. (Ver en Anexos, Gráfico No 10).

La distribución porcentual individual de los fármacos utilizados en el tratamiento farmacológico muestra que la carbamazepina es el fármaco más usado, con un 80.68% (71 pacientes), en segundo lugar está la fenitoína con 31.81% (28 pacientes), le sigue el fenobarbital con 5.68% (5 pacientes), el clonazepam con 2.27% (2 pacientes) y el menos utilizado, el ácido valproico 1.13% (1 paciente). (Ver en anexos, Gráfico No 11).

En el grupo en estudio, 50 pacientes (56.8%), han sido valorados por un médico especialista; y 38 (43.2%), no tienen valoración especializada. (Ver en Anexos, Gráfico No 12).

A su vez, 18 pacientes (36%), fueron valorados por un internista; 15 (30%) por un pediatra, 9 (18%) por un neurólogo; y 8 (16%) por un neurocirujano. (Ver en Anexos, Gráfico No 13).

El seguimiento brindado por los especialistas que realizaron alguna valoración, consistió sin excepción, en el ajuste del tratamiento farmacológico según fracción de dosis e intervalos empleados y el cuido personal que amerita el paciente, por ejemplo: sonidos fuertes y súbitos a una luz destellante, trastornos emocionales como factores desencadenantes. (Ver en Anexos, Gráfico No 14).

IX.) Discusión de los resultados

El grupo etáreo que más pacientes tiene es el de 21 a 25 años, con 13 (14.8%) y se observa que los otros grupos con valores aproximados, son circundantes a esas edades: 26 a 30 años, con 12 pacientes (13.63%) y 31 a 35 años, con 9 pacientes (10.22%), que representan adultos jóvenes o adultos como tal; a excepción del grupo de 11 a 15 que también tiene 12 pacientes y que son adolescentes. Lo anterior, es coincidente con la bibliografía consultada y lo que expresan las Normas del Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles MINSA 2002, sobre las edades más observadas en los pacientes epilépticos de otras regiones del mundo. Se debe hacer mención que para el grupo de adolescentes, que comparativamente tiene también un número elevado de pacientes; la explicación de la causalidad de este comportamiento escapa al tipo de diseño metodológico planteado para este estudio.

En relación al sexo del grupo estudiado, se encontró que la distribución porcentual de hombres y mujeres es igual, con 50% en ambos grupos. Lawrence Tierney Jr. en el Current Medical Diagnosis And Treatment 2002, menciona que durante el periodo menstrual pueden aparecer con mayor frecuencia las crisis convulsivas; y Pradilla A., Gustavo y Col., en su Estudio neuroepidemiológico nacional (EPINEURO) colombiano describe que la tasa de incidencia es mayor en mujeres que en hombres, respectivamente.

En la escolaridad dentro de la población en estudio, se aprecia que el 64.7% de los pacientes tienen la habilidad de leer y escribir, y la primaria aprobada; un 35.2% es analfabeta, hecho que es común en las zonas rurales de nuestro país, debido a la cultura inclinada hacia el trabajo precoz en los niños de familias de escasos recursos. Es notorio destacar que ninguna literatura consultada hace referencia sobre la relación entre la escolaridad y la aparición de crisis convulsivas.

En el grupo estudiado, el desempleo fue predominante dado que el 48.9% de la población no tiene un trabajo que produzca ingresos al núcleo familiar, además, este grupo podría aumentar, si adicionamos los estudiantes (14.9%), que tampoco producen ingresos. Significando gran dificultad para la obtención de medicamentos que son prescritos en la unidad de salud cuando esta no dispone regularmente de aquellos medicamentos

anticonvulsivantes necesarios para esta patología, es necesario esclarecer que según la bibliografía consultada no se encontró ninguna relación entre el tipo de ocupación del enfermo y la enfermedad.

La clasificación de los pacientes según los tipos de crisis convulsivas individualizadas por tipo de convulsión, extraída de la población estudiada tiene un patrón de comportamiento muy particular; las convulsiones parciales (simples y complejas) representan un 15.9% y las formas generalizadas de las convulsiones, aparecen dentro del grupo en un 94.31%, siempre haciendo la salvedad de que algunos pacientes presentan más de 1 tipo de episodios convulsivos. Lo hallado contrasta con lo citado en la literatura mundial, que refiere a las crisis parciales como las más frecuentes en un aproximado al 57% y a las generalizadas con un 40%. Según Mark Greenberg en su Handbook of Neurosurgery, 2001. Es fácilmente apreciable que la discrepancia entre los datos obtenidos del estudio y los reportados en la bibliografía, es muy relevante, pero la explicación a este hecho excede los objetivos de este estudio, ya que el tipo de investigación solamente permitió la descripción de los hechos y no el análisis causal de los tipos de crisis convulsivas.

El uso de métodos de diagnóstico especiales, refleja que el 46.6% de los pacientes tienen al menos 1 método diagnóstico el EEG, como apoyo al diagnóstico clínico emitido en primera instancia. Si bien es cierto, los exámenes especiales son en general secundarios en el correcto diagnóstico de la mayoría de las patologías existentes, en la epilepsia, son muy importantes; casi imprescindibles, debido a la complejidad del Sistema Nervioso, por lo que se vuelven prácticamente necesarios para determinar la verdadera causa subyacente que provoca las crisis convulsivas.

En lo que respecta a la recurrencia de las crisis convulsivas, el 19.4% de los individuos estudiados, presenta convulsiones con una repetición mayor a 2 veces por mes. A pesar que lo óptimo sería que el paciente no convulsionara ni una sola vez posteriormente a la instauración del tratamiento, no existe un consenso general sobre lo que podría determinarse como "epilepsia controlada". Sin embargo, todas las citas bibliográficas concuerdan en que la recurrencia debe ser la mínima posible, como para permitir que el paciente tenga una vida normal; en lo afectivo, en lo económico, en lo social y en el acceso al tratamiento indicado y necesario.

El siguiente hallazgo es importante y sobresaliente en el estudio; 12 pacientes han convulsionado 1 sola vez en toda su vida, lo que no está de acuerdo con la definición de epilepsia que exige que haya convulsiones recurrentes en un periodo de tiempo mayor de 24 horas.

En el manejo farmacológico de la población estudiada, se observa que el 79.94% de los pacientes son manejados con 1 fármaco (carbamazepina) y el 20.06% con 2 ó más fármacos, siguiendo los patrones mencionados en los textos usados como referencias bibliográficas; y que al compararse con el 80.6% de pacientes que tiene una recurrencia de más de 2 veces por mes, reflejan buenos resultados en los regímenes empleados como pautas terapéuticas definidas en el MINSA.

El contraste que se establece entre las variables: recurrencia de crisis convulsivas y mono-terapia farmacológica, muestra una tendencia que confirma que el uso de 1 único fármaco es capaz de disminuir las recurrencia de las crisis convulsivas de un modo muy satisfactorio, como es mencionado en la literatura empleada como referencia para este estudio.

El fármaco anticonvulsivante más usado para tratar a los pacientes del grupo estudiado, es la carbamazepina (80.68%), la cual está determinada como fármaco de primera o segunda elección en el esquema terapéutico ambulatorio de la mayoría de los tipos de crisis convulsivas, con esquemas de dosificación que deben ser individualizados para cada paciente, según las Normas del Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, MINSA 2002.

La valoración brindada por un médico especialista incluyó al 56.68% de los pacientes en estudio. La literatura de referencia utilizada, específicamente las Normas del Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, MINSA 2002, indica que los pacientes requieren valoración especializada por un neurólogo. Además, únicamente el 19.3% de los que recibieron alguna valoración, la recibieron de un especialista que tiene una mayor capacidad de resolución sobre la patología en cuestión, en neurología o en neurocirugía.

Sin excepción, todos los pacientes al ser valorados se les adecuó el tratamiento farmacológico y se les orientó sobre el cuido personal que amerita esta patología.

X.) Conclusiones

Según los resultados obtenidos a partir de la población estudiada, se puede concluir lo siguiente:

El grupo en estudio tiene las siguientes características socio-demográficas: En la distribución poblacional predominan los adultos jóvenes y adultos como tal, y son menos frecuentes los extremos de la vida; ambos sexos se distribuyen por igual; la escolaridad más observada se limita a leer y escribir; y tiene igual distribución que el analfabetismo; los grados académicos de bachiller y universitarios son muy poco encontrados; el desempleo es una característica predominante y dentro de la fracción del grupo que trabaja, la agricultura es la actividad laboral más realizada; la procedencia más vista es la rural y la religión predominante es la católica.

El tipo de crisis convulsiva más recurrente, es la gran mal de la forma generalizada.

El uso de métodos diagnóstico especiales está ausente en más de la mitad de los pacientes.

La recurrencia de crisis convulsivas tiene un intervalo de tiempo, mayor de 1 vez por mes en el 80% de los individuos observados.

El 79.4% de los pacientes, utiliza la terapia farmacológica única como régimen de tratamiento. El fármaco más usado, ya sea solo o en combinaciones; es la carbamazepina en el 80.68% de los pacientes.

La tendencia resultante al contrastar la recurrencia de crisis convulsivas y el número de fármacos usados en el tratamiento, refleja que la mayoría de los pacientes son controlados con terapia farmacológica única.

El 56.6% de los pacientes ha sido valorado en algún momento por un médico especialista; la especialidad que más valoraciones realiza es Medicina Interna; y la valoración consistió en la adecuación del tratamiento farmacológico y en recomendaciones generales sobre la enfermedad en todos los casos.

En el manejo brindado a los pacientes con epilepsia, por parte del personal de salud que les brinda atención clínica y seguimiento, se aplican las normas del programa de atención de enfermedades crónicas no transmisibles MINSA 2002. A excepción, del incumplimiento en: el uso de métodos diagnóstico especiales y en la referencia de los pacientes al médico neurólogo en la mitad de los pacientes incluidos en el estudio, hechos que comprometen la terapéutica plena de los usuarios que demandan este servicio.

XI.) Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones van dirigidas a las autoridades de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS).

- Establecer un sistema informativo de retroalimentación periódica , que permita mantener actualizado el conocimiento de las características socio-económicas y epidemiológicas de los pacientes, para determinar con mayor aproximación la situación del grupo de usuarios y así brindar una respuesta más integral a la población que presentan crisis convulsivas.

- Crear dentro del Ministerio de Salud, un organismo que se encargue de la gestión interinstitucional para facilitar la realización de exámenes con métodos especiales de diagnóstico (EEG, TAC, etc.) para garantizar, que todos los pacientes cuenten con los elementos clínicos y paraclínicos completos para el correcto diagnóstico y manejo integral.

- Fortalecer el sistema Referencia-Contrarreferencia, entre los diferentes servicios, departamentos y Niveles del Ministerio de Salud; para garantizar al máximo el tránsito adecuado y fluido de todos los pacientes, la valoración por los médicos especialistas con mayor capacidad de resolución, según la complejidad de las manifestaciones clínicas del problema.

- Promover la realización de trabajos investigativos que acerquen al personal de salud a las patologías que se presentan con mayor frecuencia y con los comportamientos típicos o peculiares que estas presentan localmente.

Las recomendaciones siguientes van dirigidas a los pacientes:

- Fomentar la educación de adultos dentro del grupo estudiado para aumentar el nivel de comprensión de su enfermedad y sus posibles complicaciones.

- Impulsar reuniones periódicas de los pacientes, familiares inclusive, con la finalidad de intercambiar experiencias y problemas relacionados con la epilepsia y así conformar un grupo de apoyo sólido y solidario entre todos los miembros del grupo.

- Promover el interés grupal sobre la importancia de completar los exámenes especiales, para establecer el diagnóstico exacto de la causa específica que desencadenó la epilepsia de cada paciente.

- Estimular en el grupo estudiado y los futuros nuevos integrantes, la necesidad vital de que cada paciente cuente con un seguimiento periódico y rítmico, brindado por un médico neurólogo.

XII.) Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud. Normas del Programa de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Imprimatur Artes Gráficas S.A. 2002. Epilepsia, páginas: 79-93.

2. Greenberg, Mark S. Handbook of Neurosurgery. Thieme. 5th Edition. 2001. Seizures, Chapter 10, pages: 254-284.

3. Liga Central Contra la Epilepsia. Bogotá, Colombia. Diseñador de página web: Páginas.net; 2002. Página web; http://www.epilepsia.org/epilepsia.htm

4. Harrison. Principios de Medicina Interna. Editorial Interamericana. 14ta Edición. Volumen 2. Capítulo 365, páginas: 2627-2643.

5. Tierney Jr., Lawrence M., McPhee, Stephen J., Papadakis, Maxine A. Current Medical Diagnosis & Treatment 2002. 41st Edition. Lange; 24: 1005-1010.

6. The MERCK MANUAL. Merck Research Laboratories. 17th Edition. Merck & Co., Inc. Chapter 172: Seizure disorders, pages: 1401-1409.

7. Ministerio de Salud. Formulario Terapéutico Nacional. Capítulo: 6, Enfermedades del Sistema Nervioso Central, páginas: 111-115.

8. Pradilla A., Gustavo y Col.; Estudio neuroepidemiológico nacional (EPINEURO) colombiano / National neuroepidemiological study in Colombia (EPINEURO). Rev. panam. salud pública; 14 (2):104-111, ago. 2003. tab.

Anexos

INSTRUMENTO No. 1

FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACION

I.) Datos generales:

1. Nombres y apellidos del paciente que asiste regularmente al club de epilépticos del centro de salud:_____
2. Edad del paciente: años cumplidos_____
3. Sexo: Masculino_____ Femenino_____
4. Escolaridad: Grado aprobado_____Año de secundaria aprobado_____
   Grado académico alcanzado: _____
5. Ocupación: Estudiante_____ Trabajador estable_____
   Trabajador ocasional_____
   Tipo de trabajo que desempeña actualmente_____
   No trabaja_____
6. Procedencia: Área rural_____ Área urbana_____
7. Religión: Religión que profesa actualmente_____

II.) Clasificación de crisis:

8. Parciales: simples_____
   complejas_____
9. Generalizadas: Crisis de ausencia_____
   Gran mal_____

III.) Métodos especiales como apoyo del diagnóstico:

10. Valoración con EEG: Si_____ No_____
11. Valoración con TAC: Si_____ No_____
12. Otros_____

IV.) Frecuencia de crisis:

13. Número de crisis por día_____
14. Número de crisis por semana_____
15. Número de crisis por mes_____
16. Número de crisis con frecuencia de mayor intervalo de tiempo_____
17. Tipo de terapia farmacológica prescrita:
    Única; cuál_____
    Múltiple; cuáles_____

V.) Referencia al especialista: Si _____ No _____

18. Tipo de especialista_____
19. Indicaciones prescritas_____

TABLA No 1.

Número de pacientes por grupos etáreos

Grupo etáreo (edad/años)	Número de pacientes	Porcentaje representado
0 – 5	3	3.4
6 – 10	4	4.54
11 – 15	12	13.63
16 – 20	8	9.09
21 – 25	13	14.8
26 – 30	12	13.63
31 – 35	9	10.22
36 – 40	6	6.81
41 – 45	9	10.22
46 – 50	5	5.68
51 – 55	1	1.136
56 – 60	3	3.40
61 – 65	1	1.136
66 ó más	2	2.27
Totales	88	100

Fuente: Datos de la historia clínica.

Grafico. No 1
Distribución porcentual de los pacientes según sexo (n=88)

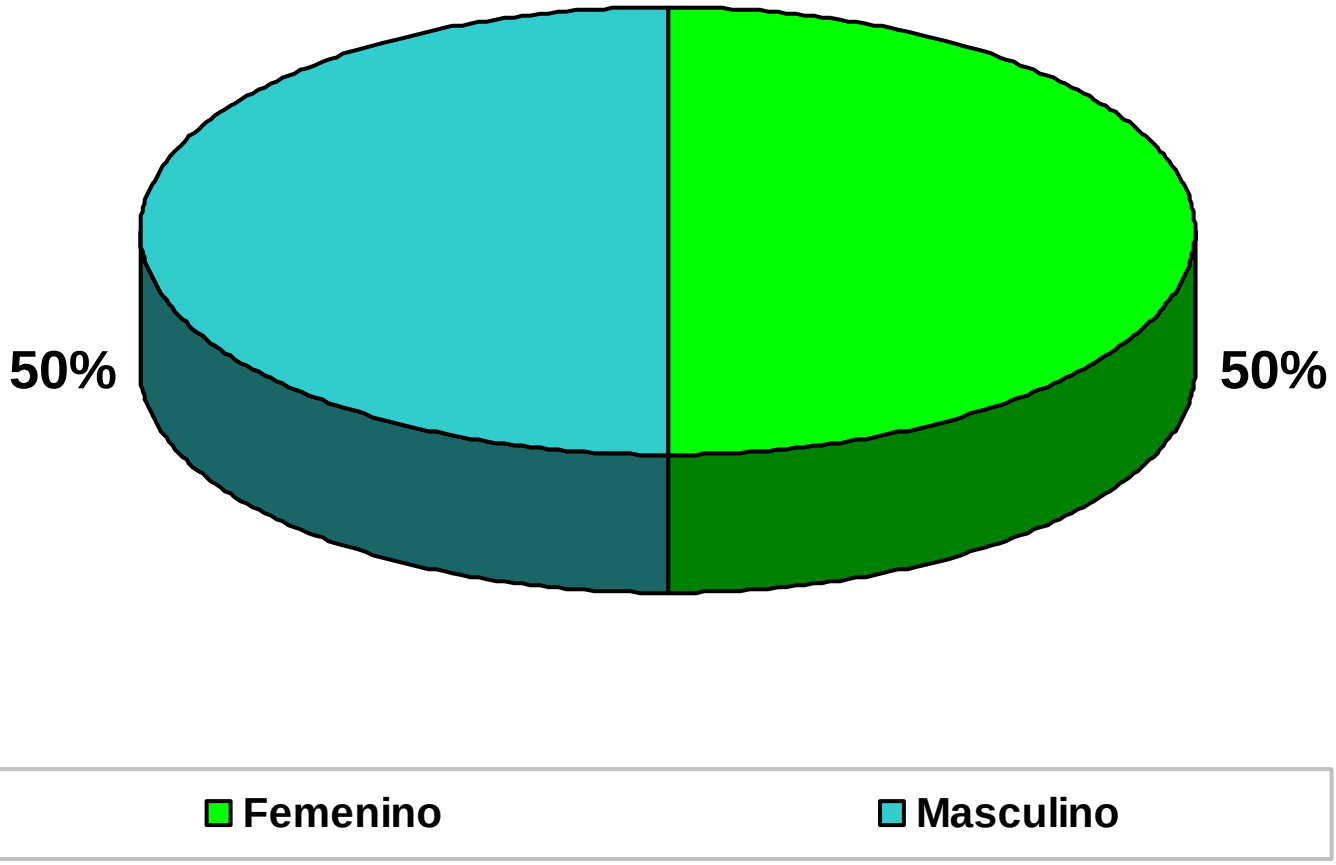


Gráfico N 2
Distribución porcentual según grado académico alcanzado (n=88)

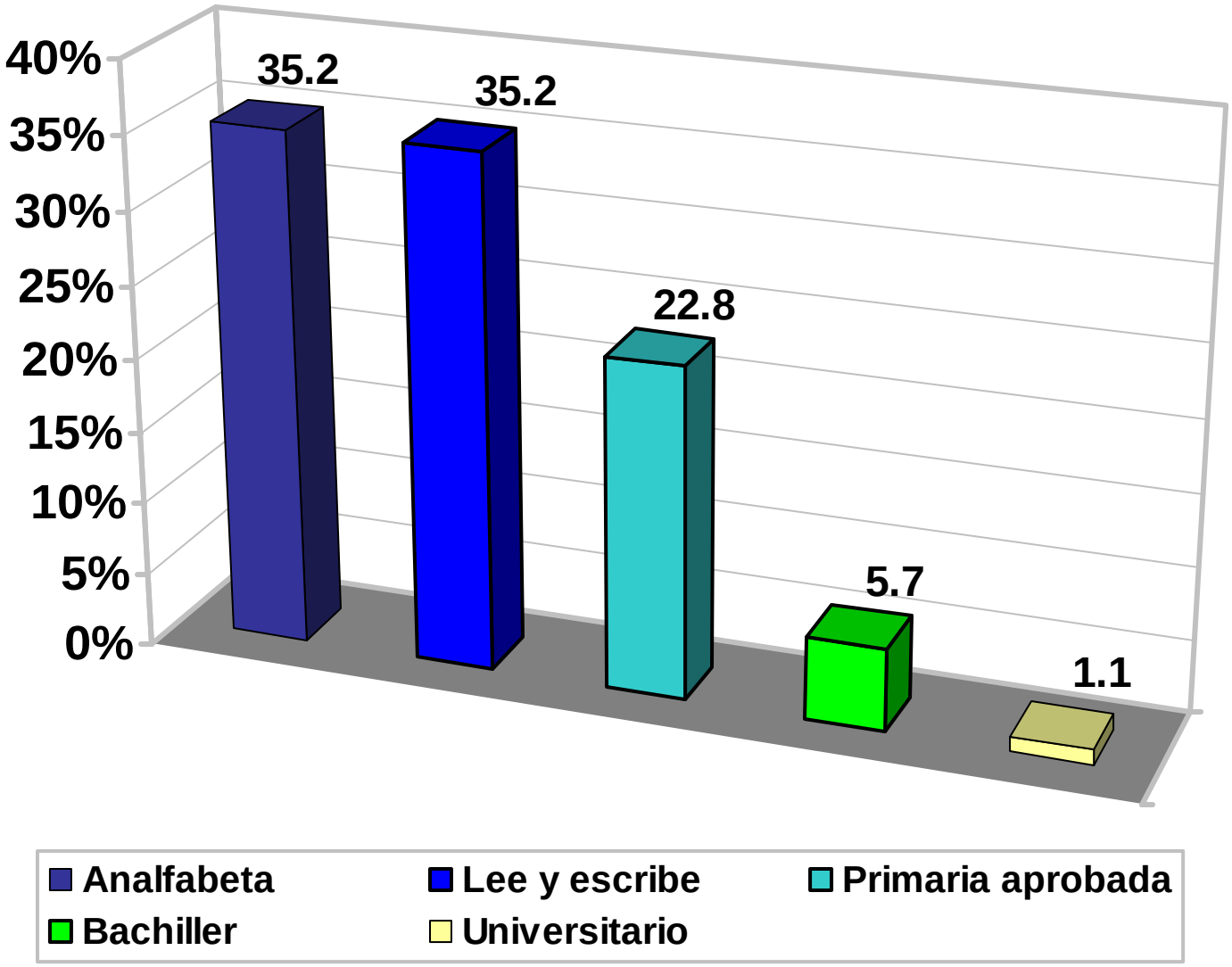


Gráfico No 3
Distribución porcentual según ocupación
(n=88)

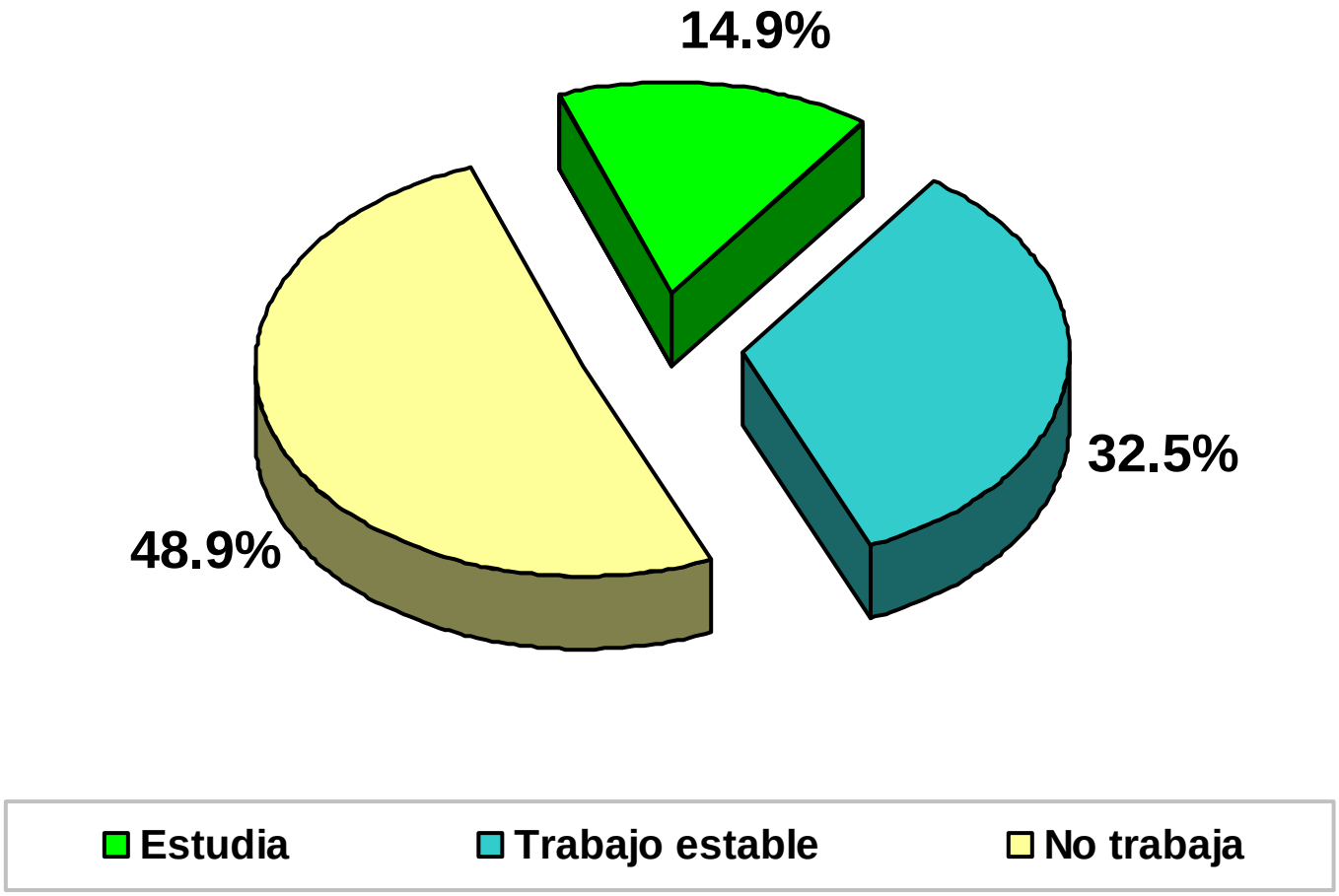


Gráfico No 4
Frecuencia de ocupaciones dentro del grupo con trabajo estable (n=31)

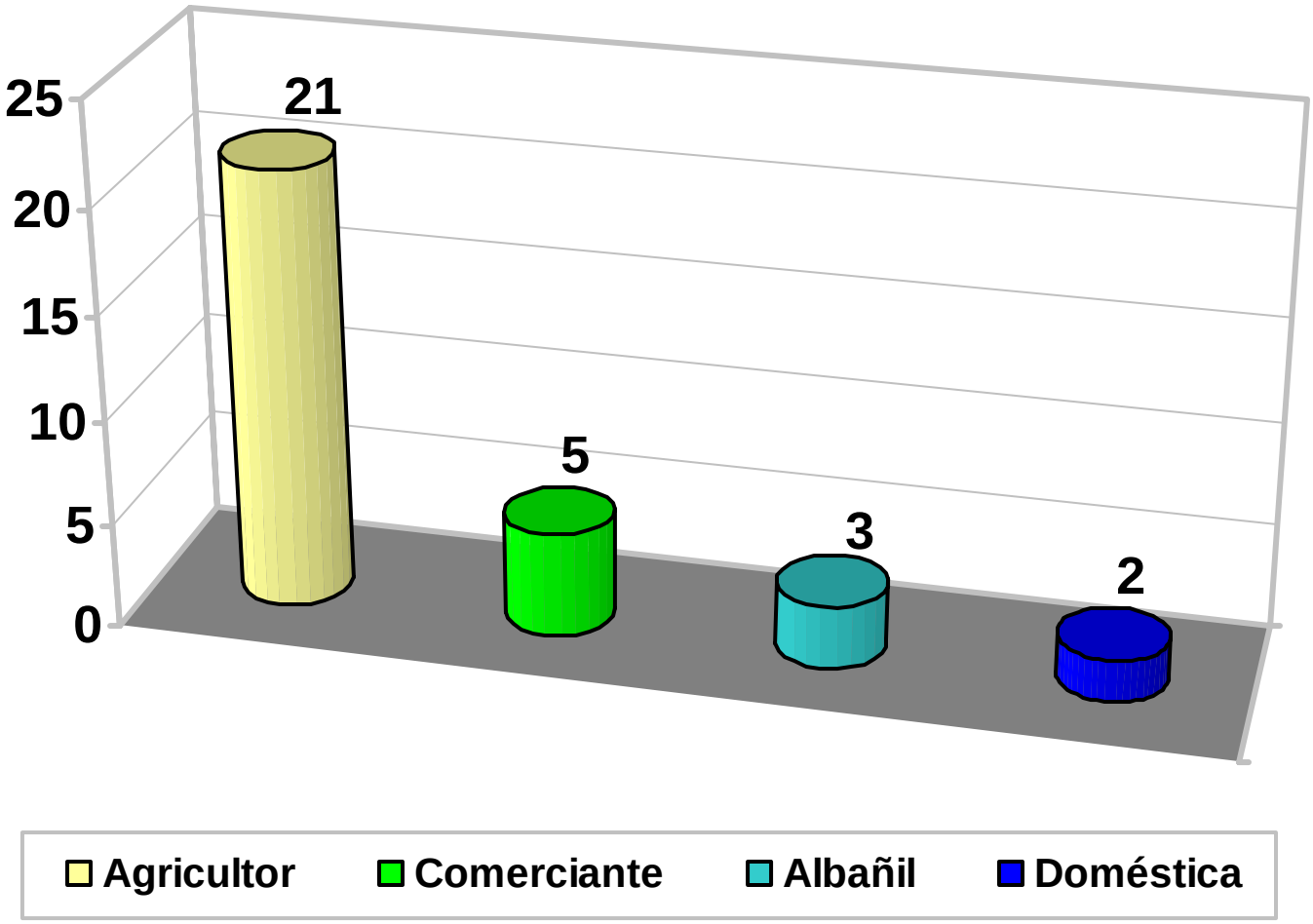


Grafico No 5
Distribución porcentual de los pacientes según procedencia (n=88)

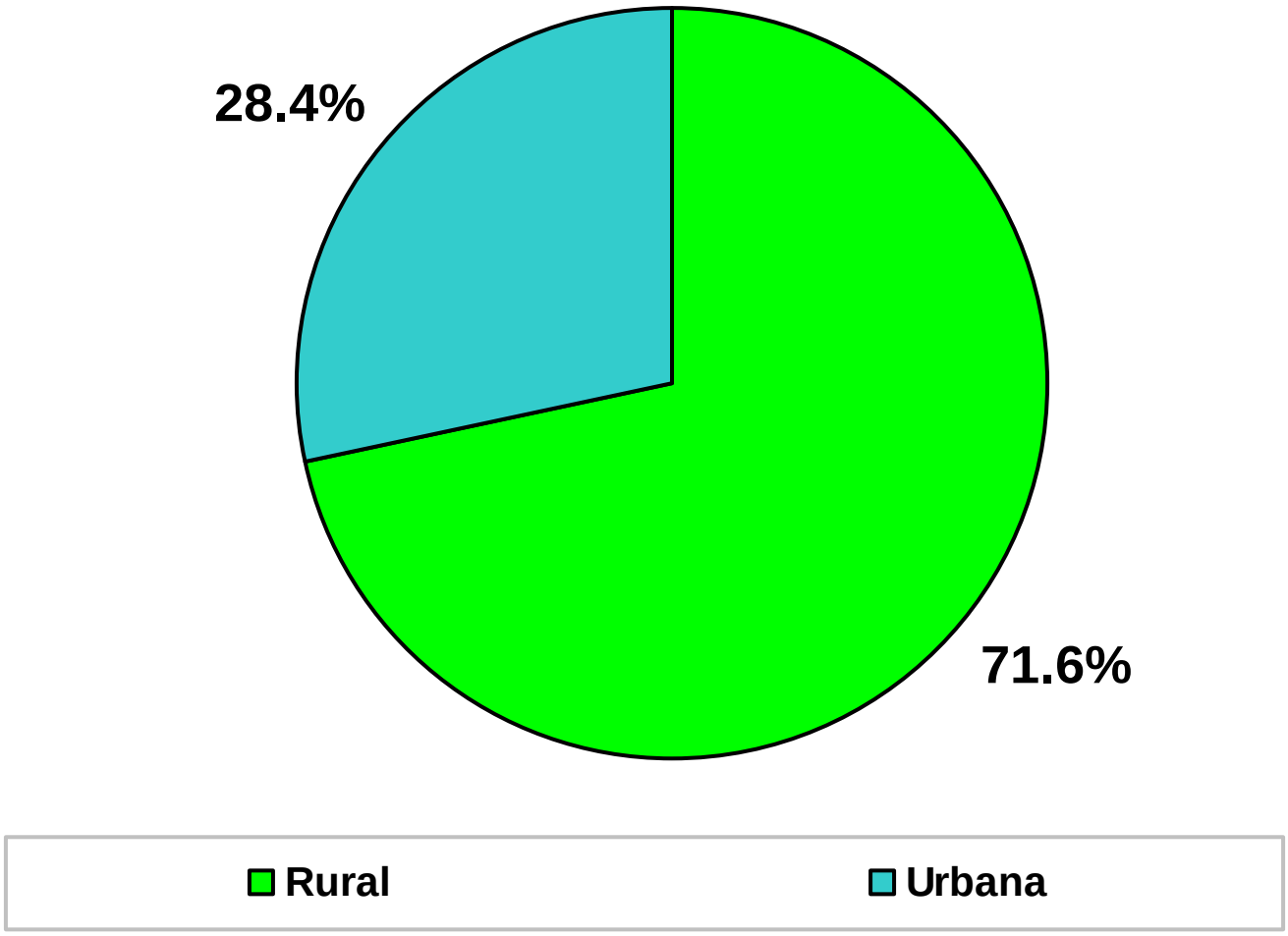


Gráfico No 6
Distribución porcentual según religión profesada (n=88)

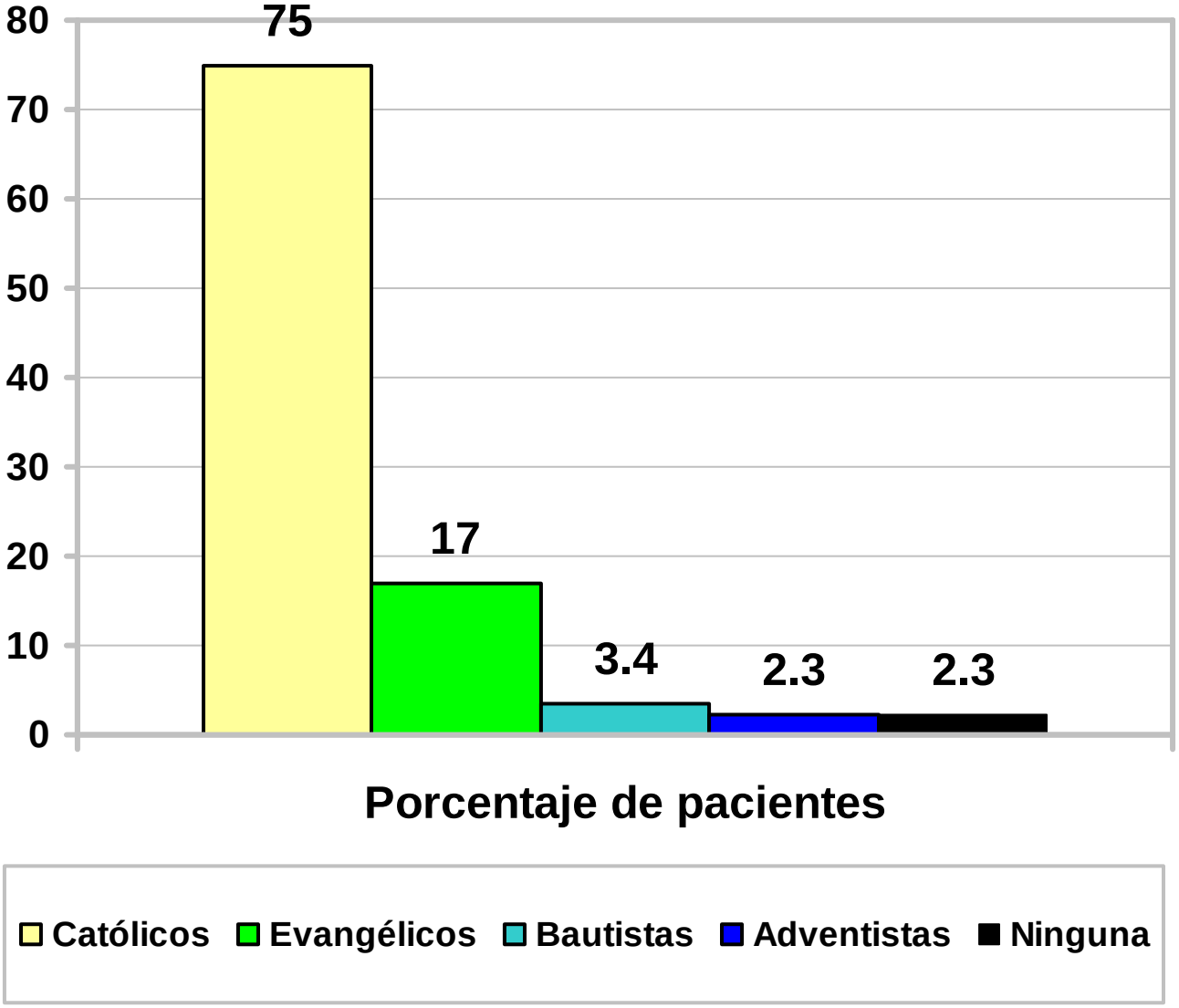


Gráfico No 7
Distribución porcentual individual de los tipos de crisis convulsivas (n=88)

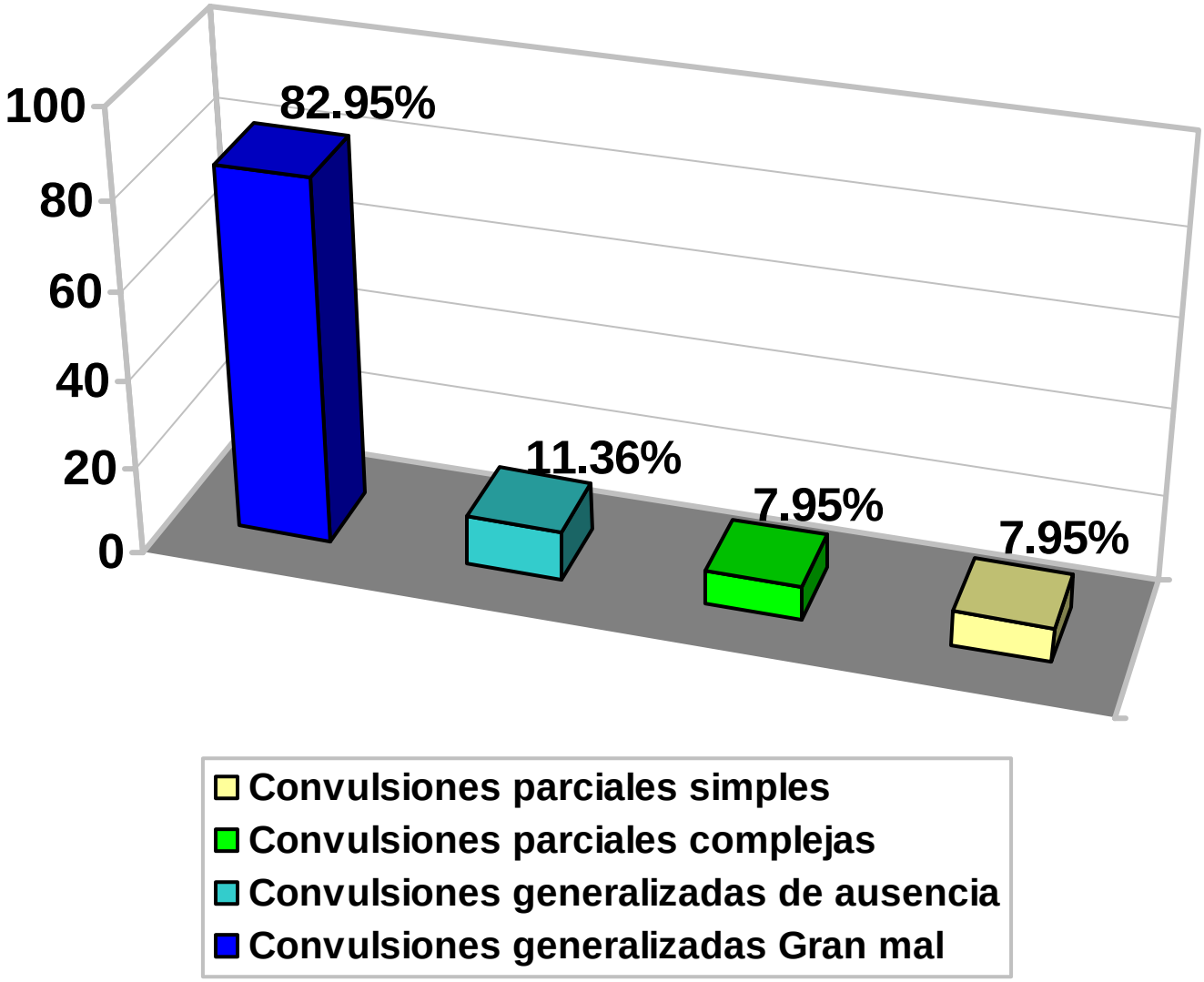


Gráfico No 8
Distribución porcentual según uso de métodos de diagnóstico especiales (n=88)

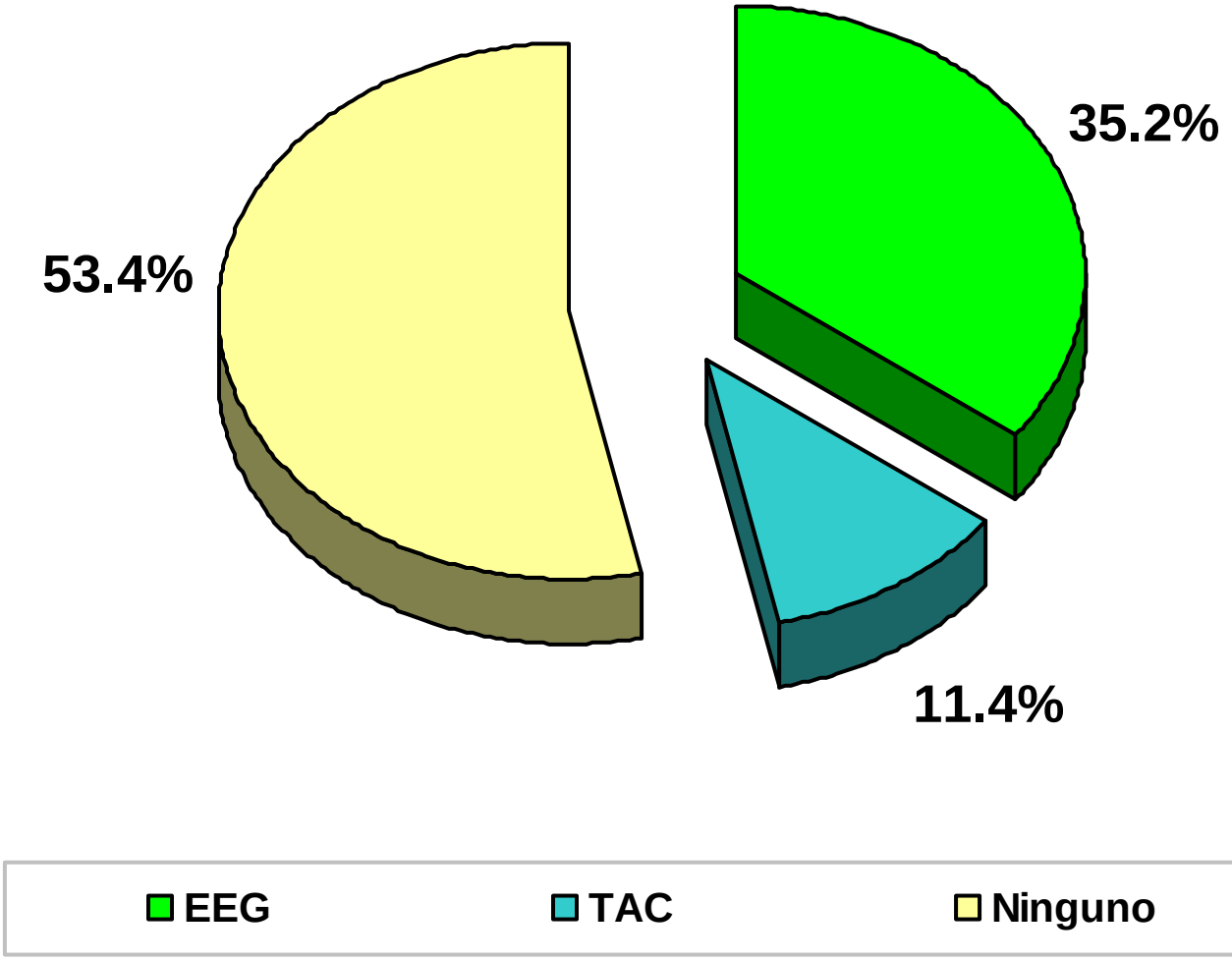


Gráfico No 9
Número de pacientes según recurrencia de las crisis convulsivas (n=88)

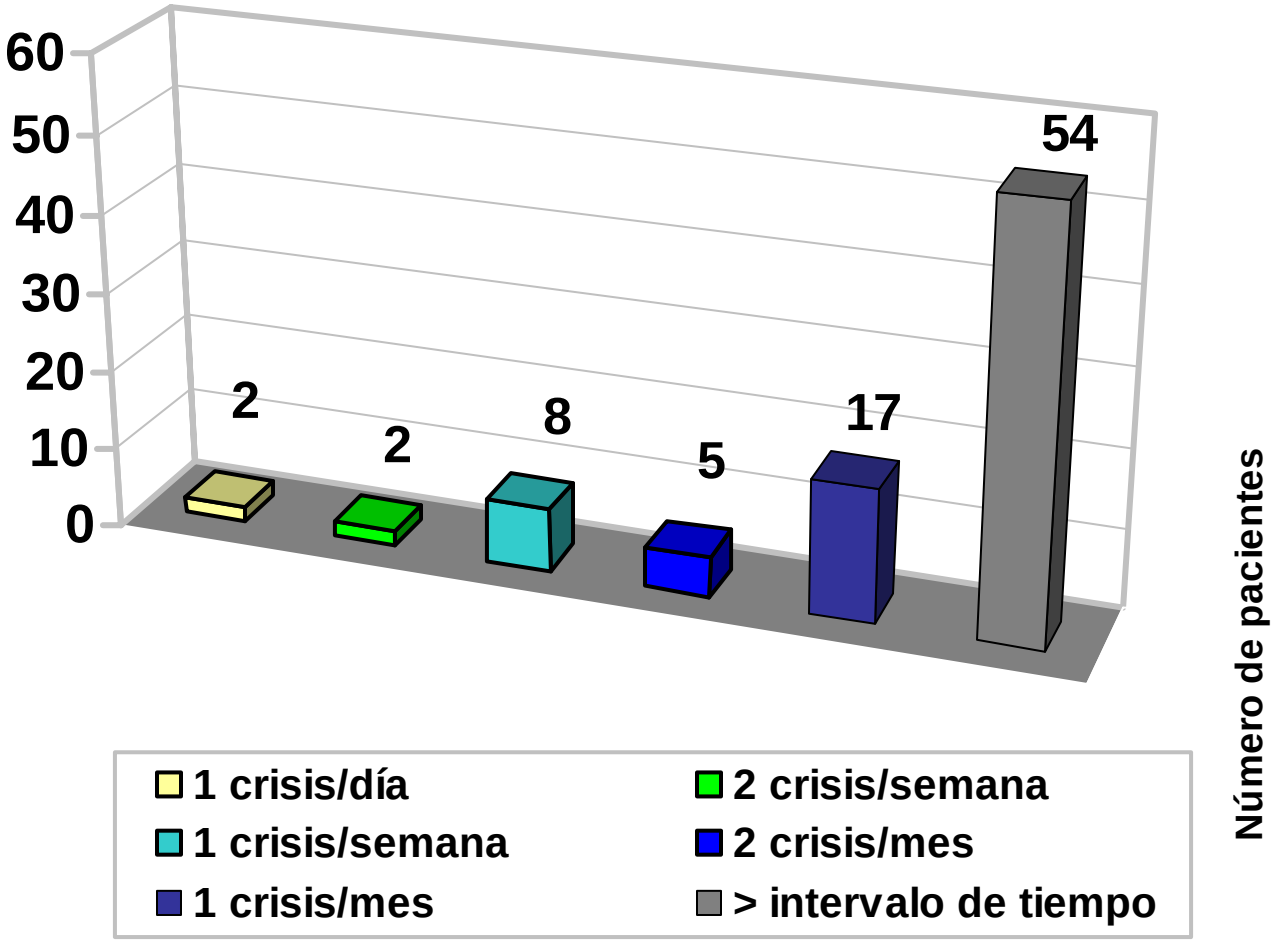


Gráfico No 10
Distribución porcentual según el número de fármacos usados en el tratamiento (n=88)

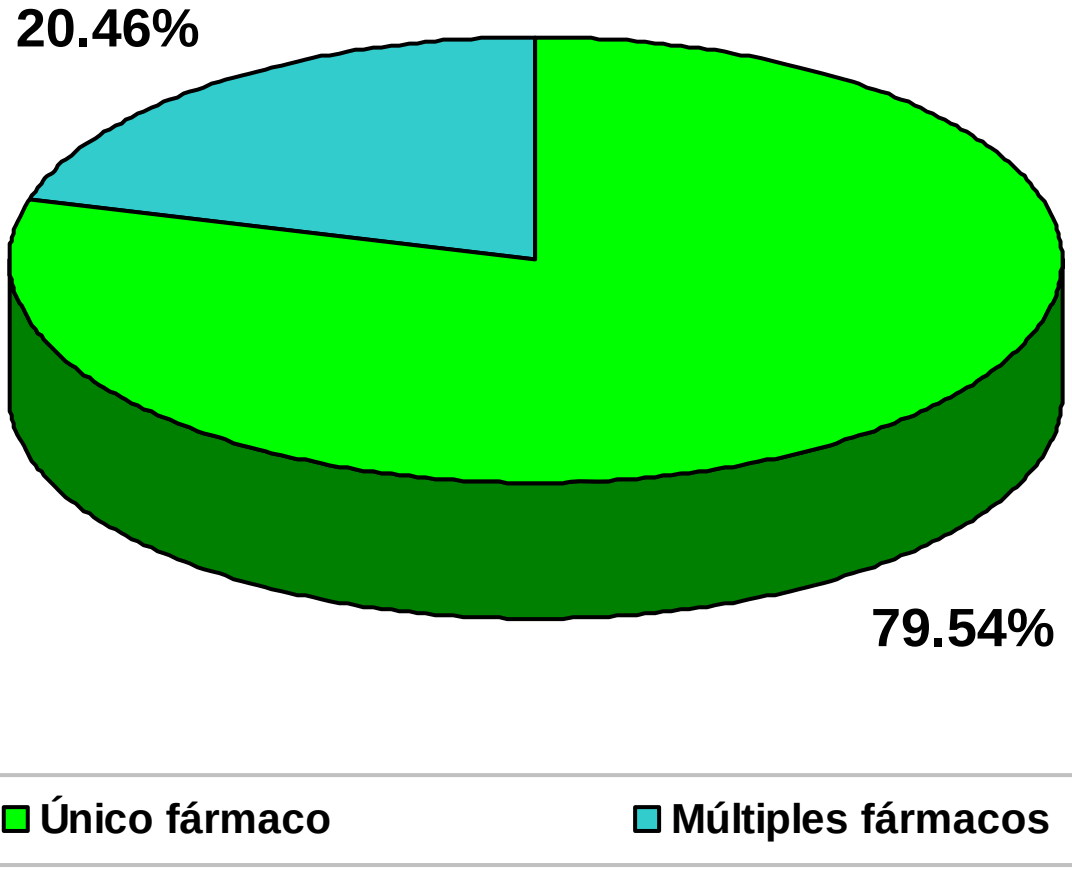


Gráfico No 11
Distribución porcentual individual según fármaco usado en el tratamiento (n=88)

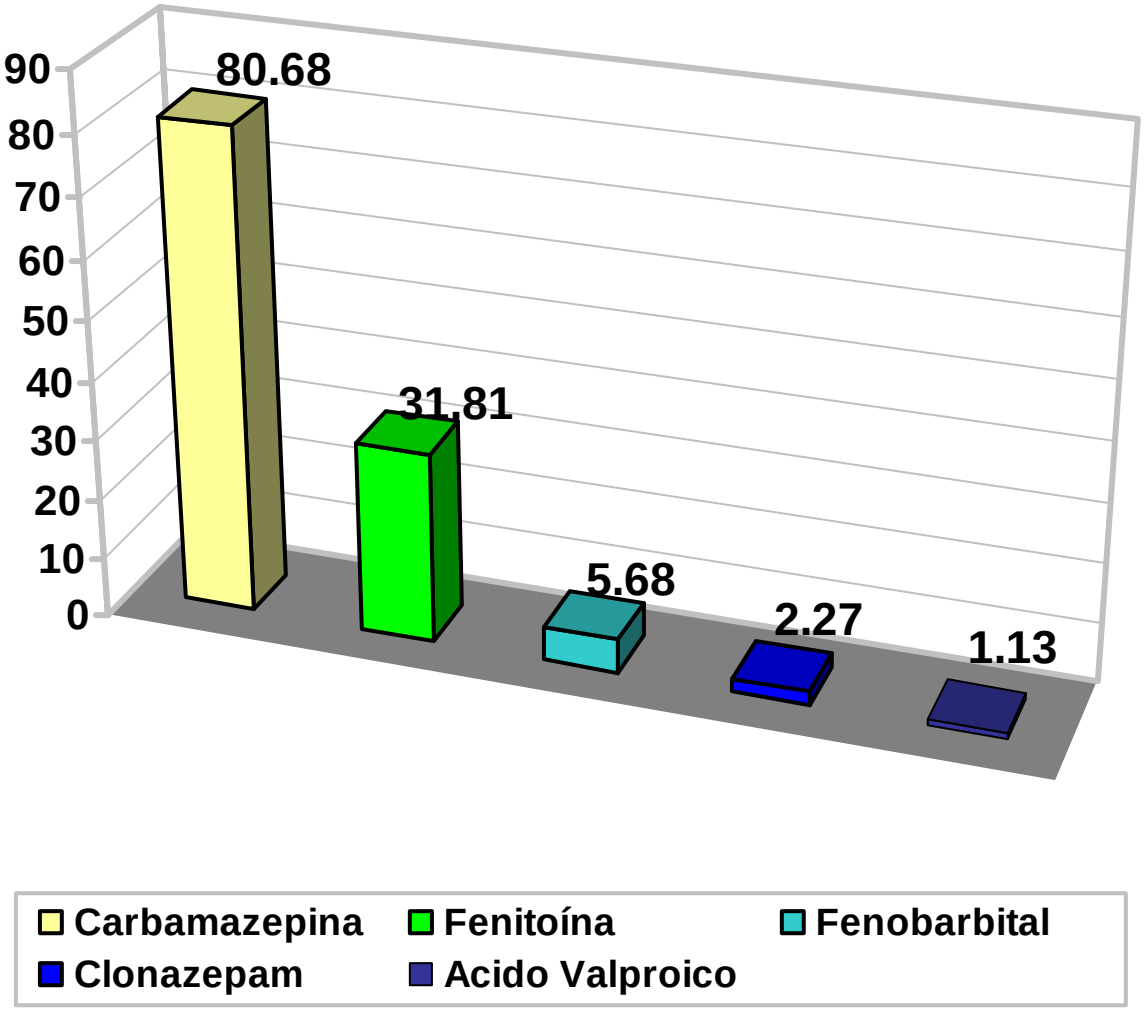


Gráfico No 12
Contraste entre recurrencia de crisis convulsivas y uso terapia farmacológica única y múltiple (n=88)

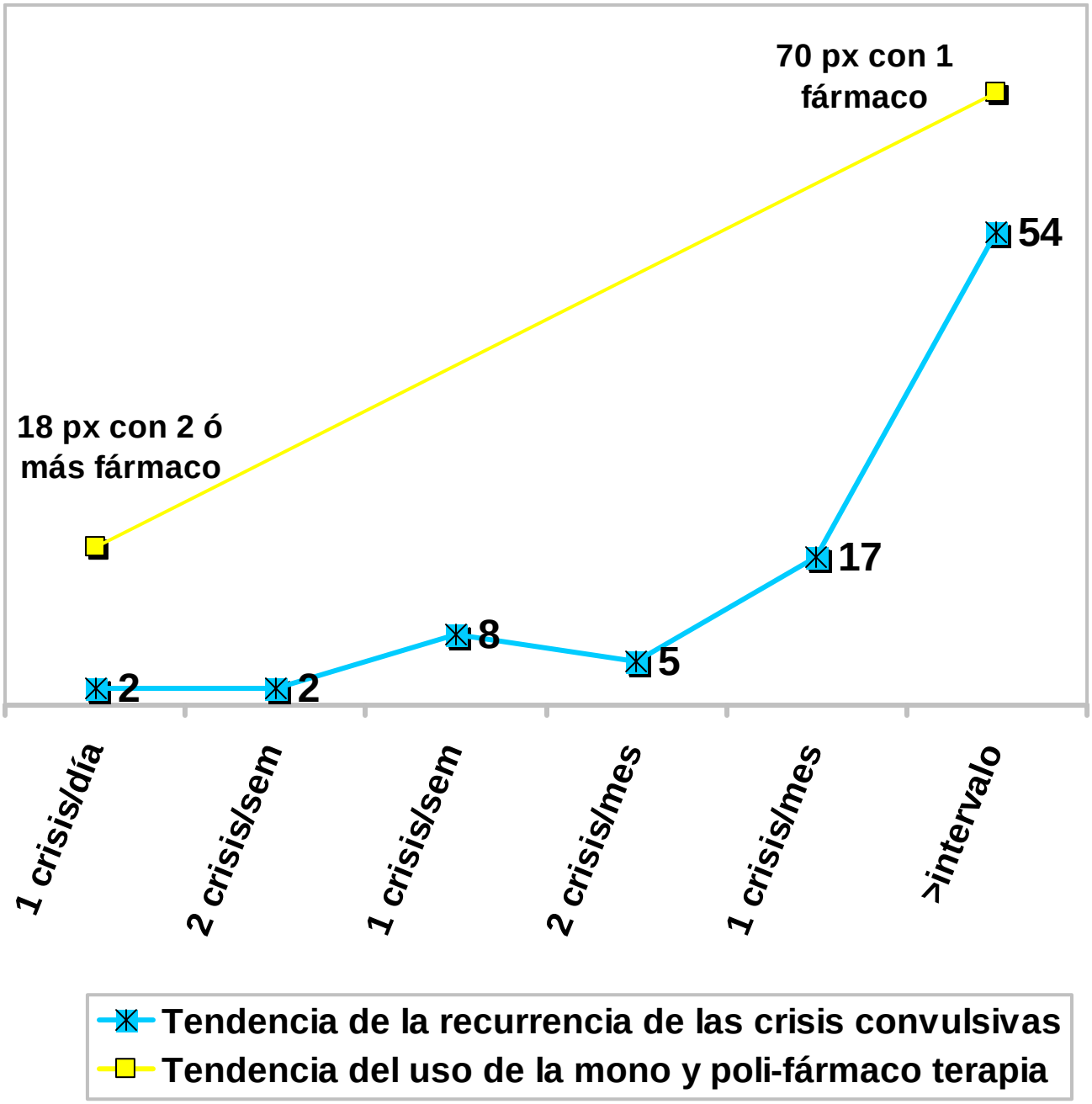


Gráfico No 13
Distribución porcentual según valoración por especialista (n=88)

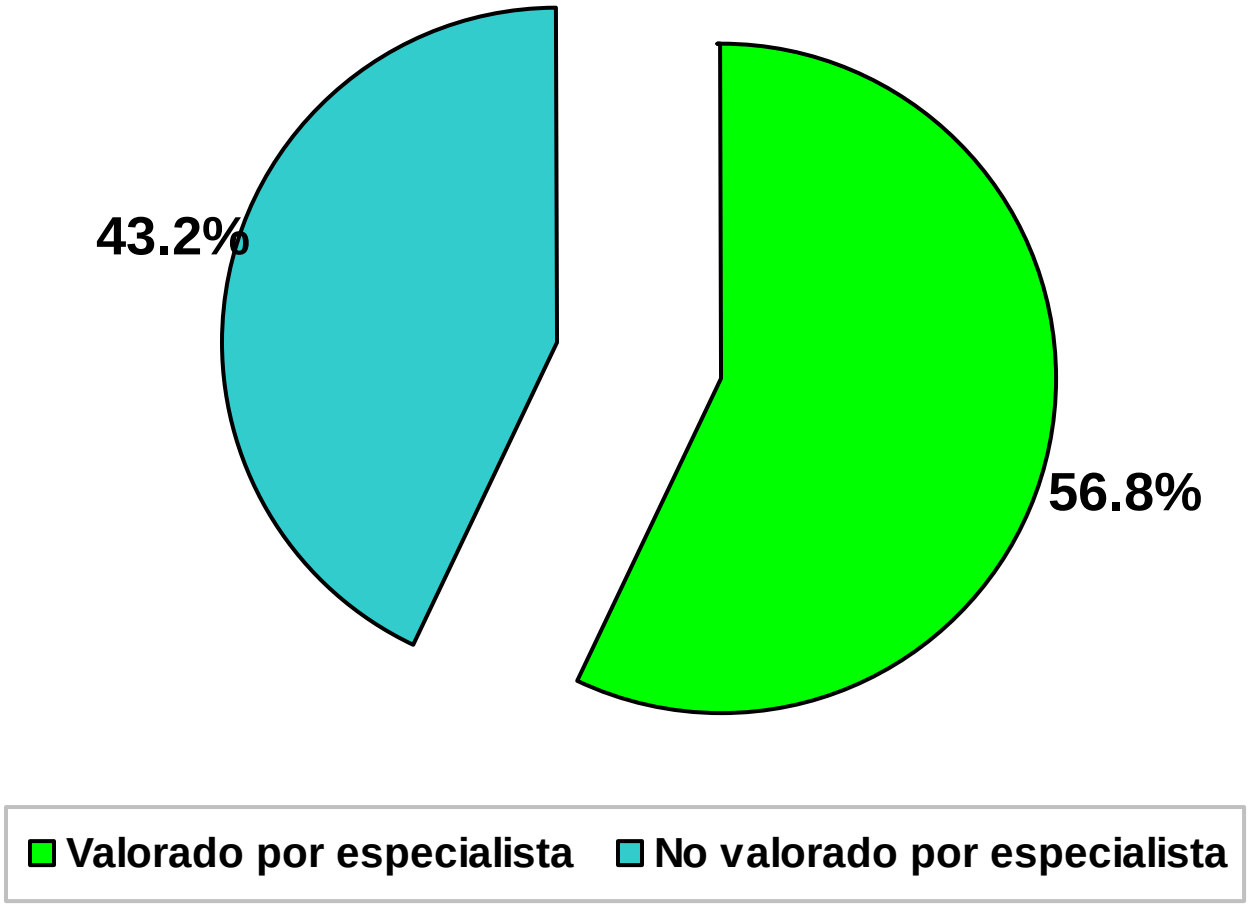
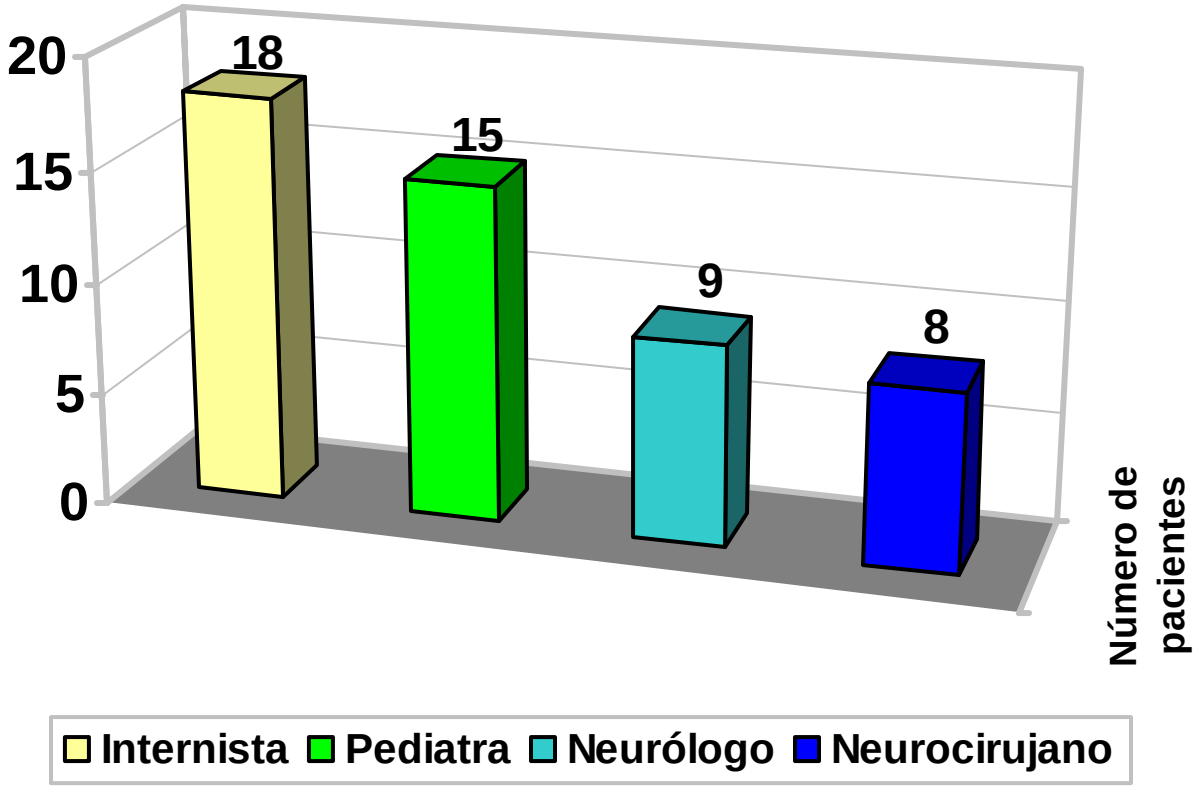


Gráfico No 14
Frecuencia según tipo de especialista que realizó la valoración (n=50)



DEPARTAMENTO DE ESTELI
MUNICIPIO DE LA TRINIDAD
N
Colón Abajo
Las Guayabas
Llano Largo
Los Carbonales
MUNICIPIO DE SAN RAFAEL
El Espinal
MUNICIPIO ESTELI
Las Quebradas
Los Majones
Los Tendidos
La Cabadilla
Cañada de San Antonio
Los Quiscos
Los Zarzales
Licoroy
La Otra Banda
Hato de la Cañada
Los Limas
Las Tablas
Los Gavetas
Las Lajas
San Lorenzo
Coloncito
Tomabú
El Tomatal
Los Gudelmos
MUNICIPIO DE SEBACO
La Lomas
La Laguna
San Andrés del Tamarindo
Los Animas
La Concepción
Mesa de los Espejos
El Japón
La Habana
Mechapa Arriba
Mechapa Abajo
El Espino
El Chagüite
La Montañita
Cuajiniquil
El Horcallo
El Jicaro
El Hatillo
La Lagunita
Potrero del Rosario
Rosario Abajo
El Cacao
Rincón Largo
MUNICIPIO DE SAN ISIDRO
La Pacaya
Rosario Arriba
San José del Guasimal
Monte Verde
Las Penas
El Guayio
Mesa de Oyanca
Las Cañas
Sabana Larga
Las Puntas
Oyanca
El Bonete
Potrero de Oyanca
San Francisco
El Quebrachito
Chagüite Blanco
Las Cerros
El Naranjo
MUNICIPIO SAN NICOLAS

Centro de Salud “Fátima Pavón”, municipio de La trinidad, SILAIS-Estelí.

Actividad para miembros de clubes, parteras, brigadistas y familiares del municipio.