

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, LEON**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**CALIDAD DE ATENCION A LOS PACIENTES  
EPILEPTICOS EN EL CENTRO DE SALUD GUILLERMO  
MATUTE, DE JINOTEGA.**

**Monografía para optar a título de Doctor en Medicina y  
Cirugía.**

**AUTORAS:**

**Bra. Yamila Desireé Alvarado Pérez.  
Bra. Mary Lux Arbizu Ramírez.**

**TUTOR:**

**Dr. Arnoldo Toruño T.  
Departamento de Salud Pública.**

**León, Nicaragua, 2008.**

**A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD**



## DEDICATORIA

Dedico esta monografía con todo mi amor y como fruto de mis esfuerzos y sacrificios.

**En primer lugar a Dios:** ser supremo y bondadoso, por darme la vida, entendimiento, fe, esperanza e iluminar y guiar mi camino.

**A mis padres:** José Antonio Arbizu y Marcelina Ramírez por el amor y reconocimiento a sus múltiples sacrificios en pro de mi superación moral e intelectual por darme siempre su confianza, dedicación y apoyo.

**A mis hermanos:** Marvin, Verónica, José, Lissbeth Arbizu Ramírez, por el amor y apoyo que me han brindado siempre, motivándome a seguir siempre adelante y nunca retroceder en las metas propuestas.

**A mis sobrinos:** Marcela, Carolina, Paola, Gabriel, Samuel, Génesis y Martín Arbizu, quienes me inspiran a seguir cumpliendo mis metas.

**A mis profesores y doctores:** quienes con su sacrificio me han guiado por el camino del bien y han contribuido como fuente de sabiduría para ser hoy una gran profesional.



## DEDICATORIA

**A Dios:** sobre todas las cosas, quien nunca me ha abandonado en los momentos más difíciles de mi vida. Gracias infinitas te doy siempre.

**A mi hijo:** Byron Yamil Ferrufino Alvarado, quien es la fuerza e inspiración para continuar cumpliendo mis metas.

**A mi madre:** Marcia Maria Pérez Núñez, que con sus esfuerzos a logrado educarme y guiarme hasta estos momentos.

**A mis hermanos:** Juan Gabriel Centeno Pérez y Nadia Lissbeth Mejía Pérez, por darme el ánimo de seguir hacia delante y poder realizar mi sueño.

**A mis tíos:** quienes me han dado el apoyo, compañía y sobre todo el impulso para ir benciendo los obstáculos que se me presenten en el transcurso del camino y poder lograr ser una profesional de bien, en especial a mi PIPE.

**A mi amiga:** Mary Lux Arbizu Ramírez, por brindarme siempre su apoyo y confianza incondicional.

**A mi compañero:** Byron Manuel Ferrufino González, por darme lo más hermoso de nuestras vidas (mi hijo) y por que cada día me motiva a continuar siempre adelante y nunca retroceder ni dejar él yo propio. Gracias por tu apoyo.



## AGRADECIMIENTO

A Dios, por habernos permitidos realizar este trabajo monográfico y cumplir con unas de nuestras principales metas en nuestras vidas.

A todas y cada unas de las personas que nos brindaron su apoyo y valiosos conocimientos para la realización de este trabajo.

A nuestros amigos de Jinotega, quienes nos incentivaron y colaboraron incondicionalmente en la realización de este trabajo, en especial Dr. Santos B. Medina (Responsable de Docencia del Silais Jinotega).

A la Dra. Erlinda Castillo, por ser una excelente persona y sobre todo por apoyarnos en la realización de este trabajo.

Un especial agradecimiento al tutor y doctor Arnoldo Toruño T.; ya que sin su apoyo incondicional no hubiese sido posible la realización y culminación de este trabajo monográfico.



## OPINION DEL TUTOR

El presente estudio: “Calidad de atención a los pacientes epilépticos en el centro de salud Guillermo Matute, de Jinotega”, responde a una necesidad del MINSA, y en particular del personal de este centro de salud, que están interesados en mejorar la calidad del servicio que ofrece.

Llena un vacío existente, pues la atención a los pacientes epilépticos ha sido poco estudiada.

Tiene el mérito de dar continuidad a un trabajo anterior sobre el mismo tema y en el mismo centro de salud, realizado por las mismas autoras, que no han escatimado esfuerzos para mejorar el enfoque y aspectos metodológicos

La metodología seguida la considero satisfactoria, y los resultados están presentados con razonable claridad.

Considero que el estudio será de utilidad para el MINSA y, en particular, para el centro de salud Guillermo Matute.

Arnoldo Toruño T.

Tutor.



## RESUMEN

Se realizó un estudio con el objetivo de valorar la calidad de atención a los pacientes epilépticos en el Centro de Salud de Guillermo Matute, en Jinotega, con el fin de encontrar aspectos que puedan y deban ser mejorados.

El estudio se basó en la aplicación de una guía de observación, para conocer aspectos de infraestructura, mobiliario y equipamiento; en entrevistas de salida a 50 pacientes o a sus familiares, para conocer su grado de satisfacción con la atención recibida, y entrevistas al personal de salud más ligado a la atención de estos pacientes, para saber sobre su valoración sobre los recursos disponibles y la calidad de atención.

Se valoró como regular la calidad de atención a los pacientes epilépticos, en vista de que tiene aspectos positivos, como la satisfacción de los pacientes con el trato que reciben, con la gratuidad del medicamento y con información que reciben. La experiencia de la responsable del programa es una condición beneficiosa. La cobertura parece ser satisfactoria (39% a 77%), Es satisfactorio que dos tercios de los pacientes estuvieron libres de crisis convulsivas en las cuatro semanas.

Son debilidades la insuficiente disponibilidad de medicamentos, y las dificultades de acceso a tomografías y el electroencefalograma, un consultorio hacinado, y una sala de espera poco cómoda. El tiempo de espera es más de lo necesario. El consumo de licor, los desvelos y el incumplimiento con el tratamiento se asociaron a una mayor frecuencia de crisis convulsivas. Falta atención psicológica complementaria.



## Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Planteamiento del problema.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Objetivos.....</b>	<b>4</b>
<b>4. Marco Teórico.....</b>	<b>5</b>
<b>5. Material y Método.....</b>	<b>19</b>
<b>6.Resultados.....</b>	<b>22</b>
<b>7. Discusión.....</b>	<b>30</b>
<b>8. Conclusión.....</b>	<b>34</b>
<b>9. Recomendaciones.....</b>	<b>35</b>
<b>10. Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>36</b>
<b>11. Anexos o Apéndices.....</b>	<b>38</b>



## 1. INTRODUCCIÓN

La epilepsia es un trastorno neurológico frecuente. Estudios recientes señalan que existen entre 40 y 50 millones de epilépticos en el mundo. Se estima que su incidencia anual es de 50 por 100.000 habitantes, y su prevalencia de 5 a 10 por cada 1,000 habitantes en los países desarrollados. El riesgo de incidencia en toda la vida de 1 a 3%.<sup>(1,2)</sup>

En Nicaragua la epilepsia ocupa el cuarto lugar entre las consultas en el Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. En 1998, la tasa de mortalidad por esta causa fue de 1.5 por 100.000 habitantes. No se tienen datos precisos sobre su incidencia y prevalencia, pero se sabe que afecta principalmente a la población infantil y adulta joven. En el Plan Nacional de Salud 2004-2015, se lee que se “deben preparar condiciones para que, en el mediano y largo plazo, se tenga capacidad para la atención de las afecciones crónicas para todas las edades...entre las que deben priorizarse la diabetes, el asma bronquial, epilepsia...”<sup>(2,3)</sup>

La epilepsia aumenta la morbilidad y mortalidad debido a accidentes durante las crisis (quemaduras, fracturas, luxaciones, ahogamiento, trauma craneales por caída al suelo, aplastamientos vertebrales, accidentes de tránsito, entre otros), y por yatrogenia farmacológica. Otras consecuencias serias tienen que ver con la inserción familiar, el desajuste social y escolar, la reacción del paciente ante la enfermedad, y por alcoholismo; más que por la epilepsia misma.<sup>(4)</sup>

Entre las alteraciones psicológicas que produce, las más comunes son la ansiedad y la depresión. Algunas personas pueden tener episodios agudos o transitorios de aparición psicótica, que pueden requerir tratamiento neuroléptico asociado. Esta morbilidad puede reflejar una causa única o deberse a secuelas





y discapacidades sociales asociadas con la epilepsia, o una combinación de ambos. <sup>(4)</sup>

Para el Ministerio de Salud es de gran importancia que los pacientes epilépticos, como todas las personas en este país, reciban una atención de calidad, como se lo exige la Ley General de Salud. En el SILAIS-Jinotega, se despertó un particular interés en el problema, siendo tomado en cuenta, motivándonos a presentar la propuesta, a las autoridades universitarias, hacerla nos permitió comprender el proceso metodológico y una mejor comprensión para la evaluación de un programa de atención a pacientes y de esta manera se cumplieron los objetivos planteados. <sup>(5)</sup>



## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la calidad de la atención que reciben los pacientes epilépticos en el centro de salud Guillermo Matute, de la ciudad de Jinotega?



### 3. OBJETIVOS

#### **Objetivo general:**

Valorar la calidad de atención que reciben los pacientes epilépticos en el Centro de Salud Guillermo Matute, de la ciudad de Jinotega.

#### **Objetivos específicos:**

1. Analizar los recursos disponibles para la atención de los pacientes epilépticos, así como el estado de los mismos.
2. Valorar el cumplimiento de las normas de atención.
3. Estimar la cobertura del servicio.
4. Analizar los resultados del tratamiento, en términos de la frecuencia de las crisis convulsivas.
5. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes en relación a la atención recibida.



## 4. MARCO TEORICO

### 4.1 Calidad de los servicios de salud.

La calidad en las instituciones de salud, es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas, para la cual la OPS/OMS define como calidad a: <sup>(6)</sup>

- Un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos e internos.
- Un impacto positivo en la salud del usuario externo.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios internos y externos.
- Un alto nivel de excelencia profesional del personal.
- Un uso eficiente de los recursos de la institución.

En el Plan Nacional de salud 2004-2015 y de la reciente revisión realizada este año, se reafirma, que se deben preparar condiciones para que a mediano y largo plazo se tenga capacidad para la atención de las afecciones crónicas para todas las edades y que deben priorizarse, Diabetes, Epilepsia, otros. Y como lo exige la ley general de salud, que todas las personas de este país deben recibir atención de calidad por lo que consideramos es un modelo a seguir, donde el beneficio no sólo es de la población usuaria; sino también de las instituciones que lo implementan, teniendo como objetivos: <sup>(3, 5,6)</sup>

Seleccionar un programa, en donde se analizara la estructura, el proceso y los resultados de los componentes de este, que permitan identificar el problema que inciden en la calidad y así priorizar el problema que se debe intervenir de inmediato; a través de un monitoreo y la evaluación del programa, que se mide y evalúa mediante indicadores que conllevan a la solución de los problemas en equipo, quienes son responsable del análisis de la causa y de la programación de soluciones, por medio de la selección de un componente y el análisis causal de los problemas cuyos objetivos y alternativas de solución, se trasforman en



actividades para conformar el plan de soluciones por la formulación de estándares e indicadores y evaluación de los resultados que aseguran que las actividades se realizaron como se programó y el problema fue resuelto.

Así como también valorar el grado de satisfacción de los usuarios internos, que son los prestadores de servicios y los externos, que son los clientes. Proporcionando una información valiosa de las prestaciones de servicios, útil para mejorar aquellos aspectos que deben ser modificados y que son difícil de obtener de otras fuentes. Teniendo en cuenta las preferencias y expectativas de los usuarios mediante la implementación de medidas como: adecuar los horarios de las consultas, facilitar el acceso a grupos mas desfavorecidos, incrementar la limpieza de los centros, incorporar la información del sistema de sugerencia y reclamaciones, contar con salas de espera confortables, desarrollar espacios para adolescentes, mejorar las relaciones entre usuarios externos e internos; y fortalecer las relaciones interpersonales entre los usuarios internos. <sup>(6)</sup>

En conclusión mejorar la calidad de atención origina una reacción en cadena que disminuye costo, mejora la productividad, aumenta la participación de los usuarios y origina la superación institucional: <sup>(6)</sup>

Mejorar la calidad, significa mayor satisfacción de los usuarios, que incrementa la demanda generando un incremento en la disponibilidad financiera; a través de la asignación presupuestaria o la recuperación de fondos para mejorar las condiciones de trabajo y remuneración al personal, incentivando así a todo el personal de trabajo lo que genera mayor participación de los usuarios y superación institucional.



## **4.2 Programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.**

El propósito del programa de epilépticos es contribuir a disminuir morbi-mortalidad, mediante la atención oportuna y eficiente de pacientes con la enfermedad, teniendo como objetivos principales: <sup>(2)</sup>

- Disminuir morbi-mortalidad de estos pacientes epilépticos.
- Satisfacer las necesidades de los pacientes que acuden al programa.
- Incrementar la demanda de las citas periódicas.
- Disminuir el tiempo de espera de la atención.
- Que en el servicio de admisión funcione las agendas de citas.
- Que los expedientes clínicos sean archivados correctamente.
- Estantes de archivos clínicos estén completos.
- Expedientes clínicos con papelería completa.
- Se lleve control de medicamento y monitoreo de todo el programa.

Para que dicho programa se desarrolle eficazmente se requiere de local, mobiliario, equipo útiles y formularios necesario los cuales estarán de acuerdo a la población a seguir; así como también de libros de registros, fichas de control de tratamiento, expedientes clínicos, tarjeteros del paciente y sobre todo dar seguimiento al paciente y de esta manera lograr la prevención y educación de los pacientes. <sup>(2,6)</sup>

El programa de control de epilépticos cuenta con normas que permiten la educación sobre la enfermedad, diagnóstico, diferentes esquemas de tratamiento con sus reacciones adversas, formularios y su forma correcta de llenarlos, lo que nos permite conocer los casos de las regiones y sectores poblacionales más afectados; así como la situación social, laboral y condición educativa de los afectados, y de esta manera lograr que en nuestro país, aún



con sus carencias, se brinde una buena e integra calidad de atención a la población que la demanda. <sup>(2,6)</sup>

### **4.3 Definición**

La epilepsia es un grupo de procesos neurológico caracterizado por episodios recurrentes de convulsiones, trastornos sensoriales, conducta anómala, pérdida de la conciencia o todo ello. Las convulsiones epilépticas pueden ocurrir más de una vez y sin causa específica. Estas convulsiones reciben el nombre de convulsiones idiopáticas. <sup>(7)</sup>

### **4.4 Epidemiología**

Aunque probablemente subestimada, se acepta una incidencia de 25 a 50 nuevos casos por 100.000 habitantes cada año. La prevalencia estimada en los países occidentales es de 500 a 1.000 enfermos epilépticos por 100.000 habitantes, de los que al menos la mitad están en actividad (considerada como el haber padecido ataques en los 2 años previos). <sup>(1,2)</sup>

La mortalidad se debe, en la mayor parte de los casos, a la causa de la epilepsia y no a las crisis en sí mismas. La mortalidad relacionada con las crisis obedece al riesgo de sufrir estados de mal convulsivo y accidentes graves o asfixia durante los ataques. Uno de los accidentes letales más comunes es el ahogamiento en el baño, incluso en la bañera de casa, que los pacientes no deben usar si no están vigilados. La mayor mortalidad incide en poblaciones seleccionadas de enfermos epilépticos con lesiones cerebrales graves y crisis incontroladas. La gran población de enfermos epilépticos sin lesiones orgánicas cerebrales graves, de nivel intelectual normal y con crisis bien controladas, no tiene una mortalidad significativamente mayor que la del resto de la población. <sup>(1,2)</sup>



#### **4.5 Factores de riesgo.**

- Herencia.
- Errores congénitos del desarrollo.
- Anoxia cerebral.
- Traumatismos craneoencefálicos.
- Tumores cerebrales primarios y secundarios.
- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.
- Trastornos metabólicos adquiridos.
- Alcohol.
- Tóxicos. <sup>(8)</sup>

#### **4.6 Factores Precipitantes de las Crisis Epilépticas.**

- Alteraciones del ritmo sueño-vigilia: Especialmente la privación de sueño altera de manera significativa la actividad eléctrica cerebral.
- Alcohol: Bien sea debido al daño cerebral consecuencia de su consumo crónico, o bien por un efecto agudo como liberador de focos epileptogénicos silentes.
- Ciclo Menstrual: Como consecuencia de los cambios hormonales que tienen lugar en el ciclo femenino, o también por la retención hídrica que la acompaña.
- Estrés: Físico (infecciones, quemaduras graves, cirugía mayor, traumatismo severos,...) o psíquico (ansiedad).
- Fármacos: Antidepresivos tricíclicos, barbitúricos, benzodiazepinas, antihistamínicos, etc. En relación con la utilización de dosis elevadas o por su supresión brusca.
- Enfermedad cerebrovascular: Lesiones isquémicas y lesiones hemorrágicas son epileptogénicas.
- Tumores cerebrales: primarios y secundarios.





- Desencadenantes de crisis "reflejas": estimulación luminosa, ruido o sobresalto, lectura, juegos de concentración mental, música, etc. <sup>(8)</sup>

#### **4.7 Clasificación Internacional de las Crisis Epilépticas:**

Estas diferentes variedades de crisis epilépticas que pueden coexistir en un mismo síndrome epiléptico, tanto si es idiopático como sintomático o criptogenético, se dividen en: <sup>(1,9)</sup>

- Crisis parciales (o focales o localizadas).
- Crisis parciales secundarias generalizadas.

##### 4.7.1 Crisis parciales (o focales o localizadas).

4.7.1.1 Con sintomatología elemental (sin disminución de conciencia), entre ellas: motoras, autonómicas, combinadas y sensitivas.

4.7.1.2 Con sintomatología compleja (con disminución de conciencia) que son: sólo disminución de conciencia, psicosenoriales, psicomotora, cognitivas, combinadas y afectivas.

4.7.2 Crisis parciales secundarias generalizadas, que se caracterizan por: crisis generales, ausencias típicas y atípicas, mioclónicas masivas, clónicas, crisis no clasificables, tónicas, atónicas, tónicas-clónicas y crisis unilaterales



## 4.8 Diagnóstico

Es clínico; y se basa en el interrogatorio ya que tanto la exploración como los exámenes complementarios son, a menudo, normales o inespecíficos. (2,10)

### 4.8.1 El diagnóstico completo incluye tres puntos:

IV.8.1.1 Antecedentes como: trauma perinatal, alteración del desarrollo psicomotor, convulsiones febriles, meningoencefalitis, otros traumatismos craneales, enfermedades neurológicas o psiquiátricas familiares e historia de la epilepsia familiar, alcoholismo y otras drogadicciones. También hay que tomar en consideración la adaptación escolar, social, matrimonial y profesional del enfermo. (2,10)

Practicar, especialmente en los niños, algún test psicométrico para cuantificar el rendimiento intelectual y detectar precozmente su deterioro. (10,11)

En las mujeres es muy importante la historia obstétrica si ha habido embarazos.

Deben hacerse sistemáticamente una hematimetría, un perfil bioquímico general de sangre, análisis de orina, radiografía de tórax, electrocardiograma (ECG) y un electroencefalograma (EEG). La serología de la sífilis. (2,10)

### 4.8.1.2 Utilidad del electroencefalograma (EEG).

La exploración complementaria que más ha contribuido al conocimiento básico de las epilepsias, que ha permitido el diagnóstico correcto de muchos enfermos



y que ha servido de soporte objetivo para la definición y clasificación de las crisis y de los síndromes epilépticos. <sup>(2,10)</sup>

Muchas veces, el diagnóstico clínico es suficientemente seguro y no es preciso insistir en tener un electroencefalograma positivo (EEG+). Cuando persiste una duda diagnóstica decisiva, puede ser útil un registro de sueño, de siesta o nocturno, con o sin privación de sueño la noche anterior. <sup>(2,10)</sup>

#### 4.8.1.3 Neuroimagen.

Las indicaciones de estudio por imagen son las siguientes:

No hay ninguna indicación en los síndromes epilépticos idiopáticos como la epilepsia benigna infantil con paroxismos centrotemporales, la picnolepsia o la epilepsia mioclónica juvenil en los que las pruebas de neuroimagen son siempre normales.

La indicación es intermedia o relativa cuando se trata simplemente de objetivar lesiones ya sospechadas por la historia y sin potencial evolutivo, por ejemplo, epilepsia postraumática del adulto, secuelas de trauma de parto o infecciones infantiles de anoxia, ictus o lesiones posquirúrgicas.

La Resonancia Magnética (RM), es mucho más sensible que la Tomografía axial computarizada (TAC), pero con criterios de costo/beneficio se puede decir que la TAC, es suficiente para diagnosticar los procesos expansivos que se manifiestan con epilepsia de reciente comienzo. Caso totalmente distinto es el del paciente con epilepsia crónica, más o menos refractaria a la medicación, en el cual la RM es obligada. <sup>(1,2)</sup>



## 4.9 Tratamiento

El tratamiento de las epilepsias no se reduce a la simple administración de fármacos y requiere tomar siempre en cuenta la realidad global del paciente y, con frecuencia, un abordaje multidisciplinario del enfermo. Cada vez más, los aspectos psicosociales y de calidad de vida entran en consideración en el tratamiento. Aproximadamente 70% de los pacientes con epilepsia logran quedar libres de crisis epilépticas, pero hasta un 30% continúan con las crisis a pesar del tratamiento con dosis adecuadas de fármacos antiepilépticos (FAE).

(11, 12, 13)

### 4.9.1 Elección del fármaco.

Exige un diagnóstico seguro.

La regla universal es la de intentar el tratamiento del paciente con un solo medicamento (monoterapia). La excepción a esta norma general de la monoterapia la constituyen los enfermos con epilepsias primarias que sufren varios tipos de crisis, de ausencia y convulsivas, que pueden requerir dos fármacos. Prácticamente nunca está indicado dar tres.

Sólo la toxicidad comprobada y relacionada con los fármacos antiepilépticos (FAE), es razón suficiente para suspender un tratamiento antiepiléptico. (Ver cuadro de la FAE). (12,13)



**Cuadro de la FAE: Fármacos utilizados para el tratamiento de la epilepsia en el listado básico del programa. (2, 8,10)**

NOMBRE GENERICO.	CONCENTRACION.	PRESENTACION.	DOSIS Y VIA DE ADMON ADULTOS.	TRATAMIENTO POR PACIENTE ADULTO.	DOSIS Y VIA DE ADMON NIÑOS.	TRATAMIENTO POR PACIENTES NIÑOS.
Fenitoina(Difenhidantoina)	100 Mg	tabletas	100 mg p.o c/8 h.	90	50 mg p.o c/8 h.	45
Fenitoina	125 mg/5 ml	Suspensión 120 ml			5 ml p.o c/12 h.	2
Carbamazepina	200 mg	Tabletas.	200 ml p.o c/8 h.	90	100 mg p.o c/8 h.	45
Fenobarbital	100 mg	Tabletas.	100 mg p.o al día.	30	50 mg p.o al día.	15
Acido Valproico.	300 mg.	Tabletas.	300 mg p.o c/8 h.	90	300 mg p.o c/12 h.	60

**4.9.2 Elección del Fármaco Antiepiléptico según el tipo de Síndrome.**

**Tipo de Síndrome.**

**Fármaco Elección.**

- Epilepsia Benigna Infantil (con Paroxismo Rolándicos en otra localización).
- Epilepsia Generalizada con Ausencia Típica.

Carbamazepina (caso seleccionado).

Valproico.  
Etosuximida.



<b>Tipo de Síndrome.</b>	<b>Fármaco Elección.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Epilepsia Generalizada con Ausencia Atípica.</li></ul>	Valproico.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Síndrome de West.</li></ul>	Vigabatrina. Valproico (altas dosis).
<ul style="list-style-type: none"><li>• Síndrome Lennox.</li></ul>	Valproico (altas Felbamato.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Epilepsia Mioclónicas Juvenil.</li></ul>	Valproico.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Epilepsia con "Gran Mal" del Despertar.</li></ul>	Valproico. Fenobarbital o Fenitoina.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Convulsiones febriles (profilaxis a largo plazo).</li></ul>	Valproico (casos seleccionado).
<ul style="list-style-type: none"><li>• Epilepsia fotosensible y epilepsia sobresalto.</li></ul>	Valproico. Clonazepam.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Epilepsia con crisis parciales simples o complejas.</li></ul>	Carbamazepina. Fenitoina. Valproico.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Epilepsia con crisis generalizadas Tónico- clónicas.</li></ul>	Valproico. Carbamazepina. Fenitoina. Fenobarbital.



## 4.10 Psicopatología asociada a epilepsia.

Existen informes anecdóticos de personas con epilepsia que usan métodos conductuales para aliviar la ansiedad, la depresión y, también reducir la frecuencia de las convulsiones como: la psicoterapia, el asesoramiento grupal o familiar, la terapia de relajación progresiva y la terapia cognitivo-conductual.

Los objetivos de los abordajes psicológicos para el tratamiento de la epilepsia incluyen: <sup>(11,14)</sup>

- Aumentar el umbral de la convulsión mediante la modulación de la actividad electroencefalográfica (EEG) o alteración del nivel de excitación.
- Modular los factores que precipita una convulsión.
- Prevenir la propagación de la actividad epilépticas y así la generalización de la convulsión.

## 4.11 Los Métodos Psicológicos del Tratamiento de la Epilepsia, incluyen:

4.11.1 Tratamiento de recompensas: la recompensa evidente; la recompensa oculta; la denegación de la recompensa; los programas de castigo y evitar alivios. <sup>(11, 14,15)</sup>

4.11.2 Autocontrol: permiten al individuo lograr el control de la actividad convulsiva mediante el uso de procesos cognoscitivos y comprenden:

- "Estrategias identificadas para el paciente" para inhibir la actividad neuronal que produce una convulsión.
- Relajación muscular progresiva.



- Desensibilización ante la presentación de una convulsión por exposición a situaciones que provocan convulsiones.
- Evitar los estímulos que precipita la convulsión.
- Psicoterapia- individual, grupal o familiar.
- Autohipnosis.

#### 4.11.3 Abordajes psicofisiológico; incluyen: (11, 14,15)

- Condicionamiento clásico, habituación y extinción de los factores que precipita la convulsión.
- Entrenamiento en la biorretroalimentación.
- Respiración diafragmática con biorretroalimentación por porcentaje de CO<sub>2</sub> al final de la respiración.

#### 4.11.4 Misceláneos:

- Programas de estrés-tratamiento.
- Entrenamiento físico.
- Masajes de cuello o corporal.
- Terapia asertiva.
- Terapia emotiva racional.
- Psicoterapia y orientación en relación con los problemas maritales; genéticos.
- Educativo y vocacionales del individuo.

4.11.5 Una combinación de las medidas anteriores individualizadas para una persona particular.





## 4.12 Consejos Generales y Régimen de Vida.

- No deben tener ninguna restricción en su dieta y régimen de vida.
- Los niños pueden hacer deporte, incluso el baño, sólo les están prohibidos los deportes de máximo riesgo no supervisables como: el alpinismo o la pesca submarina.

Hay dos precauciones generales para todos los enfermos epilépticos:

- La abstención de alcohol y de otras drogas.
- Mantener un sueño nocturno regular. <sup>(1,9)</sup>



## 5. MATERIAL Y METODO

### 5.1 Método.

El presente estudio es de evaluación de servicios de salud, mediante la utilización de metodologías cualitativas y cuantitativas:

#### 5.1.1 Entrevista a informantes claves.

Se obtuvo información sobre los recursos disponibles, y sobre el estado de los mismos, así como sobre el cumplimiento de las normas. Se tomaron como tales a la médica responsable del programa de enfermedades crónicas no transmisibles y al responsable de farmacia. Las guías de estas entrevistas se presentan en los anexos (Guía 1 Y 2). Se grabaron estas entrevistas, y luego se procedió a su transcripción y análisis. Cabe señalar que los entrevistados solicitaron el cuestionario, lo contestaron por escrito, y luego concedieron la entrevista, en la que prácticamente repitieron lo que habían escrito.

#### 5.1.2 Observación.

Mediante la observación se obtuvo información sobre las condiciones en que son atendidos los pacientes: infraestructura, iluminación, ventilación, facilidades de la sala del área de espera, instrumental de diagnóstico disponible. Se adjunta en anexos guía de observación 4.

#### 5.1.3 Entrevistas de salida.

Mediante este procedimiento se obtuvo información sobre el grado de satisfacción de los pacientes en relación a la atención recibida y se complemento información sobre cumplimiento de normas, y sobre la



adecuación en cantidad del medicamento recibido. Fueron entrevistados 50 pacientes, o bien a sus acompañantes, en casos de menores o discapacitados. La guía de esta entrevista se presenta en los anexos (Guía 3).

#### 5.1.4 Revisión de expedientes.

Tenía como finalidad saber si se registraba toda la información necesaria, si se anotaba la fecha de la próxima cita, y si el tratamiento prescrito estaba de acuerdo al esquema normatizado.

**5.2 Área de estudio:** Este trabajo investigativo se realizó en el programa de crónicos del centro de salud Guillermo Matute, de la ciudad de Jinotega. Este centro de salud cuenta con 9 médicos (6 médicos generales, 1: pediatra, 1 ginecólogo y 1 oftalmólogo); 12 enfermeras y auxiliares de enfermería, y 1 psicóloga.

**5.3 Período del estudio:** El estudio se realizó en el mes de junio del año 2008.

**5.4 Procesamiento de los datos:** Los datos fueron tabulados manualmente. El cálculo de los promedios del número de crisis, así como de sus varianzas y desviaciones estándar se realizó en el programa Excel. El análisis de la varianza en la comparación de promedios se realizó en el programa Epi-info 6.04. También se aplicó la prueba del valor "T" de student para comparar las diferencia de las variable.

**5.5 Aspectos éticos:** En el estudio no se recogen nombres de pacientes. La información ha sido utilizada sólo para los propósitos de la presente investigación. Las entrevistas a pacientes fueron realizadas después de explicarles la finalidad del estudio, de asegurarles confidencialidad en el manejo de la información, y del carácter voluntario de la participación en el estudio. Ninguna persona rechazó la entrevista.



## 5.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

La calidad de la atención se ha medido en base a cuatro indicadores: a) adecuación de los recursos, b) adecuación de los procesos, c) resultados de la atención, y d) grado de satisfacción de los usuarios. Dentro de la adecuación de los procesos se ha incluido el cumplimiento de las normas y la cobertura.

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>
Adecuación de los recursos.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disponibilidad de instrumentos para el examen de los pacientes.</li><li>• Disponibilidad de las normas de atención.</li><li>• Disponibilidad de medicamentos.</li><li>• Estado del medicamento en cuanto a fecha de vencimiento.</li><li>• Condiciones de almacenamiento.</li></ul>
Adecuación de los procesos, incluyendo cumplimiento de normas.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proporción de expedientes clínicos que tienen completa la papelería.</li><li>• Expedientes clínicos archivados en orden, según fecha de nacimiento y localidad.</li><li>• Funcionamiento de la agenda de citas.</li><li>• Tiempo de espera para la consulta.</li><li>• <u>Cumplimiento de las normas</u>: Proporción de expedientes en que el tratamiento es acorde a las normas</li><li>• <u>Cobertura</u>: pacientes inscritos como porcentaje del número estimado de pacientes epilépticos en el municipio de Jinotega.</li></ul>
Grado de satisfacción con la atención recibida	Grado de satisfacción en relación a: <ul style="list-style-type: none"><li>• Trato recibido</li><li>• Tiempo de espera</li><li>• Calidad de la atención</li><li>• Medicamentos recibidos</li></ul>
Resultados de la atención.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promedio de crisis convulsivas en las últimas cuatro semanas.</li></ul>



## 6. RESULTADOS

### 6.1 Resultados de la observación.

El edificio del centro de salud tiene una buena construcción, sin embargo, en el ambiente donde se atienden los pacientes con epilepsia, relativamente pequeño, hay otros dos médicos atendiendo simultáneamente a pacientes de otras patologías. Hay amplio ventanales que permiten una buena ventilación e iluminación natural. No hay estantes y el lavamanos con que cuenta está en mal estado. En detalle, la valoración de cada aspecto de la infraestructura se presenta a continuación:

Aspecto evaluado	MB	B	R	M	NA
Iluminación.	x				
Ventilación	x				
Techo.	x				
Paredes.	x				
Piso.	x				
Ambiente.			x		
Estantes.					x
Mobiliario.		X			

El consultorio del programa de crónico cuenta con instrumental y materiales básicos para la atención de los pacientes, pero hay escasez de papelería:

Instrumental y materiales	Existencia		Condición	
	SI	NO	B	M
Esfigmomanómetro	X		x	
Estetoscopio	X		x	
Termómetro	X		x	
Pesa	X		x	
Norma del programa	X		x	
Recetario		x		
Papel carbón	X		x	
Papelería completa		x		X
Calculadora	X		x	
Expedientes clínicos	X		x	



## 6.2 Resultados de entrevistas a informantes claves.

La responsable del programa de crónicos en el centro de salud de Jinotega considera que la atención que reciben los pacientes epilépticos es regular, ya que el abastecimiento de los medicamentos por el MINSA es insuficiente, particularmente en relación al ácido valproico, fenobarbital y otros. Es decir; no cubren totalmente las necesidades de la población. Ella señala que hay dificultades de acceso a medios diagnósticos, como: las tomografías, EEG y otros.

En cuanto a la disponibilidad de los recursos del centro de salud, destinado para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes epilépticos la responsable considera que el presupuesto destinado para el municipio de Jinotega del centro de salud Guillermo Matute del área urbana, no cubre con la demanda de la población, debido a que no hay medios diagnósticos disponibles y sobre todo son inaccesible para los pacientes.

En relación al cumplimiento de las normas de atención y factores que afectan el cumplimiento de las misma, la doctora opina que se cumplen en cierta parte debido a que el suministro del medicamento no cumple con la demanda de los pacientes; ya que no sólo se utiliza para pacientes epilépticos, sino también para otras enfermedades crónicas; como es el caso de los pacientes diabéticos que se les indica la Carbamazepina para prevenir la “neuropatía periférica”.

Entre los factores que favorecen la atención de los usuarios externos es que se cuenta con médicos que tiene conocimientos de las normas del programa, quienes son capacitados frecuentemente y aplican dichos conocimientos en la práctica; también se lleva un control adecuado del vencimiento del tratamiento; a través de tarjetas activas que evitan pérdidas del medicamento por vencimiento. Teniendo como factores desfavorables, entre ellos que no cuentan con medios diagnósticos especiales (EEG, TAC), ni abastecimiento del

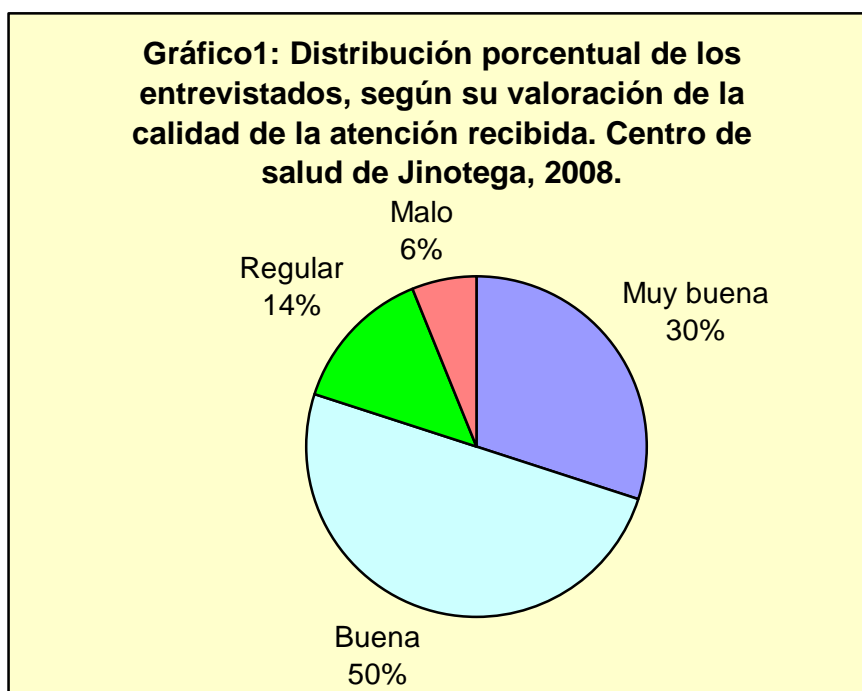


medicamento al 100%; además no se cumplen con las condiciones óptimas que requiere el almacenamiento del medicamento, y según el responsable de farmacia, el espacio es muy reducido, hay un ambiente caliente y no existen polines para depositar el medicamento.

Al realizar un análisis de la cobertura del servicio en el programa de crónicos (epilépticos) con respecto al número de pacientes registrado actualmente en el programa, según estadísticas se estima que es de un 80% aproximadamente; debido al incumplimiento a las citas y por los casos que aún no son reportados a esta unidad de salud.

### 6.3 Entrevistas de salida.

El 80% de las personas entrevistadas, pacientes o sus familiares, valoraron como buena o muy buena la calidad de la atención recibida. (Ver gráfico 1).





El trato recibido fue valorado como bueno o muy bueno por la gran mayoría de los pacientes o de sus familiares. La médica recibió la mejor valoración, en comparación con el personal de admisión y de farmacia. En relación a estas últimas, 4% se sintieron maltratadas. (Cuadro 1).

**Cuadro 1: Distribución porcentual de los entrevistados según su valoración del trato recibido de parte de diferentes miembros del personal. Centro de Salud de Jinotega, 2008.**

(n=50)

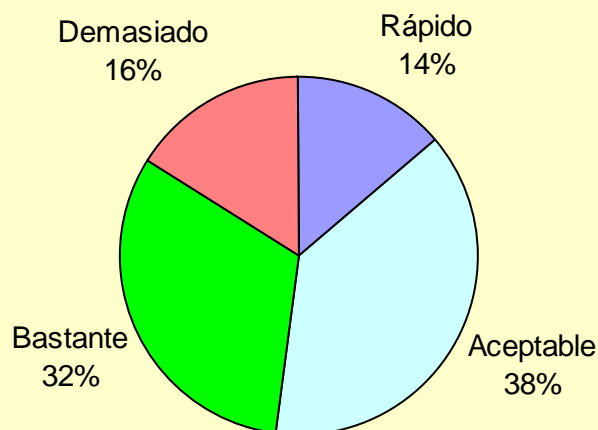
Personal	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Doctora	56	34	10	0
Farmacia	24	56	16	4
Admisión	8	74	14	4

El tiempo de espera estimado osciló en un rango entre 10 minutos y 2 horas, con una mediana de 35 minutos. 52% de los usuarios consideraron que el tiempo de espera había sido rápido o aceptable. (Ver gráfico 2).



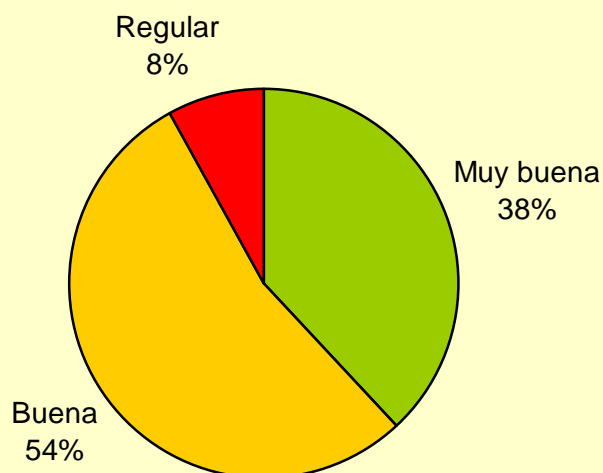


**Gráfico 2: Distribución porcentual de los entrevistados, según su valoración del tiempo de espera. Centro de salud de Jinotega, 2008.**



La gran mayoría de los entrevistados consideran que la información recibida de parte del personal es buena o muy buena. (Ver gráfico3).

**Gráfico 3: Distribución porcentual de los entrevistados, según su valoración sobre la información recibida. Centro de salud de Jinotega, 2008.**





En cuanto al medicamento recibido, 60% de los entrevistados expresaron haberlo recibido completo; el restante 40% refirió haber recibido sólo una parte.

El 98% de los pacientes fue informado sobre la fecha de su próxima cita.

### 6.3.1 Ocurrencia de crisis.

En las últimas cuatro semanas, 68% de los pacientes estuvieron libres de crisis convulsivas. El número de crisis fue mayor entre pacientes que en este período tomaron licor, se desvelaron o no tomaron con regularidad el tratamiento. En general, las diferencias en cuanto a número de crisis fueron estadísticamente significativas (cuadros 2, 3 y 4):

**Cuadro 2: Número de crisis epilépticas en las últimas cuatro semanas, en dependencia de si los pacientes tomaron o no licor en este período. Jinotega, 2008.**

Consumo de alcohol	Número de crisis		
	Mediana	Promedio	D.E.
Consumieron (n=15)	2	1.53	0.82
No consumieron (n=26)	0	0.53	0.76

Notas: Se excluyeron del cuadro 9 niño y la diferencia entre promedios es estadísticamente muy significativa ( $p < 0.01$ ).



**Cuadro 3: Número de crisis epilépticas en las últimas cuatro semanas, en dependencia de su grado de cumplimiento del tratamiento. Jinotega, 2008.**

Grado de cumplimiento del tratamiento	Número de crisis		
	Mediana	Promedio	D.E.
Muy cumplidos (n=34)	0.5	0.62	0.69
Algo cumplidos (n=12)	1.5	1.5	0.81
Poco cumplidos (n=4)	2	2.0	0.79

Nota: La diferencia entre promedios entre los muy cumplidos y los algo cumplidos es estadísticamente muy significativa ( $p < 0.01$ ).

**Cuadro 4: Número de crisis epilépticas en las últimas cuatro semanas, en dependencia de si los pacientes se habían o no desvelado en este período. Jinotega, 2008.**

Desvelos	Número de crisis		
	Mediana	Promedio	D.E.
Si (n=17)	2	1.65	0.98
No (n=24)	0	0.42	0.58

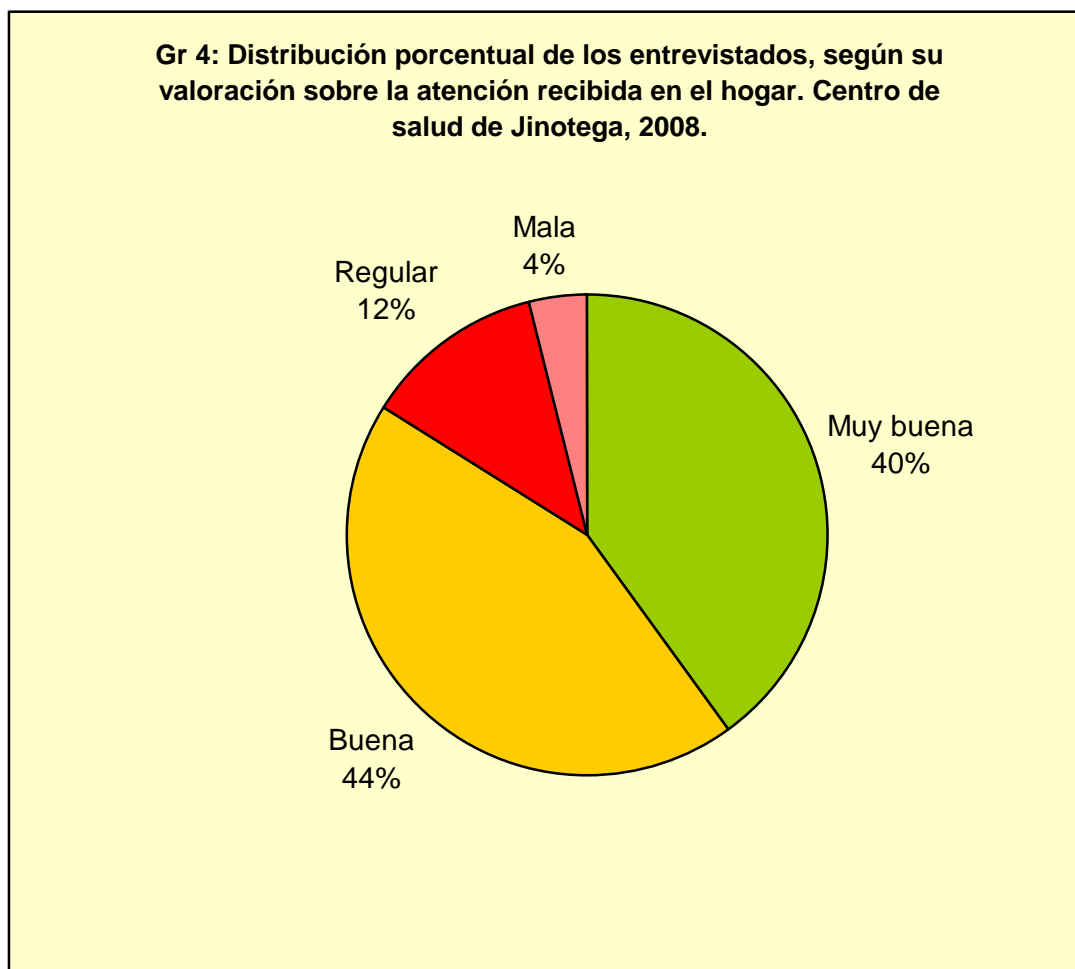
Notas:

- a) Se excluyeron del cuadro 9 niños.
- b) La diferencia entre promedios es estadísticamente significativa ( $p = 0.04$ )



### 6.3.2 Grado de satisfacción con la atención recibida:

La mayoría de los pacientes o de sus familiares valoran como buena o muy buena la atención recibida (Gráfico 4).



6.3.3 Los aspectos del programa que más les gustaron fueron los siguientes (se señala entre paréntesis el porcentaje de los entrevistados que lo mencionaron):

- Medicamento gratuito (98%).
- La amabilidad del personal de salud, especialmente la comprensión y dedicación de la doctora responsable del programa (98%).



- Capacidad y profesionalismo de los trabajadores del centro de salud (80%).
- Consejería de los médicos (64%).
- Que reciben el tratamiento completo (14%).
- Nada le gustó (2%).

6.3.4 Los aspectos que menos les gustaron fueron los siguientes:

- No dan el tratamiento completo (86%).
- No hay condiciones adecuadas en el área de espera (82%).
- Tiempo de espera prolongado (76%).
- Maltrato del personal de salud (2%).

6.3.5 Los entrevistados presentaron las siguientes recomendaciones sobre el programa:

- Contratar más médicos (100%).
- Realizar supervisiones periódicas al personal del centro de salud (95%).
- Realizar gestiones al SILAIS, gobierno u otras instituciones para mejorar las condiciones del centro de salud, y para conseguir el tratamiento completo para los pacientes (100%).

#### **6.4 Resultados de la revisión de expedientes.**

De los 50 expedientes revisados, 22 correspondían a pacientes que habían llegado personalmente a su control. En los restantes 28 casos, era un familiar quien llegaba sólo a retirar los medicamentos. Los expedientes de los 22 pacientes que acudieron a control estaban llenados correctamente.



Por otra parte, en 49 de los 50 expedientes se encontró que estaba anotada la fecha de la próxima cita.

En cuanto a cumplimiento del esquema, se encontraron 2 casos (4%) en que se estaba prescribiendo un tratamiento diferente al indicado por las normas. En ambos, se explicaba en el expediente que, debido a la carencia del medicamento indicado, se estaba recetando uno del que sí disponía la farmacia del centro de salud.



## 7. DISCUSION

En Nicaragua las características clínica-epidemiológicas de la enfermedad varían según diferentes estudios, sobre la valoración de la calidad de atención en instituciones de la salud sin embargo no existen datos precisos con los cuales se puedan realizar comparaciones.

### 7.1 Disponibilidad de recursos.

Una debilidad en la atención a los pacientes epilépticos en el centro de salud de Jinotega, es que no se dispone de suficientes medicamentos, según coinciden los pacientes y el personal de salud. El fenobarbital, aunque está en las normas, no llega del todo, pero también hay problemas con la carbamazepina, el ácido valproico y la fenitoína.

Otra dificultad es el limitado acceso a exámenes especiales, como la tomografía y el electroencefalograma, cuando estos son requeridos, según la responsable del programa de crónicos (epilépticos).

Cabe hacer notar que estas dificultades en cuanto a medicamentos y medios diagnósticos complementarios habían sido encontradas en un estudio en el Centro de Salud Perla María Norori, de la ciudad de León. <sup>(22)</sup>

Por otra parte, el programa funciona en un edificio que tiene buena estructura, pero hay cierto hacinamiento al momento de la consulta, pues en el mismo consultorio hay tres médicos atendiendo, lo que según normas y derechos de los pacientes (usuarios externos) no se cumplen; ya que se les debe brindar privacidad y contar con salas confortables para ser atendidos. <sup>(6)</sup> Se dispone del equipo básico de diagnóstico. Algunos pacientes se quejan de falta de



comodidades en la sala de espera, por falta de bancas. En la farmacia faltan polines para la colocación de los medicamentos.

## **7.2 Cumplimiento de las normas de atención.**

El cumplimiento de las normas de atención se ve limitado debido a las deficiencias en la disponibilidad de medicamentos y de medios diagnósticos complementarios, antes señalados. A veces se tiene que usar el medicamento disponible, más que el indicado, como lo expresaba la responsable del programa y como se pudo constatar mediante la revisión de expedientes.

## **7.3 Cobertura del servicio.**

En base a una población de 107,023 habitantes en el municipio de Jinotega en el año 2008, y a una prevalencia de entre 5 y 10% reportada para algunos países occidentales, se puede estimar que los 415 pacientes que atiende el centro de salud de este municipio representa una cobertura entre 39% y 77%, o sea algo inferior que la estimada por la responsable del programa (80%). Si se considera que algunos pacientes pueden ser atendidos en clínicas privadas, la cobertura del programa del centro de salud no sería mala.

## **7.4 Resultados del tratamiento, en términos de ocurrencia de crisis convulsivas.**

El dato de que el 68% de los pacientes no tuvieron crisis convulsivas en las cuatro semanas previas al estudio parece un resultado satisfactorio. No encontramos otros estudios para compararlo.

Debe de resultar de utilidad práctica haber constatado que el consumo de licor, el desvelo y el incumplimiento del tratamiento tiene consecuencias perjudiciales





en cuanto a la ocurrencia de crisis convulsivas. En las actividades educativas que se desarrollan con los pacientes se podrán utilizar los datos del presente estudio.

Cabe señalar que en estudio realizado en el centro de salud Perla Maria Nororí de la ciudad de León por Roque y Salinas <sup>(22)</sup>, encontraban como causas del fracaso terapéutico la prescripción de fármacos en dosis insuficientes y el incumplimiento del esquema de tratamiento por parte de los pacientes.

Siendo que las conductas desfavorables por parte de los pacientes puede ser causada por deficiente motivación y estados emocionales desfavorables, se deduce la necesidad de que el apoyo emocional que la responsable del programa ofrece a los pacientes se complemente con psicoterapia, lo que es factible, en vista de que el centro de salud cuenta con una psicóloga. Sólo haría falta una disposición administrativa al respecto.

### **7.5 Grado de satisfacción en relación a la atención recibida.**

Los pacientes y familiares, valoran como bueno o muy bueno en su gran mayoría la atención recibida por el personal que labora en esta unidad de salud, especialmente los involucrados con el programa de crónicos (epilépticos) del centro de salud Guillermo Matute de la ciudad de Jinotega. La médica recibió la mejor valoración, en comparación con el personal de admisión y de farmacia. Aun cuando estos resultados son favorables, no se cumple con las preferencias y expectativas de los usuarios quienes demandan:

Adecuar los horarios de las consultas, facilitar el acceso a grupos mas desfavorecidos, incrementar la limpieza de los centros, incorporar la información del sistema de sugerencia y reclamaciones, contar con salas de espera confortables, desarrollar espacios para adolescentes, mejorar las relaciones entre usuarios externos e internos; y fortalecer las relaciones interpersonales entre los usuarios internos.



con respecto a los usuarios externos (pacientes) ellos solicitan se les cumplan sus derechos; es decir; se les garantice el tratamiento gratuito y completo al 100%, que disminuya el tiempo de espera para recibir la atención médica; a

través de la contratación de más personal médico y la organización de los mismos, que mejoren la infraestructura del centro de salud, en especial el área de espera del programa de crónicos. Debido a la insatisfacción de ambos grupos pudimos comprobar que la atención brindada en esta unidad de salud no es de calidad.

.



## 8. CONCLUSIONES

La calidad de atención que reciben los pacientes epilépticos en el centro de salud Guillermo Matute, de la ciudad de Jinotega la valoramos como regular. Tiene como aspectos positivos la satisfacción de los pacientes con el trato que reciben en el centro de salud, principalmente de parte de la doctora responsable del programa, de quien se sienten apoyados emocionalmente, y con el hecho de que el medicamento sea gratuito. Les parece bien la cantidad de información que reciben durante la consulta. La experiencia de la responsable del programa es claramente una condición beneficiosa. La cobertura parece ser satisfactoria (39% a 77%), aunque la falta de datos nacionales sobre la prevalencia de la enfermedad dificultan una buena valoración al respecto. El hecho de que dos tercios de los pacientes estuvieron libres de crisis convulsivas en las cuatro semanas previas al estudio representa un resultado favorable.

Las debilidades en la atención tienen que ver principalmente con la insuficiente disponibilidad de medicamentos, y con dificultades de acceso a exámenes complementarios como la tomografía y el electroencefalograma. Agregado a lo anterior, el espacio y privacidad para la atención son limitados. La sala de espera no les ofrece comodidades a los pacientes. Casi la mitad de los pacientes siente que el tiempo de espera es más de lo necesario. El incumplimiento de los pacientes en cuanto a evitar el consumo de bebidas alcohólicas, los desvelos y en relación al cumplimiento con el tratamiento prescrito se convirtieron en factores desfavorables, al asociarse con una mayor frecuencia de crisis convulsivas. La falta de atención psicológica que complementa el trabajo de la doctora pudiera contribuir a estas fallas en la conducta de los pacientes.



## 9. RECOMENDACIONES

- 1) Fortalecer la educación a los pacientes y sus familiares, sobre todo en cuanto a la necesidad de evitar el consumo de alcohol y el desvelo, y para mejorar las actitudes hacia el cumplimiento del tratamiento.
  
- 2) Organizar servicio de psicoterapia, al menos para los pacientes que más lo necesiten, de parte de la psicóloga del centro de salud, contando para este fin con el recurso que significa la psicóloga del centro de salud.
  
- 3) Realizar gestiones con el SILAIS, gobierno u otras instituciones para:
  - Que proporcionen el tratamiento completo a los pacientes epilépticos.
  
  - Mejorar infraestructura del área de espera del programa de crónicos, en si condicionar dicha sala para los pacientes, colocar abanicos, mas iluminación, bancas oasis y si es posible una TV.
  
  - Mejorar el acceso a exámenes de diagnóstico complementarios, como tomografía y EEG.



## 10. Bibliografía

1. Ciril R. y editores. Medicina Interna Farreras Rozman 14<sup>va</sup>. Ed. Ediciones Harcourt. Madrid España.2000.
2. Montiel, José A. y Col. Normas de programas de atención a paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. Ministerio de salud. Imprimatur Artes Gráficas, S.A. Nicaragua, sep. 2000.
3. Plan Nacional de Salud 2004-2015. Managua, Nicaragua; Septiembre 2004. Cap. 3:36, Cap.4:46,61.
4. Cheuk DkL, Wong V. Acupuntura para la epilepsia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4.Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
5. Ley General de Salud. Reglamento de la ley General de Salud. MINSA. Managua, Nicaragua, Cap.4:46,61.
6. Gerencia de calidad. Promoviendo una cultura de calidad en la instituciones del primer nivel de atención. W 84 C 961 P. 2001. HEODRA .Ej.3<sup>er</sup>. pp.204-225
7. Zarranz JJ. Epilepsias. En Zarranz JJ. Neurología. 2<sup>da</sup> ed. Madrid: Harcourt, 1998: 419-470.
8. <http://triple WWW. Fistera. Com / guías 2 /epilepsia. Htm>.
9. Medicina Interna 14 <sup>va</sup>. Edición, 2000, S.A. www.harcout.es. Sec.12 Neurología. Cap.188 Epilepsia.
10. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15<sup>va</sup>. Edición. Editorial. McGraw Hill. México. 2002.



11. Ramaratnam S, Baker GA, Goldstein LH. Tratamientos psicológicos para la epilepsia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006. Número 4. Oxford: update Software Ltd. Disponible en: <http://WWW.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 200, UKssue 4.Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
12. Armijo Simón JA, Herranz JL. Fármacos antiepilépticos. *Medicine* 1988; 99:4605-4616.
13. Shorvon S, Dreifuss F, Fish S, Thomas D. *The treatment of epilepsy*. Oxford, Blackwell Science, 1996.
14. Hopkins A, Shorvon S, Cascino G. *Epilepsy*, 2ª ed. Londres. Chapman & Hall Medical, 1995.
15. Porter RJ, Chadwick D. *Epilepsias 2*. Boston, Butterworths-Heinemann, 1997 (edición española, Barcelona, Temis Pharma, 1998).
16. Alvarado JD, Arbizu ML. Cols. Comportamiento Clínico de los pacientes epilépticos que asisten al programa de crónicos del centro de salud Guillermo matute de la ciudad de Jinotega 2006-2007.
17. Roque AC, Salina LJ. Manejo Terapéutico de los pacientes epilépticos en el programa dispensarizados del centro de salud "Perla Maria Norori" León, Nicaragua, 1997 (Tesis).
18. Martínez AM. Comportamiento Clínico de epilepsia en pacientes crónicos en Juigalpa. UNAN-LEON. Nicaragua, 1988 (Tesis).
19. Rocha FJ. Vanega MN. Frecuencia de crisis convulsivas en niños del Hospital Regional Santiago de Jinotepe. UNAN-LEON. Nicaragua, 1988 (Tesis).
20. Arguello R. Psicosis y epilepsia. UNAN.LEON. Nicaragua, 1987 (Tesis).
21. Schafter H. Epilepsia psicomotora. León, Nicaragua, 1973 (Tesis).
22. Roque y Salinas. Op cit. (Ver referencia 17).



# ANEXOS



## 1. GUIA DE ENTREVISTA A RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

- **En general, ¿cómo valora la calidad de atención que reciben los pacientes epilépticos del Municipio de Jinotega?**
  
- **¿Qué le parece la disponibilidad de recursos del centro de salud destinados para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes epilépticos?** ¿En qué medida se cuenta con los instrumentos de diagnóstico? ¿Qué tan accesibles son para los pacientes las pruebas diagnósticas que requieren estos pacientes? ¿Cómo está la disponibilidad de medicamentos? ¿Hay suficiente papelería?
  
- **¿En qué medida se cumplen las normas de atención?** ¿Cómo se desarrollan las actividades de información y educación? ¿Qué factores afectan el cumplimiento de las normas?
  
- **¿En qué medida se está teniendo éxito en reducir las crisis convulsivas y en evitar secuelas?**
  
- **¿Cuáles son los principales factores favorables para la atención?**  
**¿Cuáles son desfavorables?**





## 2. GUIA DE ENTREVISTA A LA RESPONSABLE DE FARMACIA.

1. **¿Cómo esta el abastecimiento de medicamento para los pacientes epilépticos?** ¿Les viene Carbamazepina? ¿Acido valproico? ¿Fenitoina? ¿Viene en cantidad suficiente para todo el mes? ¿Con cual tiene mayores problemas de abastecimiento?
2. ¿Las condiciones en que guarda el medicamento son las adecuadas?
3. ¿Cómo controlan la fecha de vencimiento del tratamiento? ¿Qué hace para evitar perdidas por vencimiento?
4. ¿Qué tal es la información que le dan en farmacia a los pacientes sobre el medicamento que toma?



### 3. CUESTIONARIO PARA ENTREVISTAS DE SALIDA

1. Ficha:\_\_\_\_\_
2. Persona entrevistada. Enfermo\_\_\_(1) Familiar\_\_\_(2) Otro\_\_\_(3)  
(Especificar):\_\_\_\_\_
3. Si no es el enfermo el entrevistado, señalar la razón. Menor de edad\_\_\_(1); Discapacidad mental\_\_\_(2); El enfermo anda trabajando\_\_\_(3);

#### Grado de satisfacción

Vamos a pedirle su valoración sobre algunos aspectos del programa, y le pedimos que para cada una usted nos diga si la considera muy buenas, buena, regular o mala. Si acaso no pasó por alguno de estos lugares, nos lo dice.

	MB	B	R	M	NA
4. ¿Qué opina usted de la calidad de atención que le dan en el programa?					
¿Cómo sintió el trato que le dieron en...					
5... La admisión (estadística)?					
6...La consulta de la doctora?					
7...La farmacia?					

8. ¿Cuánto tiempo pasó desde que se presentó a la ventanilla de admisión hasta que lo pasaron a consulta? \_\_\_\_\_ minutos.
9. ¿Cómo le pareció el tiempo que tuvo que esperar desde que llegó al centro de salud hasta que lo pasaron a la consulta? *Leer opciones*  
Lo pasaron rápido\_\_\_ (1); Es aceptable el tiempo que tuvo que esperar\_\_\_ (2); Lo hicieron esperar bastante\_\_\_ (3); Lo hicieron esperar demasiado\_\_\_ (4)
10. ¿Qué es lo que más le gusta del programa?



11. ¿Qué es lo que menos le gusta del programa?

12. ¿Qué recomendaciones le da al personal del centro de salud?

### Algunos aspectos técnicos de la atención

13. ¿Qué tanto le han informado sobre su enfermedad y sobre el tratamiento que recibe?

Muy bien\_\_\_ (1) Bien\_\_\_ (2) Regular\_\_\_ (3) Poco\_\_\_ (4)  
Nada\_\_\_ (5)

14. ¿Le entregaron todo el medicamento que necesita?

Si, lo recibió todo\_\_\_ (1); Le entregaron una parte\_\_\_ (2); No le entregaron nada\_\_\_ (3)

15. ¿Le dijeron la fecha en que le toca la próxima cita? Si\_\_(1) No\_\_(2)

Vamos a hacerle algunas preguntas sobre lo que sucede en su casa, en relación a su enfermedad.

16. ¿En las últimas cuatro semanas, cuántas crisis o ataques ha tenido? \_\_\_

17. ¿Qué tan cumplido ha sido usted en las últimas cuatro semanas en tomar el tratamiento que le mandan para la epilepsia?

Muy cumplido\_\_\_ (1) Algo cumplido\_\_\_ (2) Poco cumplido\_\_\_ (3)

18. ¿Le sobraron pastillas? *Si responde negativamente, anotar 0. Si la respuesta es positiva, preguntar: ¿Para cuántos días tiene pastillas? \_\_\_ días.*



19. ¿Ha tomado licor en las últimas cuatro semanas? *Si responde negativamente, anotar 0. Si la respuesta es positiva, preguntar: ¿Cuántos tragos o cervezas se ha tomado en este tiempo? \_\_\_\_\_ tragos o cervezas.*

20. ¿En las últimas cuatro semanas, se ha desvelado? *Si responde negativamente, anotar 0. Si la respuesta es positiva, preguntar: ¿Cuántas veces se ha desvelado? \_\_\_veces.*

21. ¿Qué tanto se interesa usted en tomar el tratamiento?  
Mucho\_\_\_ (1) Algo\_\_\_ (2) Poco\_\_\_ (3) Nada\_\_\_ (4)

22. ¿Cómo siente que lo atienden en su casa?

Muy bien\_\_\_ (1) Bien\_\_\_ (2) Regular\_\_\_ (3) Mal\_\_\_ (4)



#### 4. GUIA DE OBSERVACION

4.1 Infraestructura de la clínica del programa de dispensarizado y de farmacia.

<b>Aspectos a evaluar.</b>	<b>MB</b>	<b>B</b>	<b>R</b>	<b>M</b>	<b>NA</b>
Iluminación.					
Ventilación					
Techo.					
Paredes.					
Piso.					
Ambiente.					
Estantes.					
Mobiliario.					

4.2 Equipos de trabajo:

<b>Materiales</b>	<b>Existencia</b>		<b>Condición</b>	
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>B</b>	<b>M</b>
Esfigmomanómetro				
Estetoscopio				
Termómetro				
Pesa				
Norma del programa				
Recetarios				
Papel carbón				
Papelería completa				
Calculadora				
Expedientes clínicos				