

Trabajo Original

Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spiritus. Cuba

Epidemiología clínica de la epilepsia en la población adulta del municipio Sancti Spiritus

Clinical epidemiology epilepsy in the adult population of Sancti Spiritus municipality

Yoel Alberto Conde Pérez¹, Daikelin Díaz González², Miriela Conde Pérez³, Isela de la C. Navia Reyes⁴, Berto D. Conde Fernández⁵

Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spiritus. Cuba¹. yconde.ssp@infomed.sld.cu

Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spiritus. Cuba².

Residente de 1er año en Medicina Interna. Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spiritus. Cuba³.

Especialista de 2do grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spiritus. Cuba⁴.

Doctor en Ciencias Pedagógicas. Especialista de 2do grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Investigador Adjunto. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spiritus. Cuba⁵.

RESUMEN

Fundamento: la epilepsia es una enfermedad crónica no transmisible necesitada de control en la atención primaria de salud. **Objetivos:** determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes adultos con epilepsia en el municipio Sancti Spiritus. **Metodología:** se realizó una investigación descriptiva de corte transversal, desde enero a diciembre del año 2010; en el análisis de los datos se emplearon técnicas de estadística descriptiva. **Resultados:** se registró una prevalencia de pacientes con epilepsia de 9,60 por cada 1000 habitantes, la que resultó mayor entre los 15 y 19 años de edad, con similar distribución en ambos sexos. Predominaron en estos pacientes las crisis focales. La mayoría de los enfermos estaban escolarizados y desarrollaban una vida laboral activa, pero solamente la tercera parte mantenía relaciones conyugales estables. **Conclusiones:** la epilepsia constituye una enfermedad frecuente en la población adulta del municipio Sancti Spiritus, donde se define como un importante problema de salud en el joven; debe prestarse atención diferenciada a los aspectos psicosociales relacionados con esta enfermedad así como un mayor esfuerzo para incrementar su control integral en el consultorio médico de la familia.

DeCS: EPILEPSIA /epidemiología, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, ADULTO

Palabras clave: epilepsia, epidemiología, atención primaria de salud, adulto

SUMMARY

Background: epilepsy is a non transmissible chronic disease which needs control in the primary care of health. **Objectives:** to determine the clinical epidemiological characteristics of adult patients with epilepsy in Sancti Spiritus municipality. **Methodology:** a transversal descriptive investigation was carried out from January to December 2010; in the data analysis descriptive and statistical techniques were used. **Results:** there was a prevalence of patients with epilepsy of 9.60 per every 1000 inhabitants being the greater prevalence between 15 and 19 years old with the similar distribution in both sexes. There was a greater prevalence in focal crisis. Most of the patients had certain level of education and they had an active working life but only a third part had stable marital relations. **Conclusions:** epilepsy constitutes a frequent

disease in the adult population of Sancti Spiritus municipality where it is defined as an important problem of health in young people. We must pay attention to psychosocial aspects related to this disease as well as a greater effort to increase its integral control in the family doctor office.

MeSH: EPILEPSY/epidemiology, PRIMARY HEALTH CARE, ADULT

Keywords: epilepsy, epidemiology, primary care of health, adult

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una enfermedad crónica no transmisible conocida desde la antigüedad y caracterizada por la repetición de crisis de origen cerebral (crisis epilépticas), las que resultan de descargas paroxísticas originadas en las neuronas, capaces de generar síntomas y signos detectables por el paciente o por un observador¹.

Aunque la forma de presentación más llamativa de la crisis epiléptica es la convulsión, no todas las epilepsias son de naturaleza convulsivante. Entre los síntomas y signos que con mayor frecuencia expresan estas crisis se señalan: modificaciones bruscas del estado de conciencia, fenómenos motores inapropiados, fenómenos sensitivos o sensoriales anormales, alteraciones de la respuesta del individuo a su entorno, variantes específicas de cefalea y convulsiones^{1,2}.

En el siglo XX la epilepsia quedó definida como un importante problema de salud en el mundo. La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) señala que esta enfermedad registra una prevalencia en el hemisferio occidental que oscila entre 0,5 y 6,2 casos por cada 1000 habitantes, con una expectativa de vida inferior con relación a las personas aparentemente sanas³.

En Cuba, a partir de 1980 se incrementaron las investigaciones referidas a las enfermedades crónicas no transmisibles, pero ha sido la epilepsia la afección menos estudiada. La primera publicación sobre esta enfermedad en la provincia de Sancti Spiritus data de 1997 y abordó su mortalidad en adultos hospitalizados⁴.

La investigación que se presenta reconoce como objetivo: caracterizar la epidemiología clínica de población adulta con diagnóstico de epilepsia, radicada en el área urbana del municipio Sancti Spiritus. Se pretende ofrecer a los médicos de familia y directivos información de utilidad para la definición de estrategias de promoción de salud, prevención, diagnóstico y control de la epilepsia en la comunidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal, desde enero a diciembre del año 2010. La población a estudiar incluyó la totalidad de las personas con 15 y más años de edad radicadas en el municipio Sancti Spiritus, ascendente a 90 029 habitantes, de ellos 43 521 del sexo masculino y 46 508 del sexo femenino. Se trabajó con una muestra intencional conformada por la totalidad de los enfermos con diagnóstico de epilepsia registrados en los consultorios médicos de la familia, integrada por 865 pacientes.

Para la obtención del dato primario se consultó la historia de salud individual de cada paciente; la información obtenida fue complementada mediante el estudio de la historia de salud familiar. En el procesamiento y análisis de los datos se emplearon técnicas de estadística descriptiva.

RESULTADOS

Grupos de edad (años)	Áreas de salud									
	Norte		Centro		Sur		Olivos		Sub Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	Tasa por 1000 hab.
15 - 19	41	13,0	42	17,2	5	3,7	14	8,1	102	14,84
20 - 24	32	10,2	31	12,7	8	6,0	25	14,4	96	2,55
25 - 59	187	59,3	119	48,7	107	80,4	103	59,5	516	9,62
60 - 64	14	4,4	12	4,9	11	8,3	8	4,6	45	6,23
65 y más	41	13,0	40	16,4	2	1,5	23	13,2	106	7,16
Total	315	36,4	244	28,2	133	15,3	173	20,0	865	9,60

Fuente: historia de salud individual y familiar

El análisis estadístico no evidenció diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexos (Tabla 3).

Tabla 3 Prevalencia de la población adulta con epilepsia según sexo

Áreas de salud	Distribución por sexos					
	Masculino		Femenino		Sub total	
	No.	%	No.	%	No.	Tasa por 1000 hab.
Norte	154	34,3	161	38,7	315	36,4
Centro	137	30,5	107	25,7	244	28,2
Sur	77	17,1	56	13,5	133	15,3
Olivos	81	18,0	92	22,1	173	20,0
Total	449	51,9	416	48,1	865	9,60

Fuente: historia de salud individual y familiar Las crisis focales, padecidas por 446 enfermos (51,6 %), resultaron las más frecuentemente diagnosticadas (Tabla 4). Las crisis generalizadas representaron el 41,2 % y las crisis no clasificables el 7,2 % restante.

Tabla 4 Distribución de los pacientes epilépticos adultos según tipo de crisis

Tipo de crisis	Nº	%
Crisis focales	446	51,6
Crisis generalizadas	386	44,6
Crisis no clasificables	33	3,8
Total	865	100,0

Fuente: historia de salud individual y familiar

La distribución según su estado civil (Tabla 5) evidencia que el 53,7 % de los enfermos no ha logrado estabilizar una relación matrimonial. Al unir los casados (17,0 %) y quienes viven en unión consensual (19,6 %), sólo el 36,6 % mantenía una relación de pareja estable.

Tabla 5 Distribución de los pacientes epilépticos según estado civil

Estado civil	Nº	%
Soltero	250	28,9
Casado	147	17,0
Unión consensual	169	19,6
Divorciado	215	24,8
Viudo	84	9,7
Total	865	100

Fuente: historia de salud individual y familiar El 96,3 % de estos pacientes recibió educación escolarizada (Tabla 6).

Tabla 6 Distribución de los pacientes epilépticos según su escolaridad

Escolaridad	Nº	%
Iletrado	12	1,4
Educación primaria	333	38,6
Secundaria básica	195	22,5
Pre universitario	169	19,5
Técnico medio	102	11,8
Universitario	54	6,2
Total	865	100

Fuente: historia de salud individual y familiar

El 92,7 % desempeñaba alguna ocupación, profesión u oficio; cifra que incluyó también a quienes estudiaban en el momento de la investigación (Tabla 7).

Tabla 7 Distribución de los pacientes epilépticos según ocupación

Ocupación	Nº	%
Desocupado	63	7,3
Obrero agrícola	86	9,9
Constructor	51	5,9
Cuentapropista	47	5,4
Trabajador de servicios comunales	40	4,6
Obrero	243	28,0
Técnico medio	140	16,3
Profesionales	32	3,7
Estudiantes	111	12,9
Otros oficios	25	2,9
No conocido	27	3,1
Total	865	100

Fuente: historia de salud individual y familiar

El criterio de control de la enfermedad, considerado como el resultado de la asistencia recibida en la atención primaria de salud, se constató en el 71,4 % de los pacientes y en cuanto a la terapéutica, el 91,0 % empleaba fármacos antiepilépticos.

DISCUSIÓN

En el contexto internacional, la mayoría de los estudios publicados reportan tasas de prevalencia para la epilepsia que varían entre 5 y 9 casos por 1000 habitantes, las que se corresponden con una incidencia de 30 a 50 casos por 100,000 personas anualmente y una incidencia acumulativa del 3 % hasta los 75 años. La enfermedad resulta más frecuente en la infancia y se plantea que en el 75 % de los pacientes la epilepsia se inicia antes de los 18 años^{5,6}.

En Cuba, la prevalencia de la epilepsia oscila alrededor de 6 casos por cada 1000 habitantes⁷. Se registran dos "picos" de frecuencia: el primero correspondiente a los individuos menores de 20 años de edad y el segundo en ancianos mayores de 65 años. Sin embargo, cada vez resulta más común el diagnóstico de esta enfermedad en la población adulta; el incremento en la supervivencia condiciona que la prevalencia se incremente en estas edades⁸.

Los resultados encontrados en el municipio Sancti Spíritus resultan superiores a lo reportado internacionalmente y en Cuba, lo que reafirma que la epilepsia constituye una enfermedad crónica no transmisible frecuente y requerida de control en la atención primaria de salud. Se coincide con los mencionados estudios en lo referido a una mayor prevalencia en los jóvenes.

En el municipio Sancti Spíritus, la epilepsia se distribuyó de manera similar en ambos sexos a diferencia de diversos estudios que señalan una mayor frecuencia para el sexo masculino^{4,5}.

En 1981 la comisión de clasificación y terminología de la Liga Internacional contra la Epilepsia aprobó una clasificación clínica y electroencefalográfica de las crisis epilépticas y en 1985 estableció la clasificación de las epilepsias y síndromes epilépticos, revisada en 1989. En el año 2001 se aprobaron nuevas definiciones en los términos más empleados para el diagnóstico, así como recomendaciones para la conclusión de los planteamientos sindrómico y nosológico^{7,8}.

A partir de estos criterios, en un estudio que incluyó 7 500 pacientes con diagnóstico de epilepsia realizado en Barcelona⁹, se encontró una mayor frecuencia de crisis focales, las que representaron el 45,38 %. Sin embargo, en una investigación similar realizada en Tanzania¹⁰, se reportó que el 58,0 % de los enfermos sufrían crisis generalizadas.

En los pacientes de este estudio las crisis focales fueron las más diagnosticadas. Las epilepsias focales constituyen un grupo heterogéneo que puede tener numerosos síntomas: sensoriales, somatomotores, mentales, viscerales. En muchos enfermos cursan sin toma de la conciencia, pero en otros progresan a la toma sensorial e incluso pueden determinar una crisis secundariamente generalizada^{11,12}.

El estudio electroencefalográfico de las crisis focales se caracteriza por la presencia de descargas epilépticas localizadas en una sola parte del cráneo y del cuerpo respectivamente. Las espigas localizadas en ocasiones son rítmicas, pero otras veces las descargas son difusas y el electroencefalograma muestra desincronizaciones o hipersincronizaciones^{11,12}.

Estas descargas pueden originarse en una parte o en todo el hemisferio cerebral, unilateral o bilateral; otras veces en forma de descargas que aparecen en uno u otro hemisferio, o de manera simultánea en el mismo paciente. Cuando las crisis focales se generalizan secundariamente, presentan todas las características de una crisis generalizada^{11,12}.

Alrededor de la epilepsia se han elucubrado disímiles teorías; tradicionalmente los pacientes se han visto rechazados y no raramente su curso evolutivo queda signado por importantes afectaciones psicológicas y sociales. La familia, la comunidad y la sociedad desempeñan roles fundamentales en el establecimiento de

la denominada "personalidad epiléptica", pero también están llamadas a potenciar el control integral de esta enfermedad.

Los trastornos psicológicos que frecuentemente acompañan a la epilepsia han sido argumentados para explicar las dificultades que estos pacientes presentan en sus relaciones matrimoniales, lo que explica que muchos no lleguen a concretar una relación de pareja y establecer una nueva familia^{13,14}.

Al estudiar este aspecto se propone la realización de otros estudios donde se evalúen la necesidad de incrementar el apoyo psicológico y la integración social del paciente epiléptico. Aunque los resultados obtenidos son inferiores a lo reportado por otros autores, un número importante de pacientes no han logrado mantener una relación matrimonial estable.

La tendencia a la segregación del epiléptico, unido a limitaciones intelectuales resultantes de la repetición de determinados tipos de crisis y a las propias afectaciones psíquicas, influye también en el contexto educacional. En una investigación antológica realizada en Cuba por la Dra. María A. Pascual en 1972¹⁵, el 33,3 % de los pacientes tenían una escolaridad cercana al analfabetismo.

Con relación a la educación del paciente epiléptico, en el municipio Sancti Spíritus se evidencia un elevado índice de escolarización, lo que se interpreta como expresión de los esfuerzos que en materia de inclusión social se realizan en el país. Se comenta que el 11,8 % de los integrantes de la muestra concluyó su preparación como técnico medio y el 6,2 % su titulación universitaria, expresión de las potencialidades que subsisten en estos pacientes, donde las diferencias individuales y el apoyo familiar y social pueden resultar decisivos con relación a su educabilidad.

Otro de los problemas que enfrenta el epiléptico en su adaptación social se relaciona con las políticas de empleo. Se señala que existen oficios y profesiones que no deben ser desempeñados por estos enfermos; en muchos países existen regulaciones que les impiden conducir vehículos, operar maquinarias de producción continua, trabajar en el mar o laborar en alturas¹⁶.

En la actualidad se conoce que el trabajo facilita la integración social del epiléptico, mejora su autoestima y parece reducir el número de crisis, probablemente porque el hecho de sentirse útil y de tener un puesto de trabajo, hace que los pacientes cumplimenten las medidas higiénicas de vida y la medicación para no verse en situaciones que perjudicarían su situación laboral¹⁷. También en este aspecto los resultados correspondientes al municipio Sancti Spiritus resultan alentadores.

El control del paciente epiléptico constituye uno de los objetivos de la atención integral al adulto en Cuba. Aunque la mayoría de los pacientes estudiados se encuentran controlados, resulta necesario continuar trabajando hasta que ello se logre en todos los casos; existen incluso nuevas opciones terapéuticas para los casos de epilepsia refractaria con promisorios resultados.

En este contexto, el tratamiento preventivo adquiere primordial importancia; el paciente debe conocer los elementos distintivos de su enfermedad, el tipo de crisis que padece, las medidas generales de protección individual y los signos de alarma que requieren de la consulta médica inmediata^{11,18}.

De la misma manera, la terapéutica específica puede ser complementada con programas de rehabilitación psicológica, social, física o laboral en correspondencia con las particularidades de cada enfermo.

CONCLUSIONES

La epilepsia constituye una enfermedad crónica no trasmisible frecuente en la población adulta del municipio Sancti Spiritus, donde se define como un importante problema de salud en el joven. Aunque los avances registrados en materia de educación escolarizada e incorporación laboral resultan incuestionables, debe prestarse atención diferenciada a los aspectos psicosociales relacionados con esta enfermedad sobre todo en el contexto matrimonial y familiar. Se requiere también de un esfuerzo mayor para incrementar el control integral de la epilepsia en el consultorio médico de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dorland D. Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina. Voz: "Epilepsia". 30ª Ed. Madrid: Editorial Elsevier; 2005.p.651.
2. Zarranz Imirizaldu J.J. Epilepsias. En: Farreras P, Rozman C. Edit: Medicina Interna. 145ª ed. Madrid : Editorial Elsevier; 2004.p.1406 -23.
3. Yu L, Blumenfeld H. Theories of impaired consciousness in epilepsy. Ann N Y Acad Sci. 2009 Mar; 1157:48-60.Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.2009.04472.x/abstract>
4. Bender del Busto, J.E. Mortalidad por epilepsia en el adulto hospitalizado en Sancti Spíritus. Rev Cienc Méd 3 de Diciembre. 1997; 12(1):32.
5. Scottish Intercollegiate Guidelines. Diagnosis and management of epilepsy in adults. Edinburgh : Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2003 Apr. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign70.pdf>
6. Nice.org.uk. Reino Unido. The epilepsies: the diagnosis and management of the pilepsies in adults and children in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellenc; 2004. [updated 2012 May 2]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=CG020NICEguideline>
7. Hernández Cossío O, Hernández Fusté O. Clasificación de las crisis o ataques epilépticos. Ecimed. 2002.
8. Hernández Cossío O, Hernández Fusté O. Clasificación de las Epilepsias. Ecimed. 2002
9. Oller Ferrer Vidal L. Prevalencia de los distintos tipos de epilepsia en la práctica médica. Rev. Neurología 2002Mar; 34 (6): 526-531.Disponible en: <http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?or=pubmed&id=2001359>
10. Rwiza HT, Kilonzo GP, Haule J, Matuja WB, Mteza I, Mbenza P, et al.Prevalence and incidence of epilepsy in Ulanga, a rural Tanzania district: community-based study. Epilepsia. 1992 Nov-dec;33(6):1051-6.
11. Campos Castello J. The neuropsychology of epilepsy: what factors are involved. Rev Neurol. 2006 Oct 10;43 Suppl 1:S59-70.Available from: <http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?or=pubmed&id=2006393>
12. Pozo D, Pozo AJ. Nuevo enfoque conceptual de la epilepsia. Rev Cubana Pediatr. 2001; 73(4): 224-9.Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol73_4_01/ped05401.htm
13. Guerrero D, Infante Y, Palacios-Espinosa X. Epilepsia: Personalidad, Depresión, Atención y Memoria. Repert. med. cir. 2008;17(3):156.Available from: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=53453&id_seccion=3341&id_ejemplar=5406&id_revista=193
14. Kanner, A.M. Depression and Epilepsy: A New Perspective on Two Closely Related Disorders. Epilepsy Curr. 2006 Sep-Oct;6(5):141-6.Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1783479/>
15. Pascual MA. Prevalencia de la Epilepsia. Un estudio en la población. Consejo Nacional de Sociedades Científicas de Ciencias Médicas. La Habana : Ministerio de Salud Pública; 1974.
16. Villanueva Gómez MC, Fernández Miranda M. Sociedad, Ley y Epilepsia. Rev Neurol. 2002; 35(Supl 1):150-55.Available from: <http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?id=2002195>

17. Das K, Banerjee M, Mondal GP, Devi LG, Singh OP et al. Evaluation of socio-economic factors causing discontinuation of epilepsy treatment resulting in seizure recurrence: A study in an urban epilepsy clinic in India . *Seizure*. 2007Oct; 16(7):601-7. Available from: <http://www.seizure-journal.com/article/S1059-1311%2807%2900097-0/abstract>
18. Escolano Mejía D. Epilepsia: Una guía para médicos. *Guías clínicas*. 2006; 6 (43): 2 -12.