

# Epilepsia y su remisión en primer nivel de atención

Marina Estrada-Castillejos,<sup>1</sup>  
Elizabeth Soler-Huerta,<sup>2</sup>  
Mauro Gómez-Márquez,<sup>3</sup>  
Fabián Molar-Castro,<sup>4</sup>  
Luis Sainz-Vázquez,<sup>1</sup>  
Héctor González-Contreras<sup>1</sup>

## RESUMEN

Objetivo: identificar la remisión de epilepsia en una unidad de primer nivel.

Métodos: se revisaron 330 expedientes de pacientes epilépticos en la Unidad de Medicina Familiar 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Xalapa, Veracruz. De acuerdo con los criterios de remisión, 216 pacientes se encontraban controlados. Posteriormente se procedió a entrevistar a 150 pacientes controlados. El estudio se llevó a cabo de enero de 2004 a julio de 2006. Se incluyó a pacientes que aceptaron participar, que acudieron a sus citas para corroborar el diagnóstico y que contaban con expedientes legibles y completos.

Resultados: de los 150 pacientes, todos se encontraban controlados y ninguno logró curarse. La evolución de la epilepsia fue de cinco a nueve años (49 %). Las crisis que predominaron fueron las parciales en 54 %. La edad al diagnóstico osciló entre uno y 10 años (44 %). El tiempo de ingestión de medicamentos osciló entre tres y ocho años (51 %); predominaron los pacientes controlados con monoterapia en 51 % de los casos.

Conclusiones: todos los pacientes estudiados estuvieron controlados a dos años de seguimiento, sin embargo, ninguno logró curarse.

## SUMMARY

Objective: to identify the epilepsy remission period in a primary care unit.

Methods: there were 330 patients with diagnosis of epilepsy in remission according to the international criteria treated in a Primary Care Unit of the *Instituto Mexicano del Seguro Social, Xalapa, Veracruz*; There were 216 patients who were controlled (without epilepsy crisis) 150 of them were interviewed with a structure instrument designed for this purpose.

Results: the history of epilepsy was from five to nine years (49 %). Partial crisis was identified in 54 %. The age of diagnosis was established in 44% between one to ten years. The patients received drug treatment during a period of three to eight years in 51 % of them. The monotherapy was used in 51 % of the cases.

Conclusions: remission of epilepsy crisis can be obtained in most patients with two years drug treatment. However, we can not talk about definitive cure.

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Familiar 66

<sup>2</sup>Jefatura de Prestaciones Médicas

<sup>3</sup>Hospital General de Zona 11

<sup>4</sup>Unidad de Medicina Familiar 13, Tamuín, San Luis Potosí

Autores 1, 2 y 3, Xalapa, Veracruz

Instituto Mexicano del Seguro Social

Comunicación con: Marina Estrada-Castillejos.

Tel.: (228) 812 9300.

Correo electrónico: mec750318smc@hotmail.com

## Introducción

La epilepsia es una condición neurológica clínica, crónica y debilitante considerada como un síndrome de origen multifactorial. Tanto las convulsiones como la epilepsia son fenómenos clínicos originados por la hiperexcitabilidad de las neuronas de los hemisferios cerebrales y que pueden ser definidos en términos fisiológicos y clínicos.<sup>1</sup>

La epilepsia es un problema de salud que afecta aproximadamente 1 a 2 % de la población gene-

ral. También es uno de los trastornos neurológicos de mayor prevalencia y una de las principales causas de incapacidad en pacientes jóvenes.<sup>2,3</sup>

Para hablar del control y curación de la epilepsia, indistintamente ha sido usado el término remisión.<sup>1</sup> En 1979, Annergerys y colaboradores establecieron que la epilepsia sin crisis comiciales por un lapso de cinco años, con ausencia o presencia de tratamiento anticonvulsivante, se denomina *epilepsia curada*. La Liga Internacional contra la Epilepsia, en su comisión de estudios epidemiológicos, acogió esta defi-

## Palabras clave

epilepsia  
enfermedades  
del sistema nervioso

## Key words

epilepsy  
nervous system  
diseases

nición en 1993. Bajo estos criterios se define como epilepsia controlada aquella que con tratamiento farmacológico logra periodos indistintos libres de crisis.<sup>1</sup>

Existen pocos estudios de tasas de curación. Un ejemplo es el estudio americano Rochester en 305 pacientes, de los cuales 75 % tuvo cinco años libres de crisis a los 20 años de seguimiento. Asimismo destaca el estudio británico nacional general *Practice Study of Epilepsy*, con 564 pacientes, de los cuales 54 % logró cinco años libres de crisis a los nueve años de seguimiento.<sup>1</sup>

En otra investigación realizada en el Hospital "Severo Ochoa" de Madrid, donde se incluyó a niños menores de 14 años, con siete años de haber iniciado el tratamiento, 68 % de los pacientes logró remisión después de tres años.

El reducido número de estudios relacionados con este tema parece indicar que a largo plazo (10 a 20 años), aproximadamente 70 % de los pacientes analizados presenta remisiones prolongadas de la epilepsia, mientras que el restante 30 % continúa con crisis epilépticas. Estas conclusiones se basan en estudios retrospectivos o en series mixtas de niños y adultos, en los que se presta poca atención a los protocolos de tratamiento, particularmente a la supresión de los medicamentos.

Es evidente que el tratamiento condiciona de un modo importante la probabilidad de un paciente epiléptico para permanecer en remisión. No obstante, la falta de adherencia al tratamiento es uno de los principales factores que modifica la efectividad farmacológica de los antiepilépticos, los cuales pueden controlar la crisis epiléptica en 85 a 90 % de los casos tratados.<sup>4,5</sup> En México se desconoce el porcentaje de la remisión de la epilepsia, por lo que decidimos analizar un grupo de pacientes epilépticos en remisión en una unidad de primer nivel.

## **Métodos**

Se revisaron 330 expedientes de pacientes epilépticos en la Unidad Médico Familiar 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Xalapa, Veracruz; de acuerdo con los criterios de remisión, 216 pacientes se encontraban como controlados. De éstos se entrevistó a 150 entre enero de 2004 y julio de 2006. Se incluyó a pacientes que aceptaron participar, que acudieron a sus citas para corroborar el diagnóstico y que contaban con expedientes legibles y completos; de igual forma se excluyó a los pacientes dados de baja en el sistema, finados o no localizados durante el estudio.

La entrevista comprendía 24 reactivos, 15 de opción múltiple y nueve preguntas abiertas. Este cuestionario permitió obtener los siguientes datos: ficha de identificación, evolución de la epilepsia, tipo de epilepsia, medicamentos utilizados, antecedentes familiares de epilepsia, interconsultas a neurología, clasificación familiar, índice de pobreza familiar. Una vez recabados los datos necesarios se elaboró una base de datos.

## **Resultados**

Se incluyó a 150 pacientes, todos controlados pero no curados. El rango de edad estuvo entre cinco y 69 años; predominó el grupo de edad entre los 13 y 21 años (30 %). El 58 % de las pacientes era del sexo femenino y 42 % del masculino. En los datos sobre la escolaridad sobresalió que 31 % había cursado la preparatoria completa. A esto hay que añadir que 55 % de los pacientes correspondía a estudiantes con una evolución de la epilepsia entre cinco y nueve años (49 %). En cuanto al tipo de crisis, hubo predominio de las crisis parciales en 54 %. El 62 % de los sujetos analizados no tenía antecedentes familiares de epilepsia. La edad promedio al diagnóstico de la epilepsia varió entre uno y 10 años (44 %). El 97 % de los pacientes había acudido a interconsulta neurológica.

El rango de tiempo de ingestión de medicamentos en los pacientes epilépticos fue entre tres y 28 años, prevaleciendo el periodo de tres a ocho años (51 %). El control con monoterapia se llevó a cabo en 51 % de los casos. Los medicamentos utilizados para el control, de acuerdo con la crisis que presentaban los pacientes, están descritos en el cuadro I.

Respecto a la clasificación familiar de los pacientes epilépticos identificamos lo siguiente: por su composición, 75 % pertenecía a familia nuclear; por su desarrollo, 63 % a familia tradicional; por su demografía, 92 % a familia urbana; por su integración, 93 % a familia integrada; por la ocupación del jefe de la familia, 64 % estaba en el rubro de empleado. El índice de pobreza familiar dominante en los pacientes analizados fue de pobreza baja en 67 %.

## **Discusión**

El estudio de remisión de la epilepsia, entendida como la curación y control de la misma, es de vital importancia porque es un reflejo de la eficacia del

tratamiento, el cual a su vez repercute en la calidad de vida del paciente. En este estudio, todos los pacientes estaban controlados pero ninguno pudo ser curado durante los dos años que duró el seguimiento, a pesar de que muchos llevaban más de cinco años de tratamiento. Estos resultados son muy diferentes a los encontrados en otras investigaciones,<sup>4,5</sup> donde se informa la curación de 55 a 75 % de los pacientes tratados. Tal vez esto se deba a que el tiempo de seguimiento de estos estudios fue mayor. Lo más viable sería prolongar esta investigación a más de cinco años, sobre todo porque predominan pacientes en edad productiva. Esta opción nos permitirá observar qué sucede con la curación de la epilepsia en nuestra población, ya que al momento no existen estudios de seguimientos en nuestro país.

En esta investigación, la totalidad de los pacientes presentó remisión de la epilepsia a los tres años de iniciado el tratamiento, al igual que lo informado por Ramos y colaboradores en un estudio prospectivo en paciente menores de 14 años, donde se alcanzó una remisión en 86 % de los casos a los cuatro años de iniciado el tratamiento en pacientes con crisis tónico-clónicas generalizadas.<sup>6,7</sup>

Lo anterior indica que actualmente contamos con más anticonvulsivos con mejores efectos.

En el presente análisis, las crisis parciales controladas fueron predominantes aun cuando en la literatura<sup>8</sup> se identifican como factor de riesgo para farmacoresistencia, lo que confirma un adecuado diagnóstico, así como un buen tratamiento.

Los registros de otros estudios, además de los ya mencionados, refieren que el número de crisis comiciales pretratamiento son un factor pronóstico: a menor número de crisis mejor evolución.<sup>9</sup> Pero como en el presente trabajo no evaluamos este aspecto, desconocemos si esto influyó en el control.

Cabe mencionar que en este trabajo existieron pacientes con tratamiento hasta por 28 años. Sin embargo, desconocemos las causas de la no curación debido a que no fue el diseño adecuado para ello. La pauta queda abierta para que próximas investigaciones se concentren en estos aspectos.

En este grupo de pacientes se estudiaron, además, las características de las familias de los pacientes, ya que en la literatura se indica que la familia influye en todo el proceso de la enfermedad.<sup>10</sup> Identificamos que predominaron las familias compuestas únicamente por la parejas y los hijos, tradicionales en sus costumbres, urbanas por la localización de sus domicilios, con índices de pobreza baja e integradas en relación con su funcionamiento. Sin embargo, por el tipo de estudio

**Cuadro I**  
**Prescripción de medicamento por tipo de crisis epiléptica**

Medicamentos	Crisis parciales		Crisis generalizadas	
	n	%	n	%
Carbamazepina	7	4.6	4	2.7
Difenilhidantoína	24	16	13	8.7
Lamotrigina	2	1.3	0	0.0
Topiramato	3	2	4	2.7
Valproato de magnesio	18	12	12	8.0
Carbamazepina y difenilhidantoína	6	4	4	2.7
Carbamazepina y lamotrigina	1	0.67	2	1.3
Carbamazepina y topiramato	1	0.67	1	.67
Carbamazepina y valproato de magnesio	2	1.3	4	
Difenilhidantoína y fenobarbital	1	0.67	0	
Difenilhidantoína y lamotrigina	0		2	
Difenilhidantoína y topiramato	2		1	
Difenilhidantoína y valproato de magnesio	2		10	
Fenobarbital y topiramato	0		1	
Fenobarbital y valproato de magnesio	3		1	
Lamotrigina y topiramato	4		4	
Lamotrigina y valproato de magnesio	1		2	
Topiramato y valproato de magnesio	2		4	
Difenilhidantoína, fenobarbital, lamotrigina	1		0	
Fenobarbital, topiramato, valproato Mg	1		0	
Total pacientes	81	54	69	46

no podemos afirmar que esto haya influido en el control del padecimiento.

En conclusión podemos decir que la epilepsia en la población estudiada tuvo un adecuado control; no obstante, desconocemos el porcentaje de curación de la misma. Debemos realizar trabajos de seguimiento a largo plazo en pacientes de diagnóstico reciente, así como llevar a cabo investigaciones sobre las causas de no curación en pacientes con larga evolución, para que el clínico proporcione un adecuada calidad de vida, pues esta situación representa un reto clínico y un alto costo para los servicios de salud.<sup>10-12</sup>

## Referencias

1. Carrizosa MJ, Cornejo OW. Epilepsia curada y controlada. *Rev Mex Neuroci* 2004;5(4):319-324.
2. Reséndiz AJ, Rodríguez RE, Contreras BJ, Ceja MH, Barragán PE, Garza MS, et al. Estudio abierto aleatorio y comparativo de la monoterapia con topiramato frente a carbamazepina en el trata-

**Estrada-Castillejos M  
et al.  
Epilepsia  
y su remisión**

- miento de pacientes pediátricos con epilepsia de reciente diagnóstico. *Rev Neurol* 2004;39(3):201-204.
3. Corredera GE, Gómez AJ, Arias M, Seijo MM, Rodríguez J, Rubio NE, López F. Tratamiento con topiramato em pacientes com epilepsia refractaria. *Ver Neurol* 2003;37(5):401-404.
  4. Hauser A. Prognosis of epilepsy; the Rochester studies. En: Jallon P, editor. *Prognosis of epilepsies*. Paris: John Libbey Eutotext; 2003. p. 55-63.
  5. Linsten H, Stenlund H, Forsgren L. Remission of seizures in a population based adult cohort with a newly diagnosed unprovoked epileptic seizure. *Epilepsia* 2001;42(8):1025-1030.
  6. Ramos LJ, Cansinello GE, Vázquez LM, Carrasco MML, Muñoz HA, Martín GM. Remisión a largo plazo de la epilepsia en la infancia estudio prospectivo. *Rev Neurol* 2002;34(9):824-829.
  7. Santiago RE, Sales CV, Ramos RR. Factores de riesgo para incumplimiento terapéutico en pacientes con epilepsias. *Gac Med Mex* 2002;139(3):241-246.
  8. Arroyo S. Evaluación de la epilepsia farmacorresistente. *Rev Neurol* 2000;30(9):881-886.
  9. Sancho RJ, López T. Pronóstico de las epilepsias. *Rev Neurol* 2000;30(4):333-336.
  10. Castro-Sánchez A. El apoyo social en la enfermedad crónica: el caso de los pacientes diabéticos tipo 2. *Rev Salud Publica Nutr* 2006;7(4).
  11. Pérez PJ, Sosa AM, González CS. Conocimiento, control clínico y actitudes de los médicos de atención primaria frente a los pacientes epilépticos. *Rev Neurol* 2005;40(7):385-393.
  12. Argumosa A, Herranz JL. El coste económico de la epilepsia infantil en España. *Rev Neurol* 2000;30(2):104-108.