



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA**



DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 7º

UNIDAD: 4

MATERIA: CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

TITULO DEL TRABAJO: (RESUMEN)

EPILEPSIA

EPILEPSIA

DEFINICION DE EPILEPSIA

Trastorno del sistema nervioso central (SNC) caracterizado por la repetición de dos o más crisis epilépticas en ausencia de una causa inmediata aguda identificable que la provoque.

Según la más reciente definición de la Liga Contra la Epilepsia (ILAE), la epilepsia es un trastorno del cerebro caracterizado por una predisposición duradera a generar crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición.

EPIDEMIOLOGIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), resalta que la epilepsia es un problema de salud pública que puede afectar a las personas de todas las edades.

En el ámbito mundial, existen, aproximadamente, 50 millones de personas con epilepsia. De estos, 80% de los pacientes viven en países en vías de desarrollo e ingresos bajos. Cabe mencionar que, aproximadamente, 70% de los pacientes con epilepsia podrían encontrarse libres de crisis si se diagnosticaran y trataran adecuadamente. El riesgo de muerte prematura es tres veces mayor que la población general. Asimismo, 75% de los pacientes que viven en países en vías de desarrollo no recibe el tratamiento que necesita y, mundialmente, son estigmatizados por su enfermedad. En México, se reportó una prevalencia de la enfermedad de 1.5 por cada 100 000 habitantes y se calcula que alrededor de dos millones de pacientes padecen epilepsia en la actualidad.

CLASIFICACION

La epilepsia ha sido clasificada, por la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE). La primera clasificación describía semiológicamente a las crisis epilépticas en parciales y generalizadas, utilizando el subgrupo de parciales para aquellas crisis que se originan en un solo sitio del hemisferio y el de generalizada para

aquellas que involucran a ambos hemisferios. Actualmente, las divide en tres categorías dependiendo del inicio de las crisis:

Clasificación desde el punto de vista clínico y electroencefalográfico (ILAE)

-Crisis de inicio focal (antes parcial). (CP)

Son aquellas en las que existe evidencia de inicio focal y la actividad epiléptica queda circunscrita a pequeñas áreas de la corteza cerebral. Su semiología dependerá de la funcionalidad de dicha área. En el electroencefalograma (EEG) crítico se evidencia actividad focal.

1.- Crisis parciales simples (CPS). 2.-Crisis parciales complejas (CPC). 3.-Crisis parciales secundariamente generalizadas(CPSG).

-Crisis de inicio generalizado (antes generalizada). (CG)

Son episodios clínicos y electroencefalográficos bilaterales sin un comienzo focal detectable y con alteración de la conciencia desde su inicio. Traducen una descarga generalizada de neuronas de toda la corteza cerebral. En el EEG crítico se observan paroxismos generalizados.

Se dividen en:

1.- Ausencias típicas. 2.- Ausencias atípicas. 3.- Crisis mioclónicas (CM). 4.- Crisis clónicas. 5.- Crisis tónicas. 6.- Crisis tónico-clónicas (CGTC). 7.- Crisis atónicas.

-Crisis de inicio desconocido. (Idiopáticas)

Se denomina idiopática (de **origen desconocido**) y no tiene ninguna señal cerebral y, por tanto, no se puede conocer la causa de los ataques epilépticos.

Se desconoce su causa. Se postulan factores genéticos implicados. No existe otra enfermedad que la propia epilepsia.

ETIOLOGIA

Las crisis epilépticas son consecuencia de un desequilibrio entre los procesos de excitación e inhibición neuronal del Sistema Nervioso central (SNC) (exceso de excitación o un defecto de inhibición), que tiene como consecuencia una descarga neuronal anómala, siendo muchos los factores que pueden alterar dicho equilibrio. El cerebro normal, bajo determinadas circunstancias, puede sufrir una crisis epiléptica, y existen diferencias entre los individuos en cuanto a la susceptibilidad o umbral para sufrir una crisis epiléptica, lo que sugiere la existencia de factores endógenos subyacentes, entre ellos factores genéticos y, por otro lado, que determinados procesos o patologías tienen muchas probabilidades de producir un trastorno epiléptico crónico.

La frecuencia de las distintas causas de epilepsia varía con la edad de aparición: en la infancia tardía y adolescencia las causas más frecuentes de crisis comiciales son las idiopáticas y los traumatismos; en el adulto entre 18-50 años son los traumatismos y los tumores, y en los mayores de 50 años, las enfermedades cerebrovasculares y neurodegenerativas.

DIAGNOSTICO

La epilepsia, se explica como una enfermedad cerebral que debe presentar, al menos, uno de los siguientes eventos: dos crisis no provocadas (reflejas) con, mínimo, 24 horas de diferencia entre ellas; una crisis no provocada (o refleja) y una probabilidad de crisis similar a la recurrencia general de, al menos, 60% después de dos crisis no provocadas que ocurrió en un periodo de 10 años y el diagnóstico de un síndrome epiléptico. Es importante aclarar que para que determinemos que un paciente tiene un riesgo de 60% de recurrencia, necesitamos estudios adicionales de imagen y electroencefalograma.

TRATAMIENTO

Aproximadamente, la mitad de los pacientes con un nuevo diagnóstico de epilepsia estarán libres de crisis con el primer fármaco antiepiléptico (FAE) que se les sea administrado. No existe un fármaco antiepiléptico ideal, ya que todos tienen efectos secundarios. La adecuada tolerancia de los efectos secundarios es

tan importante, como la eficacia antiepiléptica de los FAE en el apego de los pacientes. Por este motivo, se sugiere siempre individualizar el manejo de los pacientes con epilepsia. Se deben evaluar diversos factores.

Según la ILAE bajo una revisión de la evidencia de fármacos. Se establece un nivel de evidencia para todos los fármacos antiepilépticos según el tipo de crisis.

En general, los FAE se dividen en:

-FAE de corto espectro: Utilizados para crisis focales: carbamazepina, eslicarbazepina, gabapentina, lacosamida, oxcarbazepina, fenobarbital, fenitoína, pregabalina, tiagabina, vigabatrina.

-FAE de amplio espectro: Empleados para crisis de inicio focal e inicio generalizado: brivaracetam, clobazam, felbamato, lamotrigina, levetiracetam, perampanel, rufinamida, topiramato, valproato y zonisamida.

En general, los fármacos inductores enzimáticos (fenitoína, carbamazepina, fenobarbital, primidona, oxcarbazepina y topiramato) son los FAE con mayores interacciones con otros fármacos como warfarina (utilizados como anticoagulantes) y tratamiento oral anticonceptivo, así como antineoplásicos y antibióticos. Se recomienda siempre antes del inicio de cualquier fármaco antiepiléptico, revisar sus interacciones.

BIBLIOGRAFIA

Lozano Mérida, R. CONVULSIONES EN EL ÁREA DE URGENCIAS. Disponible en:<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/convulso.pdf>

José de Jesús Vidal Mayo. Primera crisis epiléptica en pacientes adultos. First seizures in adult patients. Revista Med Int Méx. 2018;34(5):746-761. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n5/0186-4866-mim-34-05-746.pdf>