



Proyecto de tesis

La epilepsia su clínica y sus generalidades y perspectivas que tiene  
para los estudiantes de medicina de la UDS.

Licenciatura en medicina humana

Presenta

Zahobi Bailon Peralta

Asesor

Maria Veronica Roman Campos

1.1 TITULO-- La epilepsia su clínica y sus generalidades y el conocimiento que esta tiene para los estudiantes de medicina humana

## Introducción

A través de la historia de la humanidad desde Hipócrates (460 a 355 a.C.) hasta la actualidad, pocos padecimientos han acumulado tantas creencias erróneas, basadas en la superstición, prejuicio o ignorancia como la epilepsia; misma que ha sido vista como castigo, hechizo, posesión demoníaca, enfermedad contagiosa o locura. La epilepsia está considerada epidemiológicamente como un problema de salud pública a nivel mundial y principalmente en países subdesarrollados debido a sus altos índices de incidencia y prevalencia así como por sus consecuencias médicas y sociales. Debido a estas consecuencias la calidad de vida del paciente con epilepsia. Y en esta tesis se busca de cuantos estudiantes del área de medicina saben en relación a la epilepsia, buscando comparar con pruebas cuantitativas cuanto ha cambiado el conocimiento de esta en pase los años.

Las epilepsias constituyen un conjunto heterogéneo de entidades nosológicas y síndromes caracterizados por la presencia de crisis epilépticas recurrentes. La presencia de rasgos clínicos comunes, una cronopatología característica o un perfil genético ha permitido delinear los llamados síndromes epilépticos, que engloban en ocasiones varias entidades nosológicas.

El carácter familiar de varios tipos de epilepsias se conoce desde la antigüedad, así como el carácter hereditario de algunas entidades nosológicas como la fenilcetonuria o las facomatosis, que dan lugar a crisis epilépticas.

Dentro de los llamados síndromes epilépticos tenemos aquellos que en los que la clínica está relacionada con una anomalía genética monogénica, que se transmite de forma dominante como las convulsiones neonatales benignas, o recesiva como las epilepsias mioclónicas progresivas. En otros casos existen datos epidemiológicos que sugieren la existencia de factores genéticos implicados en la predisposición que interactúan con otros factores ambientales. El componente hereditario está presente en al menos el 40% de todas las epilepsias, especialmente en las infantiles, y la epilepsia es a su vez un componente del fenotipo de más de 100 trastornos de base genética.

La aplicación de la biología molecular a la epileptología ha permitido reforzar nuestro conocimiento de las bases genéticas de algunas epilepsias y va a ser determinante para establecer una taxonomía de las enfermedades y síndromes epilépticos más adecuada a la etiopatogenia de los procesos. Siguiendo los procedimientos antes referidos se han localizado a nivel cromosómico varios genes involucrados en la génesis de epilepsias idiopáticas tanto generalizadas como parciales y 4 de ellos han sido plenamente identificados.

## OBJETIVOS

**OBJETIVO GENERAL-** Evaluar el conocimiento de la epilepsia y sus generalidades en los estudiantes de medicina de la UDS. Variable específica y población muestra - El estudio se basará en el conocimiento que los estudiantes de medicina de la UDS de primer y quinto semestre con pruebas cuantitativas y comparativas

### **OBJETIVO ESPECÍFICO**

- 2 Aplicar evaluaciones que analicen el conocimiento que los estudiantes de medicina de la UDS, tienen acerca de la epilepsia.
- 3 Comparar los resultados de los grupos de estudio.
- 4 Diseñar estrategias de evaluación

## Planteamiento del problema

La epilepsia es responsable de una proporción significativa de la carga mundial de morbilidad, pues afecta a más de 50 millones de personas. La proporción de la población general con epilepsia activa (es decir, con ataques continuos o necesidad de tratamiento) en un momento dado se estima entre 4 y 10 personas cada 1000.

A nivel mundial, se estima que 5 millones de personas son diagnosticadas con epilepsia cada año. En los países de ingresos altos, se calcula que cada año se diagnostica epilepsia a 49 por cada 100 000 personas. En los países de ingresos bajos y medianos, esta cifra puede llegar a 139 por cada 100 000. Esto obedece probablemente al mayor riesgo de enfermedades endémicas como el paludismo o la neurocisticercosis, la mayor incidencia de lesiones causadas por accidentes de tránsito, los traumatismos relacionados con el parto, las variaciones en la infraestructura médica, la disponibilidad de programas de salud preventiva y la accesibilidad de la atención. Cerca del 80% de los pacientes viven en países de ingresos bajos y medianos.

Desde que fue considerada «enfermedad sagrada», la epilepsia ha tenido una connotación sobrenatural, divina o mágica, que ha señalado al que la padece como un individuo diferente a los demás y por tanto, objeto de prejuicio.

Las actitudes de la gente hacia el epiléptico son habitualmente discriminatorias, muchas veces propiciadas por el mismo enfermo, quien también tiene su propio prejuicio hacia la enfermedad y «vive su papel» de individuo estigmatizado creando un círculo vicioso difícil de romper, que afecta la calidad de vida. Por eso es importante que los estudiantes de la UDS conozcan más sobre esta enfermedad para un bien social y académico .

Los problemas sociales a que se enfrenta el epiléptico sabemos que empiezan dentro de la misma familia. Dentro de ella existen dos reacciones extremas que deben evitarse: la sobreprotección y el rechazo. La primera es habitualmente asumida por uno de los padres o ambos, y consiste en querer evitar a toda costa riesgos para el hijo que padece

epilepsia: «que no salga solo a la calle porque se puede caer y lastimar», «que no vaya a la escuela para que no se burlen de él ni inicie o continúe sus estudios porque éstos «pueden forzar su cerebro y empeorar las crisis». El producto final será un individuo inseguro, totalmente dependiente e invalidado para llevar una vida propia y bastarse así mismo. Los padres en estos casos se olvidan de que no son eternos y cuando mueran el hijo epiléptico sobreprotegido será una carga para el resto de la familia o para la sociedad.

El rechazo es menos probable por parte de los padres pero puede darse en uno de ellos, que culpa al otro de haberle transmitido el padecimiento o bien éste le crea sufrimiento y desea mejor alejarse de él. Es más probable que los hermanos manifiesten el rechazo ya que si los padres le dan al epiléptico un trato especial automáticamente se sienten desplazados en el cariño o aprecio al que también tienen derecho.

Fuera del seno familiar se presenta en edad escolar el rechazo de los maestros. Por el desconocimiento acerca del problema, indebidamente lo excluyen de recibir una educación, aduciendo que «el esfuerzo puede ser dañino», que «puede lastimarse dentro de la escuela debido a las crisis y que asusta a los compañeros». El resultado es un individuo carente de conocimientos para desenvolverse solo cuando llegue a la edad productiva.

Aún cuando el epiléptico haya logrado recibir una instrucción, a veces de nivel profesional, se enfrentará a la dificultad para obtener un empleo si informa que padece epilepsia.

Si la oculta y tiene acceso al trabajo, existe el riesgo de que se le niegue la posibilidad de progresar dentro del ámbito laboral sólo por ser epiléptico o puede ser despedido si presenta una crisis en el trabajo con lo que regresa de nuevo a la dependencia económica de su familia.

Em cuanto a las relaciones interpersonales, el epiléptico sufre la dificultad para ser aceptado por sus compañeros de escuela, si es que asiste a ella, pues suele ser objeto

de la curiosidad y burlas de sus compañeros o del rechazo y el aislamiento. Al llegar el momento de buscar una pareja para formar una familia propia, la inseguridad y pobre autoestima dificultan el acercamiento.

Puede intentarlo ocultando a la pareja la enfermedad, pero tarde o temprano, ésta se enterará y puede reaccionar adversamente por haber sido engañada.

Otro prejuicio que impide el acercamiento a los individuos del sexo opuesto es el de la transmisión genética de la enfermedad, que afortunadamente no existe en la mayoría de los casos, así como el temor a la teratogénesis por el tratamiento en el caso de la mujer epiléptica que se embaraza, lo cual es un riesgo calculado que puede evaluarse antes de la concepción.

En cuanto a las situaciones legales, la epilepsia se incluye dentro de la categoría de «insanidad» como sinónimo de alteración psiquiátrica y puede recibir el mismo tratamiento de incapacidad mental para tomar decisiones o para hacerse cargo de los hijos.

Por otro lado, un epiléptico que sea encontrado en la vía pública en estado postictal o con una crisis parcial compleja fácilmente es acusado de estar bajo los efectos de drogas estupefacientes y es detenido sin miramientos.

La restricción en nuestro país para conducir un vehículo es meramente personal: el paciente se abstiene o la familia hace que se abstenga por los riesgos potenciales pero al solicitar una licencia nadie pregunta si se padece epilepsia. En otros países sí hay una legislación al respecto, donde se contemplan requisitos variables para tramitarla y en general es bastante difícil obtenerla.

Las compañías aseguradoras cobran primas estratosféricas a los epilépticos o incluso les niegan el derecho a adquirir un seguro de vida o de gastos médicos, lo cual no tiene razón de ser.



Se sabe que los riesgos no son tan altos como se prejuzga, ya que por ejemplo, los accidentes de tránsito se dan 4000 veces más por exceso de velocidad que en relación a un evento epiléptico. Incluso la esperanza de vida no difiere significativamente de la de la población general.

Los problemas sociales del epiléptico son en su mayoría producto de la ignorancia acerca de la enfermedad, así que una buena solución es difundir el conocimiento de la misma, empezando por el mismo enfermo, sus familiares cercanos, sus amigos y finalmente el público en general, que está mejor informado del SIDA que de este problema que es con mucho más frecuente e impactante que el primero, pero no ha sido objeto de campañas publicitarias.

Desafortunadamente, el médico contribuye con su parte para que existan problemas sociales, pues en ocasiones no se ocupa de informar adecuadamente a su paciente epiléptico lo que es la enfermedad y los tratamientos, hace una serie de prohibiciones que a veces se exceden de lo razonable y no suele interesarse en los aspectos sociales ni canaliza al paciente con quien le pueda ayudar.

La otra parte del problema es la pobre auto-estima del sujeto epiléptico que no acepta su enfermedad. En este sentido puede recurrirse a la psicoterapia o bien a grupos de autoayuda, como el GRUPO ACEPTACION DE EPILEPTICOS (GADEP), que se fundó y funciona en el CMN 20 de Noviembre, y está abierto para cualquier persona con epilepsia que desee recurrir a él.

Además de hacer un buen diagnóstico y una buena prescripción farmacológica, la meta en el manejo del paciente epiléptico debe ser el lograr la aceptación de la epilepsia como una enfermedad sin estigma que le permita tener una calidad de vida digna. Los síntomas de las convulsiones varían según el tipo de convulsión. Dado que la epilepsia se debe a cierta actividad en el cerebro, las convulsiones pueden afectar cualquier proceso cerebral. Algunos de los síntomas de las convulsiones pueden incluir los siguientes:

La mayoría de las personas con epilepsia normalmente tienen el mismo tipo de convulsión en cada episodio. Los síntomas suelen ser similares en todos los episodios.

### Señales de alarma de las convulsiones

Algunas personas con convulsiones focales experimentan señales de alarma momentos antes de tener una convulsión. Estas señales se conocen como aura.

Las señales de alarma pueden ser una sensación en el estómago o emociones, como el miedo. Algunas personas tienen experiencias de déjà vu. Las auras también pueden ser un sabor o un olor. Pueden ser visuales, como una luz fija o intermitente, un color o una figura. Algunas personas pueden tener mareos o perder el equilibrio. Otras pueden ver cosas que no son reales, lo que se conoce como alucinaciones.

Las convulsiones se clasifican como focales o generalizadas, según cómo y dónde comienza la actividad cerebral que las causa.

Las convulsiones que aparentemente se producen a causa de la actividad en una sola parte del cerebro se denominan convulsiones focales. Estas se agrupan en dos categorías:

Convulsiones localizadas sin pérdida de la consciencia. Anteriormente denominadas convulsiones parciales simples, estas convulsiones no causan la pérdida del conocimiento (consciencia). Pueden alterar las emociones o cambiar la manera de ver,

oler, sentir, saborear o escuchar. Algunas personas tienen déjà vu. Este tipo de convulsión también puede producir espasmos involuntarios de una parte del cuerpo, como un brazo o una pierna. Además, las convulsiones focales pueden ocasionar síntomas sensoriales como hormigueos, mareos y destellos de luz.

Convulsiones focales con pérdida del conocimiento. Anteriormente conocidas como convulsiones parciales complejas, estas convulsiones incluyen una alteración o la pérdida de la conciencia. Con este tipo de convulsión, la persona puede sentir como si estuviera soñando. Durante una convulsión focal con alteración de la conciencia, algunas personas miran fijamente al espacio y no responden con normalidad al entorno. También pueden hacer movimientos repetitivos, como frotarse las manos, masticar, tragar o caminar en círculos.

Los síntomas de las convulsiones focales pueden confundirse con otras afecciones neurológicas, como la migraña, la narcolepsia o las enfermedades mentales. Se necesitan un examen y pruebas rigurosos para revelar si los síntomas son a causa de la epilepsia o de otra afección.

## JUSTIFICACION

El estudio de la epilepsia es importante porque esta enfermedad tiene repercusiones económicas, neurológicas, cognitivas, psicológicas y sociales: Repercusiones económica .La epilepsia puede tener un impacto económico considerable en los hogares, debido a las necesidades de atención de salud, las muertes prematuras y la pérdida de productividad laboral.

Consecuencias neurológicas, cognitivas, psicológicas y sociales La epilepsia puede tener consecuencias neurológicas, cognitivas, psicológicas y sociales.

Trastornos mentales asociados La epilepsia está asociada a trastornos depresivos y ansiosos, siendo la depresión el más prevalente.

La epilepsia es un trastorno cerebral crónico que se caracteriza por convulsiones repetitivas e impredecibles. Se produce cuando las células cerebrales envían señales eléctricas anormales, lo que puede deberse a una afección de salud, una lesión o a una causa desconocida.

Para diagnosticar la epilepsia se realiza un electroencefalograma (EEG), que analiza la actividad cerebral en tiempo real. En la mayoría de los casos, las convulsiones se pueden controlar con medicamentos o cirugía

Es importante el estudio de la epilepsia ya que Las complicaciones al no ser tratada puede ser Problemas de aprendizaje. Broncoaspiración de alimento o saliva durante una convulsión, lo cual puede provocar neumonía por aspiración. Lesiones a raíz de caídas, golpes, mordidas autoinfligidas, conducir u operar maquinaria durante una convulsión.

Cual es el problema que se investiga

El problema que se investiga es ómo está la situación en los estudiantes de la UDS con relación a la epilepsia con su conocimiento sobre esto

Cuál es la emergencia del problema de estudio?

La urgencia del problema de estudio es que cada vez existen más casos de personas que adquieren la enfermedad de la Epilepsia, y la emergencia es poder prevenir la incidencia al uso del conocimiento de la prevención a los estudiantes de medicina

Que tan viable es la realización de la investigación?

No es muy viable ya que no se cuenta con todos scceso a recursos y equipos necesarios.

Pero hay la vialidad de la Disponibilidad de tecnología y herramientas adecuadas.

Capacidad para recopilar y analizar datos.

A qué segmento de la población beneficia el estudio?

A los estudiantes de medicina y a niños pequeños y adultos mayores de 65 años ya que son más propensos a sufrir epilepsia

Que beneficios metodológicos tiene el estudio?

Los beneficios metodológicos contribuye a un conocimiento específico y nos permitirá identificar patrones y tendencias

Que beneficios personal , profesional o disciplinario se obtendrá al realizar el estudio?

Los beneficios personales , profesionales o disciplinarios es en la adquisición de conocimiento en la población y sobre la enfermedad de su sintomatología y como prevenirlo y la auto inspeccion de el tema de la epilepsia

Pregunta

Cómo es el impacto de la epilepsia en los alumnos de la UDS

## **Hipótesis**

La epilepsia ha tenido un impacto significativo

## **INDICE DE MARCO TEORICO:**

- 1. EPILEPSIA**
- 2. ¿CUALES SON LAS CAUSAS DE UNA APILEPSIA?**
- 3. ¿CUALES SON LOS DESENCADENANTES DE LAS CONVULSIONES?**
- 4. ¿CUALES SON LOS FACTOTORES DE RIESGO PARA DESENCADENAR UNA EPILEPSIA?**
- 5. :¿Cómo se dividen los síntomas o signos en las crisis focales?**
- 6. :¿QUE SON LAS CRISIS GENERALIZADAS?**
- 7. ESPASMOS EPILEPTICOS**
- 8. CLASIFICACIONES CLASICAS**
- 9. EPILEPSIA EN EDAD PEDIÁTRICA**
- 10. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**
- 11. Evaluación**
- 12. COMO SE TRATA LA EPILEPSIA**
- 13. -MITOS QUE SE TIENE DE LA EPILEPSIA**
- 14. ¿COMO MEJORAR LA RELACION MEDICO-PACIENTE EPILEPTICO?**

## 1- EPILEPSIA

La epilepsia se define por dos o más crisis no provocadas o reflejas que ocurren con más de 24 horas de diferencia. (Pérez 2019)

## 2¿CUALES SON LAS CAUSAS DE UNA EPILEPSIA?

Varios estudios han señalado que son de origen multifactoriales tanto de un nivel insinseco ( a un nivel molecular ) y de un nivel extrínseco ( un factor externo que desencadene dicho padecimiento ) (Wong-Kisie 2024 )

**-Influencia genética.** Algunos tipos de epilepsia suelen ser hereditarios. En estos casos, es probable que haya influencia genética. Los investigadores han asociado algunos tipos de epilepsia a genes específicos, pero algunas personas tienen epilepsia genética que no es hereditaria.

**Traumatismo craneal.** Un traumatismo craneal como consecuencia de un accidente automovilístico o de otra lesión traumática puede provocar epilepsia.

**-Factores en el cerebro.** Los tumores cerebrales pueden provocar epilepsia. La epilepsia también puede surgir por la manera en la que se forman los vasos sanguíneos en el cerebro. Las personas con afecciones en los vasos sanguíneos, como malformaciones arteriovenosas y malformaciones cavernosas, pueden sufrir convulsiones.

**Infecciones.**La meningitis, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la encefalitis viral y algunas infecciones parasitarias pueden causar epilepsia.

**Lesiones antes del nacimiento.** Antes del nacimiento, los bebés son sensibles al daño cerebral que puede originarse por diversos factores, como una infección en la madre, una mala nutrición o la falta de oxígeno

**-Afecciones del desarrollo** En ocasiones, la epilepsia aparece acompañada de afecciones del desarrollo. Las personas con autismo son más propensas a tener epilepsia en comparación con otras personas sin autismo.



### 3- CUALES SON LOS ESENCADENANTES DE LAS CONVULSIONES

Entre los posibles desencadenantes de una convulsión, se incluyen el Alcohol, Ráfagas de luz, Consumo de drogas ilegales, Saltearse dosis de medicamentos anticonvulsivos o tomar una dosis mayor a la indicada, Falta de sueño, Cambios hormonales durante el ciclo menstrual, Estrés, y Enfermedad (Wong-Kisie 2024 )

### 4-CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA DESENCADENAR UNA EPILEPSIA

La epilepsia tiene dichos factores de riesgo para desencadenarlo, la cual ira desde factores irreversible algunos reversibles como algunos factores de la vida diaria (Wong-Kisie 2024 )

**Edad.** La aparición de la epilepsia es más frecuente en los niños y los adultos mayores. Sin embargo, la afección puede ocurrir a cualquier edad.

**Antecedentes familiares.** Si tienes antecedentes familiares de epilepsia, es posible que presentes un mayor riesgo de padecer convulsiones.

**Lesiones en la cabeza.** Las lesiones en la cabeza son la causa de algunos casos de epilepsia. Puedes reducir el riesgo usando el cinturón de seguridad cuando sales en auto.

**Accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades vasculares.** Los accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades de los vasos sanguíneos pueden causar daño cerebral.

**Demencia.** La demencia es el declive lento y progresivo de la función mental, incluida la memoria, el pensamiento, el juicio y la capacidad para aprender.

La demencia puede aumentar el riesgo de padecer epilepsia en adultos mayores.

**Infecciones cerebrales.** El riesgo puede aumentar con infecciones como la meningitis, que provoca la inflamación del cerebro o de la médula espinal.

**Crisis Convulsivas** Las crisis convulsivas son un trastorno neurológico que se caracteriza por movimientos corporales descontrolados y súbitos, así como cambios en el comportamiento. Estos episodios son consecuencia de una actividad eléctrica anormal en el cerebro.

#### **Convulsiones localizadas sin pérdida de la consciencia**

Anteriormente denominadas convulsiones parciales simples, estas convulsiones no causan la pérdida del conocimiento (consciencia). Pueden alterar las emociones o cambiar la manera de ver, oler, sentir, saborear o escuchar. Algunas personas tienen déjà vu.

## Convulsiones focales con pérdida del conocimiento

- Anteriormente conocidas como convulsiones parciales complejas, estas convulsiones incluyen una alteración o la pérdida de la conciencia. (Wong-Kisie 2024 )

-Las convulsiones focales pueden originarse en cualquier lóbulo del cerebro. Algunos tipos de convulsiones como convulsiones del lóbulo temporal, Convulsiones del lóbulo frontal, convulsiones del lóbulo occipital. (Wong-Kisie 2024 )

“Una crisis no provocada o refleja y una probabilidad de crisis futuras de al menos un 60% (rango similar al riesgo de recurrencia general, después de dos crisis no provocadas, que aparecen en los próximos 10 años” ( perez 2019).

### 5:¿Cómo se dividen los síntomas o signos en las crisis focales?

Las crisis focales son característicos en la enfermedad de la epilepsia, la cual va desde factores físicos como químicos y una mala sinapsis neuronales a estos organos( perez 2019)

**Motores.** Involucro de la musculatura en cualquier forma, un incremento (positivo) o disminución (negativo) en la contracción muscular para producir un movimiento

**La confusión** clínica más frecuente es diferenciar las crisis clónicas de las mioclónicas. Una crisis clónica es un movimiento, ya sea simétrico o asimétrico, que es repetitivo, regular y que involucra los mismos grupos musculares.

**Automatismos.** Actividad motora más o menos coordinada que ocurre generalmente cuando la cognición está deteriorada y en el cual el sujeto está después generalmente (pero no siempre) amnésico

**Sensoriales.** Relacionados con sensaciones, por lo tanto, no son signos en este caso, sino solo síntomas.

- **Emocionales.** Son crisis que se presentan como una emoción como un rasgo prominente inicial como miedo, alegría o euforia espontánea, risa, llanto, que se dan en ráfagas o brotes.

-**Cognitivos.** Los datos que con mayor frecuencia se reportan en este grupo son: acalculia, afasia, alteración en la atención, fenómenos de lo ya visto o de lo jamás visto, disfasia, ilusiones, alteración de la memoria, pensamiento forzado, respuesta alterada o alucinación.

## 6-:¿QUE SON LAS CRISIS GENERALIZADAS?

Las convulsiones generalizadas se producen en todas las áreas del cerebro se denominan convulsiones generalizadas como Crisis de ausencia, Convulsiones tónicas, Convulsiones atónicas, Convulsiones clónicas. Convulsiones mioclónicas ,Convulsiones tónico-clónicas. (Wong-Kisie 2024 )

**-Crisis de ausencia**Las crisis de ausencia, previamente conocidas como convulsiones pequeño mal, suelen ocurrir en niños. Los síntomas incluyen mirada fija en el espacio con o sin movimientos corporales sutiles, como parpadeo de los ojos o chasquido de labios, y solo duran entre 5 y 10 segundos.

**-Convulsiones tónicas**Las convulsiones tónicas causan rigidez muscular y pueden afectar el conocimiento.

**-Convulsiones atónicas** Las convulsiones atónicas, también conocidas como convulsiones de caída, causan la pérdida del control muscular. Debido a que afectan principalmente a las piernas, pueden provocar caídas repentinas.

**-Convulsiones clónicas** Las convulsiones clónicas se asocian con movimientos musculares repetitivos o rítmicos y espasmódicos. Generalmente afectan el cuello, la cara y los brazos

**-Convulsiones mioclónicas.**Las crisis mioclónicas generalmente aparecen como movimientos espasmódicos breves repentinos o sacudidas, y suelen afectar la parte superior del cuerpo, los brazos y las piernas.

**-Convulsiones tónico-clónicas.**Las convulsiones tónico-clónicas, que anteriormente se conocían como convulsiones gran mal, son el tipo más grave de convulsiones epilépticas.

## 7 ESPASMOS EPILEPTICOS

Los espasmos epilépticos, incluyen los espasmos infantiles, son las crisis consistentes en un movimiento brusco de flexión, extensión o mixto, que involucran predominantemente a la musculatura del cuello, tronco y extremidades. En el momento actual hay un conocimiento insuficiente sobre el modo de inicio de los espasmos para categorizarlos como crisis focales o generalizadas, y se consideran de tipo desconocido por la ILAE (González 2015 )

## 8 CLASIFICACIONES CLASICAS

**Sintomáticas:** consecuencia de un trastorno del SNC conocido o sospechado.  
**o Idiopáticas:** no hay otra causa que una posible predisposición hereditaria. Se

definen por un inicio en una edad determinada, sus características clínicas y electroencefalográficas y una presunta etiología genética. o Criptogénica: se presume que son sintomáticas pero la etiología es desconocida. (González 2015 )

## 9 EPILEPSIA EN EDAD PEDIÁTRICA

Este hecho viene propiciado por la presencia de etiologías propias de la infancia como las CE de causa genética (una mutación en un gen concreto como, por ejemplo, SCN1A en Síndrome de Dravet o un ligamiento a determinados locus o genes en la Epilepsia-ausencia infantil) (González 2015 )

**Síndrome de Dravet** enfermedad rara que se caracteriza por convulsiones intratables que comienzan en el primer año de vida, deterioro cognitivo y motor(Universidad de Navarra 2018)

## 10 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Cuando un paciente aparentemente no responden a la terapia FAE lo primero que debe realizar el médico es reevaluar al paciente y el diagnóstico inicial de epilepsia (González 2015 )

reconsiderar la clasificación las CE y el síndrome epilético y la adecuación de los tratamientos con FAE que se han pautado. Un diagnóstico incorrecto es frecuente y muchas series de pacientes con aparente ER así lo demuestran, alcanzando hasta el 30% los diagnósticos erróneos de ER por interpretar de forma inadecuada un EEG o la historia clínica del paciente

- Es importante diferenciar las epilepsias pseudoincontrolables de las verdaderamente refractarias. Las razones para el fracaso del tratamiento aparente (seudoincontrolables) pueden ser provocadas por el paciente, por deficiencias sanitarias y por error u omisión del médico

. Un diagnóstico incorrecto del tipo de CE o SE conduce a la elección del fármaco incorrecto. Poner fármacos apropiados para epilepsias focales pueden empeorar epilepsias generalizadas (ejemplo: carbamazepina como tratamiento de las ausencias o de la epilepsia mioclónica juvenil) [

En otros casos, la dosificación inadecuada es la causa de falta de respuesta o de los efectos secundarios . El cumplimiento terapéutico en muchos casos es inadecuado y esto supone una causa frecuente de falta de control

Además hábitos no saludables pueden aumentar la frecuencia de crisis (drogas, alcohol o la falta de sueño) .

- Trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) pueden imitar ataques epilépticos. Numerosos eventos paroxísticos pueden ser confundidos con CE, los listados sin innumerables, especial interés tienen los síncope, pero también ciertos trastornos del sueño y de movimiento y las pseudocrisis, . En contraste con las crisis epilépticas, las pseudocrisis, no están asociados con alteración del sistema nervioso central, no responden a FAE, pero también son más frecuentes en pacientes epilépticos, complicando el diagnóstico diferencial. La monitorización vídeo-EEG es la prueba gold-estándar para diferenciar entre pseudocrisis y CE.

## 11 Evaluación

En los pacientes con ER deben tener una evaluación exhaustiva que en muchos casos debe incluir más pruebas para confirmar el diagnóstico de epilepsia y definir mejor el síndrome epiléptico. (Hampel)

**Permite correlacionar descargas** -manifestaciones clínicas y determina si la epilepsia es la causa de los acontecimientos que parecen convulsiones recurrentes. También puede ayudar en la clasificación convulsión y se utiliza como evaluación prequirúrgica obligatoria de los pacientes con epilepsia.

**Neuroimagen.** En la mayoría de los casos, en el momento en que se considera que un paciente tiene ER, ya se ha realizado una RM. En muchos casos, esto se debe repetir, sobre todo si el estudio original era poco revelador.

**La RM** demuestra una etiología de la epilepsia (encefalitis inmunomediada o leucostrofas neurometabólicas). La sensibilidad de la RM para encontrar una causa subyacente de la epilepsia puede mejorarse sustancialmente mediante el uso de un protocolo de epilepsia o aumentando la potencia de la RM con equipos de 3 teslas. No todos los hallazgos de la RM son relevantes de cara a la epilepsia. Discreta atrofia difusa, focos puntiforme de hiperintensidad en T2 en la sustancia blanca, y otros hallazgos inespecíficos no tienen aparente implicación en la ER.

**En ausencia de una lesión epileptogénica** en la RM, se puede definir una posible lesión con otras técnicas de neuroimagen avanzadas, incluyendo la tomografía por emisión de positrones tomografía computarizada por emisión de fotón único. La elección del estudio a menudo depende de la disponibilidad y experiencia del centro.

**Crisisgramas y diarios de crisis.** Puede ser útil contar con el registro de las crisis de forma detallada, junto con otra información adecuada,

como hora, cambios en la dieta, momento de la ingesta de la medicación, relación con el sueño

## **12 COMO SE TRATA LA EPILEPSIA**

La cirugía de la epilepsia es el tratamiento de elección para la epilepsia focal lesional resistente ya que tiene el porcentaje más elevado de remisión. (González 2015 )

**Fármacos antiepilépticos:** En mono o politerapia pueden ser beneficiosos en las personas con . Es importante revisar con el paciente los tratamientos anteriores y sus efectos secundarios para evaluar si la dosis era la adecuada o si los efectos adversos dependían de una dosis excesiva. Los ensayos de FAE secuenciales tienen una pequeña probabilidad de remisión en pacientes que ya han fallado dos o más regímenes de FAE. Este enfoque puede producir tasas de remisión estimado en 4 a 6 por ciento anual, o una tasa acumulada de 14 a 20 por ciento. Prácticamente todas las combinaciones de fármacos antiepilépticos se han utilizado.

Ciertas combinaciones deben evitarse cuando los mecanismos de acción se solapan y las toxicidades son aditivas, tales como cualquier combinación de fenobarbital, primidona, y benzodiazepinas, depresores todos del sistema nervioso central.

La fenitoína y la carbamazepina también tienen mecanismos solapados de acción y por lo general no se dan juntos. Hay casos en los que la interacción sinérgica de dos mejora el control de las convulsiones. Los niños con ciertos síndromes de epilepsia generalizada ocasionalmente requieren una combinación de valproato y etosuximida o lamotrigina.

**Cirugía de la epilepsia:** Las intervenciones quirúrgicas se deben considerar, sin importar la edad, en los niños que tienen convulsiones persistentes, que están teniendo un impacto negativo en su calidad de vida o están interfiriendo con su desarrollo cognitivo y psicosocial. Diversos estudios apuntan que la cirugía de la epilepsia temprana, si tiene éxito, se puede asociar a mejoría cognitiva [42]. Evaluación prequirúrgica:

**Ser candidato a cirugía de epilepsia** Es determinada por una evaluación integral que incluye pruebas para identificar la zona epileptógena y determinar el área que se puede reseccionar con seguridad. La evaluación incluye una valoración clínica, pruebas neuropsicológicas, Test de (determina la dominancia hemisférica del lenguaje y evalúa la contribución de cada hemisferio a la memoria a largo plazo), **monitorización**-, la resonancia magnética de alta resolución, y otras técnicas de imagen avanzadas

**lobectomía temporal:** El procedimiento quirúrgico invasivo más comúnmente realizado es lobectomía temporal. Se han descrito tasas libres de crisis con lobectomía temporal en más del 80 por ciento de los niños en algunas series. Este procedimiento se realiza principalmente en adultos en los cuales la esclerosis mesial temporal es la causa más frecuente. Los niños son más propensos a tener focos múltiples o extratemporales, aunque los estudios sugieren que los niños pueden lograr un beneficio similar [43].

**Resección cortical extratemporal:** Los resultados de la cirugía de resección en niños con focos extratemporales son similares a los de la lobectomía temporal si la lesión está claramente delimitada en la neuroimagen preoperatoria. Los resultados en los casos no lesionales (RM normal) son peores, con tasas de éxito de menos del 40 por ciento [44].

Los individuos con lesiones unifocales, tumores particularmente bajo grado, tienen más posibilidades de lograr la remisión de crisis que los que tienen lesiones multifocales y/o displasia cerebral.

**Hemisferectomía:** se lleva a cabo en niños cuyos ataques están asociados con una enfermedad que afecta difusamente un hemisferio cerebral. Las causas más comunes de las CE en los niños sometidos a hemisferectomía incluyen encefalomalacia secundaria a un accidente cerebrovascular perinatal, hemimegalencefalia, displasia cortical multilobar, encefalitis Rasmussen, y el síndrome de Sturge-Weber

**Callosotomía:** Clásicamente, en la callosotomía se realiza una resección de los dos tercios anterior del cuerpo calloso y solo se amplía si las crisis persisten después del primer procedimiento. El único tipo de crisis que claramente se ha demostrado que beneficiarse de esta cirugía son las convulsiones atónicas, que se ven con más frecuencia en las encefalopatías epilépticas, como el síndrome de Lennox-Gastaut

**Estimulador del nervio vago (ENV):** La estimulación eléctrica del nervio vago (ENV) es un procedimiento que ha demostrado eficacia en la disminución de la frecuencia y severidad de las crisis en pacientes con ER. Se utiliza en pacientes con epilepsia refractaria al tratamiento con fármacos antiepilépticos que no son candidatos a un tratamiento quirúrgico resectivo o que no desean someterse a un tratamiento quirúrgico del cerebro

**El aparato para la estimulación vagal** Consiste en un generador programable y que se sitúa en la pared torácica. Este generador está conectado a un electrodo que se coloca alrededor del nervio vago

El nervio vago, por medio del núcleo del tracto solitario, tiene conexiones aferentes muy amplias con muchas estructuras del SNC

como hipocampo, amígdala y tálamo, a menudo implicadas en los procesos epilépticos. La ENV activa algunos circuitos relacionados con estas estructuras y se ha visto que es capaz de producir modificaciones en el EEG

**Estimulación cortical:** Es una opción válida de tratamiento para los pacientes con epilepsia focal refractaria y un foco epiléptico bien delimitado. Aunque la cirugía de resección todavía se prefiere en estos casos, ya que ofrece una probabilidad mayor de remisión completa de las crisis, la estimulación cortical podría ser útil cuando la cirugía no es posible (epilepsia bitemporal o epilepsia procedente de la corteza elocuente)

**Otros tipos de estimulación incluyen:** la estimulación cerebral profunda (estimulación subcortical, del tálamo, núcleo subtalámico, el núcleo caudado y del cerebelo) que parece reducir la frecuencia de convulsiones en un 50 por ciento o más en algunos pacientes [54]; la estimulación magnética transcraneal (reduce la excitabilidad cortical con resultados variables en control de crisis)

**Inmunoterapias:** Algunos síndromes epilépticos, por ejemplo, la encefalitis de Rasmussen y otros, pueden tener una inmunopatogénesis y como tales pueden ser sensibles a la inmunoterapia, como la inmunoglobulina intravenosa y los corticosteroides.

**Corticoterapia** Los corticoides más usados en epilepsia son la prednisona, la prednisolona, la hidrocortisona y el ACTH. El mecanismo de acción de estos fármacos es desconocido, en parte porque no se conoce totalmente la patogénesis de las encefalopatías epilépticas donde se emplean

### 13-MITOS QUE SE TIENE DE LA EPILEPSIA

Existen muchos mitos en relación con la epilepsia desde que es una enfermedad altamente contagiosa o que el paciente epiléptico no podrá tener una vida normal y solo con medicamentos tendrá la vida resuelta ..(vivir con epilepsia 2024).

**La mayoría de crisis se pueden controlar con medicamentos.** Los fármacos antiepilépticos logran controlar las crisis en aproximadamente el 70% de las personas.

**Una epilepsia no le convertirá en enfermo mental.** Es un problema físico derivado de un exceso esporádico de actividad eléctrica en un grupo de neuronas..



**No se puede contraer una epilepsia por contacto con otras personas.** Las causas de la epilepsia son muy variadas, pero nunca por contagio

**La epilepsia no le cambia la apariencia física** En algunas crisis epilépticas se produce una contracción de todos los músculos, que vuelven a su estado normal al terminar el episodio..

#### **14¿COMO MEJORAR LA RELACION MEDICO-PACIENTE EPILEPTICO?**

La relación médico-epiléptico es muy difícil. En la mayoría de los casos, no existe una comunicación real ni efectiva. Los profesionales de la salud oscilan entre 2 peligros el cual es la desdramatización el Problema Planteado por el Paciente y por un Exceso de Desconfianza ante el Paciente ..( apicepilepsia 2016 )

**Desdramatizar el Problema Planteado por el Paciente** Es habitual desdramatizar el problema del paciente como los siguientes ejemplos “Una crisis de vez en cuando no es grave... Eso que le pasa no es nada.... No le de más importancia... En un tiempo se le quita..... No sea exagerado.... Las crisis en sí no son peligrosas... No sea histérico.... Tome este medicamento... y ya no tendrá más... Los efectos secundarios de la medicación son excepcionales... Buenos días, nos vemos en 10 meses”.

El paciente tampoco es puesto al corriente de la importante proporción de personas que no responden de forma positiva al primer medicamento antiepiléptico ni de la necesidad de un largo tiempo de adaptación física y psicológica hasta dar con la “solución”. EL ENFERMO SE ENCUENTRA ANTE UN POTENCIAL EMPEORAMIENTO EN SU CALIDAD DE VIDA DEL QUE NO ES ADVERTIDO EN NINGÚN MOMENTO.

**Pecar por un Exceso de Desconfianza ante el Paciente** Es también una manera consciente o no de alejar al enfermo, de no hacerse cargo de su problema, basándose en que una crisis epiléptica importante SÓLO es representada por el llamado comúnmente ataque epiléptico: pérdida de consciencia diurna, brusca, imprevisible, con caída al suelo y apariencia estremecedora. Negarán la importancia de las diferentes clases de crisis desatendiendo un grave problema sin informar al paciente o familiares correctamente sobre la complejidad y variantes de esta enfermedad crónica.

De esta forma, la persona con crisis y/o con severos efectos secundarios por su tratamiento se sentirá desprotegida, nerviosa, aislada y no entenderá nada de lo que le está pasando. La primera fuente de información y comprensión puede ser, en muchos casos, INTERNET.

## REFERENCIAS

- Mitos y realidades sobre la Epilepsia. (2024, mayo 23). Vivir con Epilepsia.
- Guía Clínica. Definición y Clasificación de la Epilepsia. Available a
- Korinthenberg R, Burkart P, Woelfle C, Moenting JS, Ernst JP. Pharmacology, efficacy, and tolerability of potassium bromide in childhood epilepsy. *J Child Neurol* 2007; 22:414-8.
- Clínicas, C., & de La Epilepsia Refractaria En La Infancia, T. Y. E. (s/f). TESIS DOCTORAL: Uva.es. Recuperado el 8 de noviembre de 2024,
- Huang, J. (s/f). Demencia. Manual MSD versión para público general. Recuperado el 8 de noviembre de 2024,
- Las Crisis epilépticas Vistas por los Médicos. *Apice epilepsia*. (2017, octubre 31). *Ápice*, Asociación Andaluza de Epilepsia.

## **Metodología**

### **1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

-A continuación en el presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que busca medir la perspectiva y conocimiento académico de la epilepsia de los estudiantes universitarios. Con la finalidad que la investigación se correlacione, ya que pretende analizar la relación entre la variable independiente (el conocimiento que se tiene sobre la epilepsia) y la variable dependiente (La perspectiva que se tiene de esta)

### **2. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

-Esta investigación tendrá 2 tipos de enfoques El enfoque cuantitativo, dado que se enfoca en la recopilación de datos numéricos y en el análisis estadístico para determinar la diferencia de las variables .El enfoque es cualitativo, ya que se busca comprender las percepciones de los estudiantes sobre los mitos que se tienen acerca de la epilepsia

### **3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Diseño del estudio: El diseño de la investigación es no experimental y transversal, y no un estudio descriptivo retrospectivo ya que los datos se recolectarán en un solo momento y no se manipularán las variables . El objetivo es analizar a la población estudiada estudiantil

### **4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de estudio está compuesta por Los estudiantes de medicina humana de la UDS Las técnicas de muestreo probabilísticas, para permitir conocer la probabilidad que cada individuo a estudio tiene de ser incluido en la muestra a través de una selección al azar.

### **5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Dicotómicas, donde el consultado tiene dos opciones para responder

### **6. PROCEDIMIENTO**

Los datos se recopilarán mediante cuestionarios en línea enviados a los estudiantes a través de sus correos electrónicos institucionales. Se solicitará a cada participante

que complete un formulario de consentimiento informado antes de comenzar el cuestionario.

## **7. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS**

Google Forms Una herramienta gratuita que permite recopilar encuestas de forma rápida y sencilla. Permite personalizar el diseño de las encuestas y recibir información y gráficos de las respuestas en tiempo real

1. Resultados
2. Conclusion

<https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-epilepsia-genetica-13010717>

<http://www.epilepsiahoy.com/site/el-problema-social-de-la-epilepsia-2/#:~:text=Los%20problemas%20sociales%20del%20epil%C3%A9ptico,informado%20del%20SIDA%20que%20de>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000694.htm#:~:text=Posibles%20complicaciones&text=Broncoaspiraci%C3%B3n%20de%20alimento%20o%20saliva,accidente%20cerebrovascular%20u%20otro%20da%C3%B1o>

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/epilepsy/symptoms-causes/syc-20350093#:~:text=Problemas%20de%20salud%20emocional,Pensamientos%20y%20comportamientos%20suicidas>

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/epilepsy/symptoms-causes/syc-20350093>