



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”

SERVICIO DE NEUROLOGÍA ADULTOS

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES DE 60
AÑOS O MÁS CON EPILEPSIA DE RECIENTE
DIAGNÓSTICO, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
NEUROLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE
NOVIEMBRE DEL 1 DE JULIO DE 2016 AL 30 DE JUNIO DE
2021**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA

PRESENTA:
DRA. MARIANA PRISCILA RODRIGUEZ RAMIREZ

ASESOR DE TESIS:
DRA. LILIA NUÑEZ OROZCO



CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES DE 60 AÑOS O MÁS CON
EPILEPSIA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO, ATENDIDOS EN EL SERVICIO
DE NEUROLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE
DEL 1 DE JULIO DE 2016 AL 30 DE JUNIO DE 202**

CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”

AUTORIZACIONES

DR. FELIX OCTAVIO MARTÍNEZ ALCALÁ SUBDIRECTOR DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN CMN “20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE

DR. PAUL MONDRAGON TERAN
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN.
CMN “20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE

DRA. LILIA NUÑEZ OROZCO ASESOR DE TESIS.
SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL CMN “20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE

DRA. LILIA NUÑEZ OROZCO TITULAR DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA “20 DE NOVIEMBRE”,
ISSSTE

DRA. MARIANA PRISCILA RODRIGUEZ RAMIREZ
AUTOR DE TESIS
SERVICIO DE
NEUROLOGÍA
CMN “20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por ser el apoyo incondicional en este proyecto.;

A mis profesores, la Dra. Lilia Núñez Orozco, Dr. Noel Isaías Placencia, Dr. Pedro Alejandro Aguilar, Dr. Víctor Hugo Gómez Arias, por darme la oportunidad de realizar mi formación en esta prestigiosa institución.

INDICE

1.- RESUMEN	06
2.- ABREVIATURAS	08
3.- INTRODUCCIÓN	09
4.- ANTECEDENTES	11
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
6.- JUSTIFICACIÓN	18
7.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
8.- HIPÓTESIS	19
9.- OBJETIVOS	
9.1.- OBJETIVO GENERAL	19
9.2.- OBJETIVOS PARTICULARES	19
10.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	20
10.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	20
10.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	20
10.3 UNIVERSO DE TRABAJO	20
10.4 ESQUEMA DE SELECCIÓN	20
10.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	20
10.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	20
10.5 METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA	21
10.6 DESCRIPCIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	22
10.8 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS	24
10.9 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	25
11.- ASPECTOS ÉTICOS	25
12.- CONFLICTO DE INTERESES	26
13.- CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD	26
14.- PERSPECTIVAS	26
15.- DIFUSIÓN	26
16. RESULTADOS	27

17.- DISCUSIÓN	31
18.- CONCLUSIONES	32
19.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

1.- RESUMEN

Introducción:

Los adultos mayores son el grupo de más rápido crecimiento a nivel mundial. Se considera que para el año 2030 habrá al menos mil millones de personas mayores de 65 años en todo el mundo, solamente en EE UU habrán 71 millones⁸. La epilepsia ocupa el tercer lugar de los trastornos neurológicos, después del evento cerebrovascular y la demencia en los individuos mayores de 65 años. El diagnóstico de epilepsia en adultos mayores constituye un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Determinar las características clínicas de los pacientes de 60 años o más con epilepsia de reciente diagnóstico atendidos en el Servicio de Neurología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, de los pacientes de 60 años o más con reciente diagnóstico de epilepsia atendidos en el Servicio de Neurología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del 1 de julio de 2016 al 30 de junio de 2021.

Resultados: De acuerdo a los resultados los hombres fueron los más afectados en cuanto al género, del grupo de edad de mayor prevalencia son los mayores de 70 años, las crisis de inicio focal fueron las que más se presentaron. Tipo de crisis las que más se presentaron fueron las crisis focales.

Conclusiones: De lo anterior podemos concluir que; hay una relación entre la aparición de la epilepsia y el envejecimiento, en nuestro estudio se obtuvieron algunos datos similares a los comentados en la literatura, como el principal tipo de crisis que fueron las de inicio focal y la principal etiología fue estructural de causa vascular.

ILAE (International League Against Epilpsy)

EEG (Electroencefalograma)

ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado)

VPA (Valproato)

OXC (Oxcarbazepina)

LTG (Lamotrigina)

GBP (Gabapentina)

PGB (Pregabalina)

TPM (Topiramato)

LEV (Levetiracetam)

CBZ (Carbamazepina)

3.- INTRODUCCIÓN

La Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) define crisis como “la aparición transitoria de signos y / o síntomas debido a una actividad neuronal excesiva o sincrónica en el cerebro”¹.

En el año 2014 la ILAE realizó una definición clínica práctica de epilepsia: al menos dos crisis no provocadas (o reflejas) con >24 h de separación, tener una crisis no provocada (o refleja) y una probabilidad de presentar nuevas crisis durante los 10 años siguientes similar al riesgo general de recurrencia (al menos el 60 %) tras la aparición de dos crisis no provocadas o tener el diagnóstico de un síndrome de epilepsia².

En 2017 la ILAE realizó una clasificación operacional de los tipos de crisis: crisis focales, crisis generalizadas. Las crisis focales pueden ser con conciencia preservada o con conciencia alterada, de inicio motor, de inicio no motor y focal a bilateral tónico clónica. Las crisis generalizadas pueden ser motoras y no motoras. Las crisis de inicio desconocido pueden ser motoras y no motoras¹.

En 2017, la ILAE también realizó una clasificación de la Epilepsia que se realiza por niveles: el primer nivel incluye definir el tipo de crisis, el segundo nivel definir el tipo de epilepsia (focales, generalizadas, combinadas, desconocido). El siguiente nivel consiste en Identificar si se trata de un síndrome epiléptico. Como parte de la clasificación se abordan las posibles etiologías (estructural, genética, infecciosa, metabólica, inmunitaria, desconocido) y por último, agregar las comorbilidades que se puedan identificar³.

El término anciano / edad adulta mayor, involucra personas de 60 a 65 años o mayores. El origen del término se remonta a finales del siglo XIX , cuando los países europeos legislaron la edad a la que una persona tiene derecho a recibir prestaciones de pensión. Las Naciones Unidas escogieron los 60 años como límite para referirse a adultos mayores y los países de altos ingresos usan 65 años⁴.

Diversos estudios en Europa y Estados Unidos (EE. UU.) han evidenciado que la incidencia de crisis agudas provocadas y no provocadas, epilepsia y estado epiléptico es mayor en pacientes ancianos que en la población más joven. En EE.UU. Hauser y Hesdorffer observaron un aumento en la incidencia de crisis que inicia después de los 50 años y aumenta a 127 / 100.000 años-persona en los de 60 años o más. En Reino Unido, se evidenció una tasa de incidencia anual de 85,9 / 100.000 entre 65 y 69 años, y más de 135 / 100.000 en mayores de 80 años. ⁵.

En ancianos las causas más frecuentes de epilepsia son adquiridas, la enfermedad cerebrovascular es la causa principal de epilepsia de nueva aparición representando hasta la mitad de los casos. Los tumores cerebrales primarios o metastásicos representan del 10 al 30 por ciento. De los trastornos neurodegenerativos, como la enfermedad de Alzheimer (EA), el 10 al 20% de personas desarrollan epilepsia, pero también puede ser causada por traumatismo cerebral y hemorragias extraparenquimatosas (hemorragias subdurales o subaracnoideas). Etiologías paraneoplásicas y autoinmunes se están evidenciando en los casos conocidos previamente como idiopáticos⁶.

Las crisis de inicio focal con alteración de la conciencia, son la semiología más frecuente, debido a probablemente al desarrollo de nuevas lesiones estructurales, mientras que las crisis generalizadas son muy

poco frecuentes⁶.

En el abordaje se pueden requerir la realización de exámenes de laboratorio de acuerdo a la etiología sospechada y estudios de imagen, la Resonancia Magnética Cerebral puede ser útil para excluir tumores y lesiones estructurales; en lugares con recursos limitados la Tomografía de Cráneo con contraste ofrece una alternativa. El Electroencefalograma (EEG) tiene el objetivo de capturar un episodio y además de la historia clínica, es la herramienta más útil para el apoyar el diagnóstico de epilepsia. 7.

Los adultos mayores que usan fármacos anticrisis tienen mayor probabilidad de control de crisis, aunque son más propensos a efectos secundarios. La dosis inicial y la tasa de titulación deben ser la mitad de los que se usan en individuos jóvenes, lo que ayuda con la tolerabilidad. La elección del medicamento óptimo en ancianos está restringida, por los posibles efectos secundarios y la interacción con medicamentos de uso concomitante. Además estos fármacos pueden causar déficit cognitivo, sobre todo en politerapia 7.

4.- ANTECEDENTES

En las últimas décadas se ha evidenciado un incremento en la expectativa de vida en la población general, la incidencia y prevalencia de epilepsia es mayor en adultos mayores, constituyen el grupo de pacientes con este diagnóstico de mayor crecimiento, representan un reto diagnóstico y terapéutico, por su gran variabilidad en cuanto a etiología, manifestaciones clínicas y comorbilidades⁵

El diagnóstico de epilepsia constituye un gran impacto en la vida de los pacientes, sobre todo el adulto mayor. En el año 2008 según datos de la Oficina del Censo de EE.UU. el número de personas de 65 años o más pasará de ser un 40.2 millones en el 2010 a 72.1 millones en el 2030. En los países desarrollados hay un incremento de la incidencia de crisis en la vejez. En una cohorte islandesa, la incidencia de epilepsia fue 70,5 por 100,000 años-personas entre los 65 y 74 años, 168,5 por 100.000 personas-año entre los 75 y 84 años, y 151,9 por 100.000 personas-año en mayores de 85 años. En un estudio realizado en Rochester Minesota de pacentes de 60 años reportó 127 por 100.000. En un estudio en Finlandia entre 1986 y 2002 se encontró un aumento en la incidencia de epilepsia de nueva aparición en adultos mayores⁸.

La correlación de la epilepsia con la edad, no solamente se debe a que diversas condiciones epileptogénicas son edad dependiente, además la edad en si misma es un factor de riesgo para el desarrollo de epilepsia. El incremento de la edad en la población mundial se puede correlacionar con un incremento en la frecuencia de epilepsia.⁰⁹

Se estima que para el año 2030 habrá al menos 1 billón de personas mayores de 60 años a nivel mundial, solamente en EE- UU habrán 71 millones, esta población tiene un riesgo incrementado para desarrollar crisis y epilepsia en comparación con la población general, la epilepsia se considera la tercera condición neurológica mas frecuente en este grupo, detrás de eventos cerebrovasculares y demencia. La epilepsia puede conllevar a complicaciones severas, incremento de la morbilidad, se incrementa la mortalidad de dos a tres veces más, perdida de la independencia física, y un profundo deterioro en la calidad de vida

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en consideración que la población mundial está envejeciendo, que la epilepsia ocupa el tercer lugar de las etiologías neurológicas en adultos mayores, y el impacto que constituye el diagnóstico y manejo de epilepsia en ancianos. Se realizó esta investigación en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre para conocer las características de esta vulnerable población.

6.- JUSTIFICACIÓN

Se ha evidenciado una fuerte relación del envejecimiento con la aparición de epilepsia. Los estudios en la población envejeciente no son tan frecuentes, aunque son la población de mayor crecimiento a nivel mundial. En el servicio de Neurología en estos momentos no contamos con estudios relacionados con crisis de inicio reciente en ancianos, por eso consideramos que será de vital importancia contar con datos actualizados ante la vulnerabilidad que representa esta población. Los resultados aportaran información para aplicar medidas específicas en cuanto al abordaje y manejo de adultos mayores con epilepsia de inicio reciente. Además, los datos obtenidos se podrán utilizar para implementar medidas que favorezcan la calidad de vida del envejeciente con epilepsia reciente.

7.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de los pacientes de 60 años o mas con epilepsia de reciente diagnóstico, atendidos en el servicio de Neurología del Centro Médico Nacional 20 de noviembre 1 de julio de 2016 al 30 de junio de 2021?

8.- HIPOTESIS

La población de 60 años o mayor puede desarrollar epilepsia en mayor proporción que en adultos jóvenes y se logra identificar la causa en la mayor parte de los casos

9.- OBJETIVOS

9.1 Objetivo General

Determinar las características clínicas de los pacientes de 60 años o más con epilepsia de reciente diagnóstico atendidos en el Servicio de Neurología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

9.2 Objetivos específicos

Determinar la edad de inicio.

Determinar el género en los pacientes.

Describir el tipo de crisis: inicio focal/ inicio generalizado / inicio desconocido.

Describirla presencia de Electroencefalograma.

Determinar estudios de imágenes (tomografía/ resonancia magnética/otros)

Conocer el tipo de tratamiento prescrito

Identificar la etiología de la epilepsia

10.- METODOLOGÍA

10.1 Diseño y tipo de estudio

Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo

10.2 Población de estudio

Pacientes de 60 años o más con reciente diagnóstico de epilepsia atendidos en el Servicio de Neurología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre 1 de julio de 2016 al 30 de junio de 2021.

10.3 Universo de trabajo

Pacientes tratados en el CMN 20 de noviembre con el diagnóstico de epilepsia.

10.4 Esquema de selección

10.4.1 Criterios de inclusión

1. Pacientes de 60 años o mayores.
2. Ambos géneros.
3. Pacientes con epilepsia de reciente diagnóstico, que cumplan los criterios de la definición clínica práctica de epilepsia del 2014 de la ILAE.
4. Contar con expediente clínico en el CMN 20 de Noviembre desde 1 de julio de 2016 al 30 de junio de 2021.

10.4.2 Criterios de exclusión

1. Pacientes que no cumplan criterios clínicos para el diagnóstico de epilepsia.
2. Pacientes m es de 60 años con epilepsia ya conocida.
3. Pacientes con expediente clínico incompleto

10.5 Metodología para el cálculo del tamaño de la muestra y tamaño de la muestra.

Se incluyeron todos los pacientes que cumplan los criterios de exclusión encontrados en el periodo del estudio.

10.6 Descripción operacional de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variables	Escala de medición
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Años cumplidos	Cuantitativa continua	Razón
Genero	Termino que distingue entre hombre y mujer	1. Masculino 2. Femenino	Cuantitativa dicotómica	Nominal
Tipo de crisis	Clasificación Operacional de los tipos de crisis ILAE 2017	1. De inicio focal -Con conciencia preservada -Con conciencia alterada <u>-Inicio motor</u> Automatismos Atónica Clónica Espasmo epiléptico Hiperquinética Mioclónica Tónicas <u>-Inicio no motor</u> Autonómicas Detención del comportamiento Cognitiva Emocional Sensorial <u>-Focal a bilateral tónico clónica.</u> 2. De inicio generalizado <u>-Motoras</u> Tónico clónica Clónica Tónica	Cualitativa nominal	Nominal

		<p>Mioclónica Mioclónica-tónica-clónica Mioclónica atónica Atónica Espasmos epilépticos -<u>No motoras</u> Ausencia (típica y atípica) Mioclónica Mioclonía palpebral</p> <p>3. De inicio desconocido -<u>Motor</u> Tónico clónica Otro motor -<u>No motor</u> Detección del comportamiento <u>No clasificadas</u></p>		
Electroencefalograma	Es una prueba que detecta la actividad eléctrica cerebral a través de electrodos.	<p>1.Presente 2.Ausente</p>	Cuantitativa dicotómica	Nominal
Estudios de Neuroimágenes	Técnicas radiológicas para obtener imágenes de estructuras neuronales.	<p>1-Tomografía de cráneo 2-Resonancia Magnética de cráneo 3-Ambos estudios realizados 3- Otros 4-Ninguno</p>	Cualitativa nominal	Nominal
Etiología de la epilepsia	Determinar la etiología de acuerdo a la clasificación de las epilepsias ILAE 2017	<p>1-<i>Estructural</i>: anomalía estructural visible en la neuroimagen. 2-<i>Genética</i>: es la consecuencia de una mutación</p>	Cualitativa nominal	Nominal

		genética conocida o presunta. <i>3-Infeciosa:</i> es el resultado de una infección conocida <i>4-Metabolica:</i> es el resultado de un trastorno metabólico conocido o presunto. <i>5-Inmune:</i> es el resultado de un trastorno inmunitario conocido <i>6-Desconcido:</i> todavía no se conoce la causa de la epilepsia		
Tratamiento	Manejo con fármaco antiepiléptico aplicados	1-Monoterapia: 2-Politerapia	Cuantitativa dicotómica	nominal

10.8 Técnicas y procedimientos empleados

Los datos requeridos serán obtenidos a través de una búsqueda en el sistema electrónico SIAH del Centro Médico Nacional 20 de noviembre de los pacientes con diagnóstico de epilepsia atendidos en el servicio de Neurología. Se hará una revisión y selección de los expedientes de adultos de 60 años o más con epilepsia de reciente diagnóstico, atendidos en el Servicio de Neurología, que se encuentren completos. Los datos localizados en el expediente clínico serán procesados en una hoja de cálculo (Excel®). Se realizará el análisis estadístico de las variables en el SPSS.

10.9 Procedimiento y análisis estadístico

Los datos recabados en esta investigación serán analizados con estadística descriptiva de acuerdo a los métodos convencionales. Los datos obtenidos en la escala nominal (observaciones cualitativas) serán descritos en porcentajes o proporciones. La información se concentrará en las tablas de frecuencia y se realizarán gráficas de barras y/o gráficas fragmentarias (de pastel). Los datos visualizados en la escala numérica (observaciones cuantitativas), serán descritos en porcentajes o proporciones, media aritmética (promedio) y desviación estándar. Los hallazgos serán plasmados en tablas de frecuencia y representados con histogramas de frecuencia, gráficas de caja y líneas. Los pruebas concernientes de contraste estadístico se realizarán t de Student para variables cuantitativas y, prueba de Chi² variables nominales. Se tomará en consideración un valor $p < 0.05$ como indicativo de significancia estadística y la totalidad del análisis se realizará con el software SPSS.

11.- ASPECTOS ÉTICOS

Los investigadores confirmamos que la revisión será llevada a buen término, nos comprometemos a mantener un estándar científico elevado que permita obtener información útil para la sociedad, a salvaguardar la confidencialidad de los datos personales de los participantes en el estudio, pondremos el bienestar y la seguridad de los pacientes sujetos de investigación por encima de cualquier otro objetivo, y nos conduciremos de acuerdo a los estándares éticos aceptados nacional e internacionalmente según lo establecido por la Ley General de Salud, Las Pautas Éticas Internacionales Para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la OMS, así como la Declaración de Helsinki

12.- CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno.

13.- CONSIDERACIONES DE BIOSEGURIDAD

Este estudio se hará con la información recolectada del expediente clínico, por lo que no conlleva a ningún riesgo para los pacientes, operadores y el medio ambiente. Esta investigación cumple con las normas de la comisión de seguridad y salvaguardas dentro del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre y las guías de práctica clínica

14.- PERSPECTIVAS

Con los resultados obtenidos en este estudio, podrán servir de fundamento para estudios futuros en la población mexicana, de diferentes diseños metodológicos, a largo plazo que involucren la población de adultos mayores. Además, se evidenciarán las características clínicas que presentan los adultos de 60 años o más que debutan con epilepsia, con estos hallazgos se podrán realizar políticas de salud encaminadas a un diagnóstico precoz y manejo apropiado para esta población vulnerable.

15.- DIFUSIÓN

Con los datos obtenidos del estudio/ tesis, serán presentados en las actividades del Instituto y publicados en medios de difusión científica medica nacional y se presentaran en el Congreso de la Academia Mexicana de Neurología 2021.

16.- RESULTADOS

Durante el periodo de estudio contemplado en la metodología, se recopiló la información de 39 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

De estos, en relación al género encontramos un 51.29% (n=20) de hombres, y un 48.72% (n=19) de mujeres, con una relación de 1:1.05.

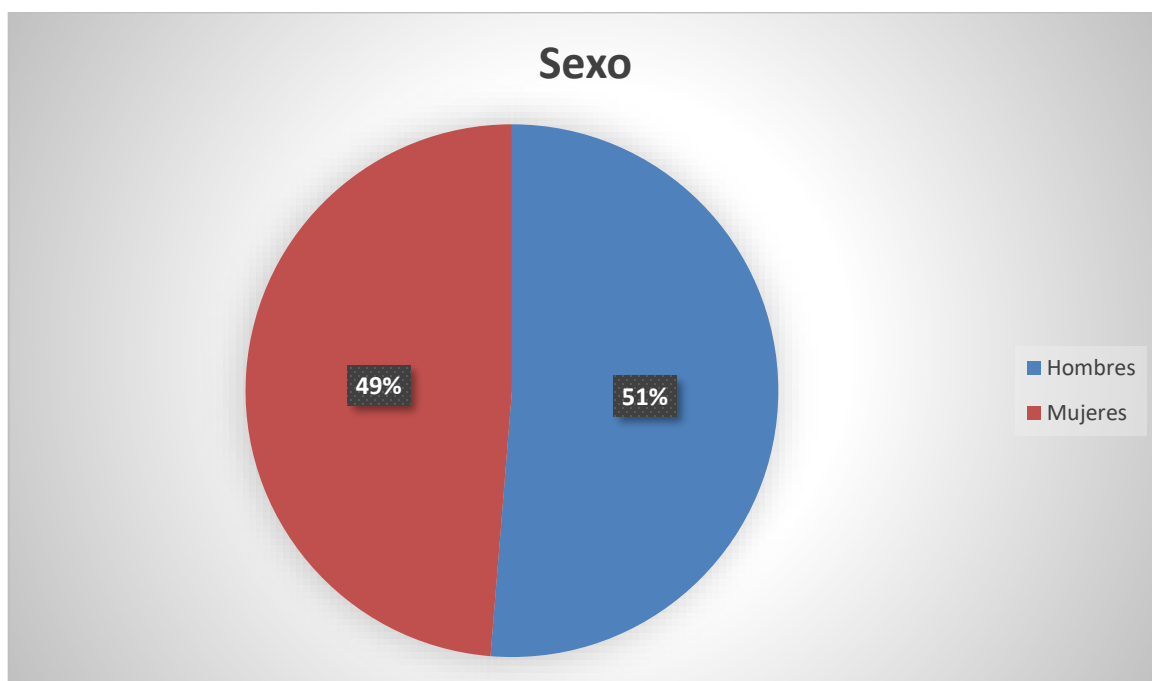


Ilustración 1. Distribución de sexo.

En cuanto a la edad de los sujetos estudiados encontramos una media de 70.58 años (± 6.75), con rangos de 60 a 85 años. Para su categorización y estudio se tomó como punto de corte la mediana de los datos estudiados. Observamos el 53.85% (n=21) con un rango de edad ≤ 70 años, y el 46.15% (n=18) $>$ de 70 años.

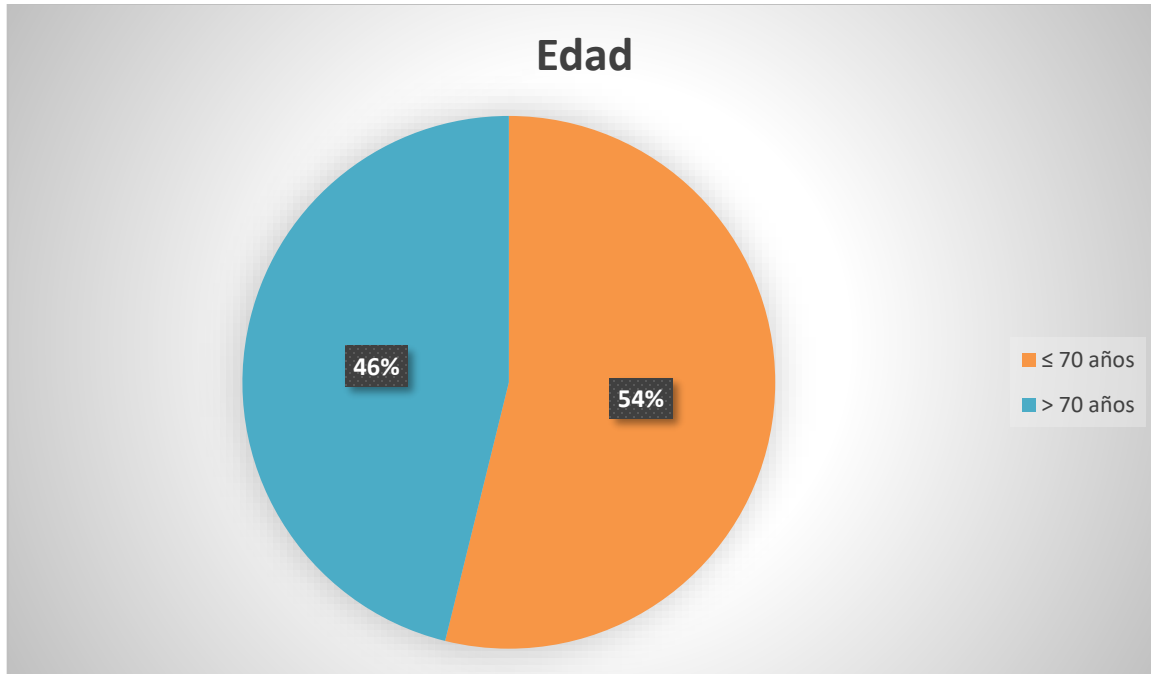


Ilustración 2. Edad de los sujetos estudiados.

Se recopiló el tipo de crisis epiléptica presentada, encontramos que en el 92.31% (n=36) los pacientes presentaron crisis focales; de estos, el 41.03% (n=16) presentó crisis focales con alteración de la conciencia, el 23.08% (n=9) presentó crisis focales tónico clónicas bilaterales, y el 28.21% (n=11) presentó crisis focales sin alteración de la conciencia., En el 7.69% (n=3) presentaron crisis generalizadas.

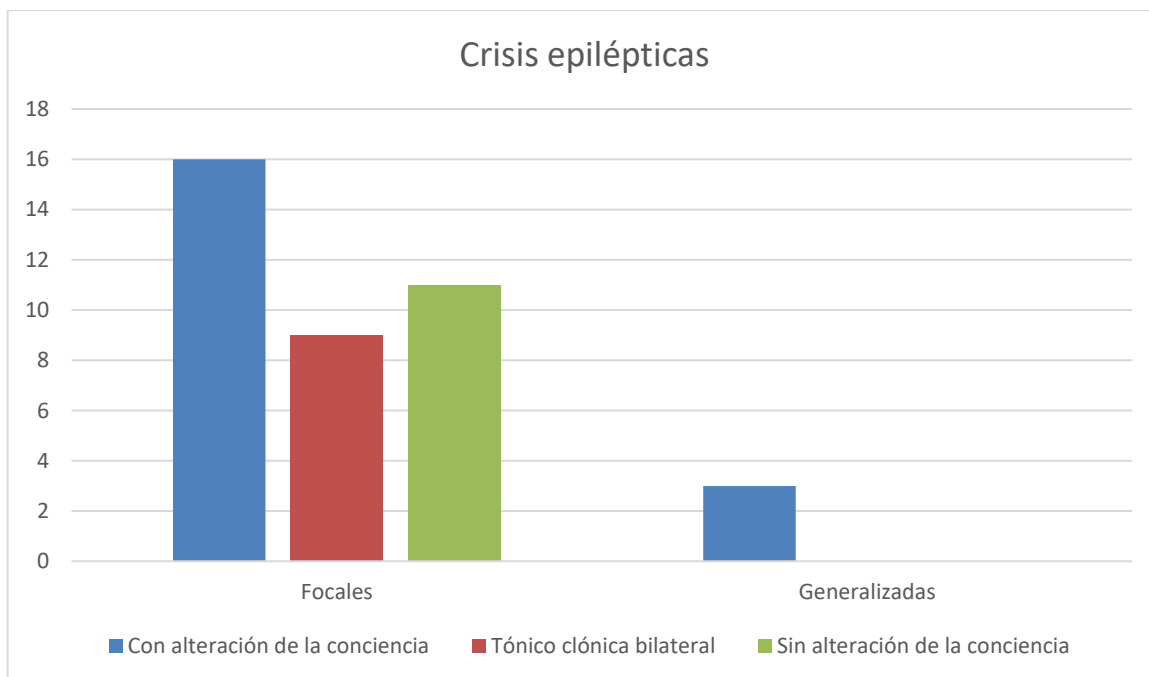


Ilustración 3. Tipo de crisis epiléptica presentada.

Métodos de abordaje diagnóstico.

De los pacientes estudiados, al 79.49% (n=31) se le realizó electroencefalograma, al 76.92% (n=30) Tomografía de Cráneo, al 56.41% (n=22) se le realizó Resonancia Magnética, y al 12.82% (n=5) otro estudio diagnóstico.

Etiología.

Se recopiló información acerca de la etiología en los pacientes estudiados, encontramos en el 71.79% (n=28) una etiología estructural; de estos, el 28.21% (n=11) fue secundario a eventos isquémicos, el 20.51 % (n=8) secundario a eventos hemorrágicos, el 17.95% (n=7) secundario a neoplasias, el 2.56% (n=1) a trauma, y el 2.56% (n=1) por epilepsia de lóbulo temporal.

El 23.08% (n=9) se reportó de etiología idiopática, y el 5.13% (n=2) secundario a infecciosa.

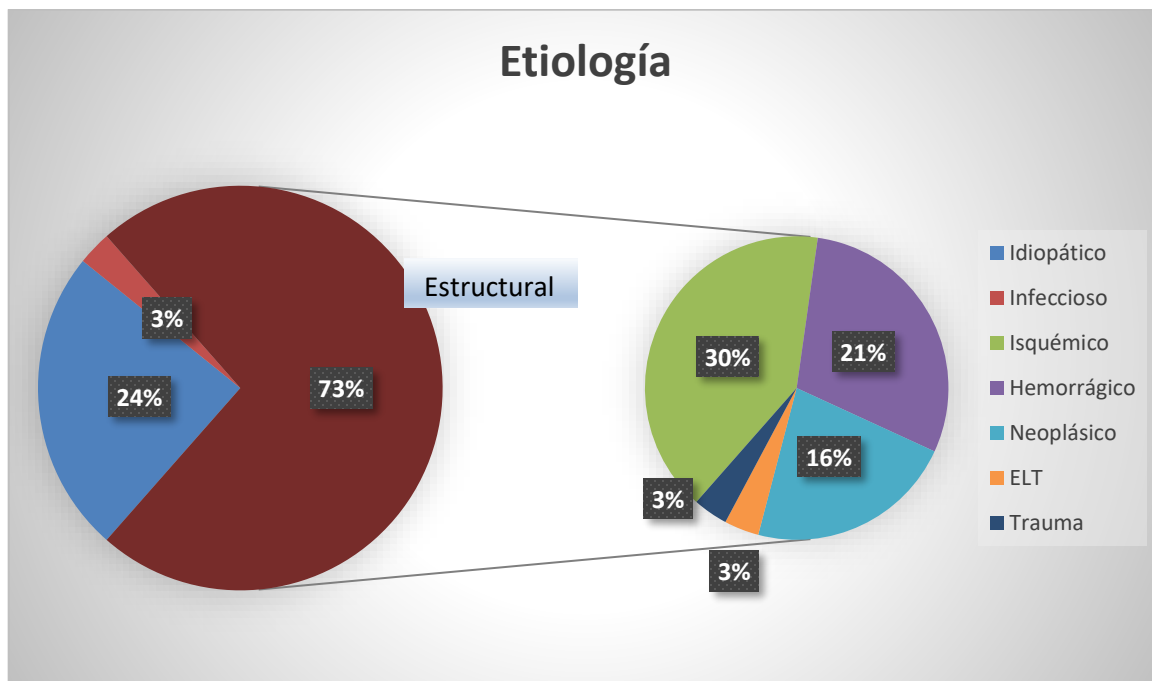


Ilustración 4. Etiología.

ELT. Epilepsia de lóbulo temporal

Tratamiento

En cuanto al tratamiento, en el 87.18% (n=34) se utilizó monoterapia con antiepiléptico, y en el 12.82% (n=5) se utilizó politerapia con más de un antiepiléptico. En la ilustración 5 se ejemplifica el tipo de tratamiento utilizado.

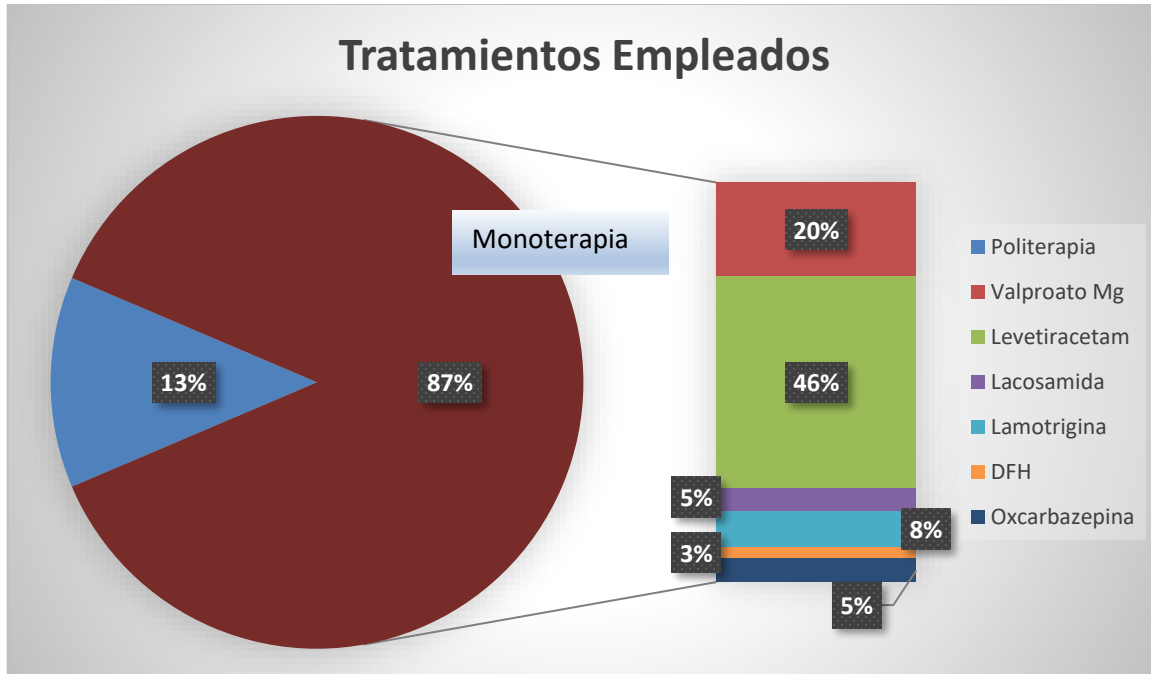


Ilustración 5. Tratamientos utilizados.

Se realizaron pruebas de asociación no paramétricas entre el tipo de crisis presentadas y los valores sociodemográficos, no se encontraron asociaciones significativas entre estas variables ($p > 0.05$).

Estos datos se ejemplifican en la tabla 1.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes estudiados.

Característica	%(n)	p
<i>Sexo</i>		0.579
<i>Hombres</i>	51.28% (20)	
<i>Mujeres</i>	48.72% (19)	
<i>Edad</i>		0.643
<i>≤70 años</i>	53.85% (21)	
<i>>70 años</i>	46.15% (18)	
<i>Tipo de Crisis</i>		
<i>Crisis Focales</i>	92.31% (36)	
<i>Crisis Generalizadas</i>	7.69% (3)	
<i>Etiología</i>		0.849
<i>Estructural</i>	74.36% (29)	
<i>Idiopático</i>	23.08% (9)	
<i>Infecioso</i>	2.56% (1)	
<i>Tratamiento</i>		0.489
<i>Monoterapia</i>	87.18% (34)	
<i>Politerapia</i>	12.82% (5)	

17.- DISCUSION

De los resultados obtenidos, podemos observar que la presentación de epilepsia en adultos mayores de 60 años es un diagnóstico frecuente encontrado en el contexto del hospital donde se llevo a cabo este estudio. Al analizar el sexo, encontramos que la relación entre ambos géneros no presenta una asociación significativa entre la presencia del tipo de crisis. reportada

En la edad de presentación, encontramos una media en la octava década de la vida. Esto concuerda con estudios previos donde se refiere que conforme aumenta la edad, aumenta la prevalencia de epilepsia. En los rangos de edad estudiados, encontramos que no hay una diferencia estadística entre ambos grupos estudiados. Según estudios previos, la presencia de epilepsia en el adulto mayor se presenta mayormente arriba de los 80 años. Esta diferencia reportada puede estar dada debido a las características específicas de la población estudiada, y que los estudios previos están hechos en países europeos donde la esperanza de vida es mayor.

En el tipo de crisis presentada, observamos una alta prevalencia en las crisis focales, con predominio de aquellas que presentan alteración en el estado de conciencia. Esto es concordante con estudios previos en la literatura.

En cuanto a la etiología, encontramos que la gran mayoría de los pacientes presenta u origen estructural o adquirido. Esto de igual manera es similar a lo referido en estudios previos, donde se refiere que en el adulto mayor la etiología es secundario a causas estructurales, principalmente eventos cerebro vasculares de tipo isquémico.

En cuanto a los tratamientos en los pacientes, podemos observar que la gran mayoría lograron controlarse con monoterapia, y de estos el mas frecuentemente utilizado fue el levetiracetam. Estos resultados son concordantes con estudios previos, donde refieren que hasta el 60% de los pacientes refieren una respuesta favorable al tratamiento. Se recomienda el uso de levetiracetam o lamotrigina sobre el uso de ácido valproico o DFH.

Dentro de las ventajas del estudio presentado, podemos mencionar que en el país no hay amplia descripción de las características de este grupo de pacientes, y tener una población especial como la de nuestra institución, brinda características mas fáciles para dar validez externa a estudios previos, así como sentar bases de iniciar estudios comparativos con distintas variables asociadas a la presencia de epilepsia.

En las desventajas, podemos mencionar un sesgo de selección, así como el utilizar más variables ara hacer distintas correlaciones entre dosis, tolerabilidad y adherencia a los distintos tratamientos, que en estudios de lugares variados incluyen y nos dan una mejor perspectiva de la población estudiada.

18. CONCLUSIONES

De todo lo anterior, podemos concluir que:

- La epilepsia en el adulto mayor es una patología frecuente en el CMN “Hospital 20 de Noviembre”, debido a la población estudiada.
- Dentro de la presentación clínica, concuerda con estudios previos, sin embargo, en la prevalencia de esta no encontramos diferencia en los distintos grupos etareos.
- La presentación más frecuente en los adultos mayores son las crisis focales asociadas a pérdida del estado de conciencia, reportado de igual manera en estudios variados.
- La etiología más frecuente es adquirida, de tipo estructural, secundaria a eventos isquémicos vasculares.
- En la gran mayoría de los pacientes, el tratamiento es a base de monoterapia, con predilección por antiepilépticos mas recientes con mejor tolerancia reportada.

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fisher, R., Cross, J., French, J., Higurashi, N., Hirsch, E., Jansen, F., Lagae, L., Moshé, S., Peltola, J., Roulet Perez, E., Scheffer, I. and Zuberi, S., 2021. *Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology*.
2. Fisher, R., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J., Elger, C., Engel, J., Forsgren, L., French, J., Glynn, M., Hesdorffer, D., Lee, B., Mathern, G., Moshé, S., Perucca, E., Scheffer, I., Tomson, T., Watanabe, M. and Wiebe, S., 2014. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), pp.475-482.
3. Scheffer, I., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M., French, J., Guilhoto, L., Hirsch, E., Jain, S., Mathern, G., Moshé, S., Nordli, D., Perucca, E., Tomson, T., Wiebe, S., Zhang, Y. and Zuberi, S., 2017. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4), pp.512-521.
4. Lezaic, N., Roussy, J., Masson, H., Jetté, N. and Keezer, M., 2020. Epilepsy in the elderly: Unique challenges in an increasingly prevalent population. *Epilepsy & Behavior*, 102, p.106724.
5. Acharya, J. and Acharya, V., 2014. Epilepsy in the elderly: Special considerations and challenges. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 17(5), p.18.
6. Sarkis, R. and Schrettner, M., 2018. *Seizures and Epilepsy in the Elderly - Practical Neurology*. [online] Practical Neurology. Available at: <<https://practicalneurology.com/articles/2018-mar-apr/seizures-and-epilepsy-in-the-elderly>> [Accessed 20 October 2021].
7. Sen, A., Jette, N., Husain, M. and Sander, J., 2020. Epilepsy in older people. *The Lancet*, 395(10225), pp.735-748.
8. Carlson, C. and Anderson, C., 2016. Special Issues in Epilepsy. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22(1, Epilepsy), pp.246-261.
9. Beghi, E. and Giussani, G., 2018. Aging and the Epidemiology of Epilepsy. *Neuroepidemiology*, 51(3-4), pp.216-223.
10. Elder, C. and Mendiratta, A., 2020. Seizures and Epilepsy in the Elderly: Diagnostic and Treatment Considerations. *Current Geriatrics Reports*, 9(1), pp.10-17.
11. Lü, Y., Liu, S. and Yu, W., 2016. The causes of new-onset epilepsy and seizures in the elderly. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, p.1425.
12. Qing Zhao, J., 2014. Epilepsy in Elderly. *Brain Disorders & Therapy*, 03(01).

13. Kotloski, R., Dowding, J., Hermann, B. and Sutula, T., 2019. Epilepsy and aging. *Handbook of Clinical Neurology*, pp.455-475.
14. Waterhouse, E. and Towne, A., 2005. Seizures in the elderly: Nuances in presentation and treatment. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 72(Suppl_3), pp.S26-S26.
15. Shorvon, S., Perucca, E. and Engel, J., 2009. *Treatment of Epilepsy*. Hoboken: Wiley-Blackwell, pp.203-215
16. Lee, S., 2021. *Epilepsy in the Elderly: Treatment and Consideration of Comorbid Diseases*.
17. Chen, L., Cheng, S. and Jou, S., 2012. *Epilepsy in the Elderly*.
18. Striano, S., Ferrara, N., Taglialatela, M., Zanoni, T. and Corbi, G., 2020. Management of epilepsy in elderly. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 68(1), pp.31-39.
19. Seo, J., Cho, Y., Kim, K., Kim, D., Yang, K., Lee, S., Byun, J., No, Y., Kang, K. and Kim, D., 2020. Pharmacological Treatment of Epilepsy in Elderly Patients. *Journal of Clinical Neurology*, 16(4), p.556.
20. Arain, A. and Abou-Khalil, B., 2009. *Management of new-onset epilepsy in the elderly*.
21. Kaur, U., Chauhan, I., Gambhir, I. and Chakrabarti, S., 2019. *Antiepileptic drug therapy in the elderly: a clinical pharmacological review*.