

11201
2 ej 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA Y SALUD MENTAL

PERFIL BIO-PSICO-SOCIAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
EPILEPTICO EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION MEDICA

Tesina

Presentada por VICTOR MANUEL AGUILAR SORIA

Para la obtención de la Especialidad en PSIQUIATRIA

México, D.F. Diciembre 1985

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INDICE

	Página.
RESUMEN	
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	5
HIPOTESIS	6
MATERIAL Y METODO	7
ANALISIS Y REPRESENTACION	
DE LOS RESULTADOS	9
DISCUSION	28
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	35
BIBLIOGRAFIA	

RESUMEN

Se intenta conocer un perfil bio-psico-social del niño y adolescente epiléptico en el Tercer Nivel de Atención Médica Psiquiátrica, mediante un estudio descriptivo retrospectivo realizado en 114 pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, en un período de tiempo de 6 meses. Se analizan los resultados y se someten a discusión los hallazgos encontrados, elaborándose conclusiones y proponiéndose pautas de manejo escalonado en los tres niveles de atención médica, así mismo la creación de una clínica de epilepsia en este Hospital.

INTRODUCCION

El presente trabajo pretende conocer algunas características clínicas (biológicas, psicológicas y sociales) de los niños y adolescentes con el diagnóstico de epilepsia, elaborado en el Servicio de Urgencias o de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro mediante un estudio descriptivo, retrospectivo que incluyen la totalidad de los pacientes del período comprendido del 1º de octubre de 1984 al 31 de marzo de 1985, permitiéndonos conocer el perfil bio-psico-social del niño y adolescente epiléptico en el tercer nivel de Atención Médica.(5)

Importancia y Justificación.

Si bien, diversos estudios han permitido obtener algunos datos epidemiológicos sobre la epilepsia en México, aún no se han determinado satisfactoriamente la magnitud, incidencia y características de la población afectada, así como las fluctuaciones temporales, las variaciones regionales, los grupos de alto riesgo y el impacto familiar y social de los individuos. La epilepsia ocupa el 2º lugar de las alteraciones mentales según

su importancia en los servicios de Consulta Externa en Instituciones Psiquiátricas Públicas de México en el período comprendido entre 1973 - 1978 después de los trastornos de ansiedad. Dentro de las alteraciones mentales según su importancia en los Hospitales Psiquiátricos Públicos de México, ocupa el 2º lugar después de los trastornos esquizofrénicos (6). Los índices de prevalencia de epilepsia tanto "idiopática" como sintomática oscilan entre 3 y 7.3%, cifras mas elevadas que las que se han dado a conocer en otros países (5). Dentro de los enfermos crónicos hospitalizados -reporte de S.S.A. 1977- ocupa el 2º lugar después de la esquizofrenia. La tasa de la epilepsia es de 3 X 1,000 habitantes (29).

La epilepsia representa para el Médico un problema de diagnóstico clínico y etiológico, este problema tiene repercusiones sociales en cualquier edad que se presente, tanto si se observan en el recién nacido como en las edades avanzadas o intermedias. (15) (1) (9)

La epilepsia tiene síntomas diversos cuyas manifestaciones son paroxísticas ó repentinas, debidas a una descarga hipersincrónica neuronal que puede quedar limitada a una zona específica o propagarse a otras con síntomas subjetivos y objetivos que dependen de la zona alterada (7) (9), de esto se aduce que el fenómeno sorprenderá al paciente en cualquier sitio, y producirá, reacciones adversas y diversas tanto en el enfermo como

en el medio que le rodea, representado por la sociedad en todos sus estatus sociales. (6) (25) (29)

Una vez obtenido el diagnóstico etiológico de la epilepsia y establecido el tratamiento con los medicamentos apropiados para su control, los siguientes problemas que tienen que resolverse son los conflictos, las frustraciones y las dependencias que se observan en los enfermos con la epilepsia y la actitud que el paciente adopta ante la sociedad y la de ésta hacia él. (7) (22)

Si el padecimiento se inicia en la edad temprana, y el enfermo está sujeto a manifestaciones frecuentes de epilepsia y a los problemas inherentes al padecimiento, se añaden otros conflictos que citaremos a continuación. Si se encuentra en los primeros meses de vida, puede haber desajustes en el hogar debido a que la madre es, en nuestro medio quien más directamente se encarga de llevar al hijo a las consultas y quien lo auxilia en las manifestaciones de la epilepsia (10); esto motiva desatenciones de otros problemas del hogar o de otros hijos, en especial cuando el padecimiento no logra controlarse. Pero es posiblemente al iniciar el niño su vida escolar cuando aparecen las primeras alteraciones de conducta y/o emocionales ante la familia y la sociedad (22). Muchos de estos cambios se deben a la ignorancia y a los prejuicios de la sociedad hacia el paciente epiléptico,

quien se enfrenta a graves problemas en un medio hostil. El niño sujeto a frecuentes crisis epilépticas se siente inseguro en un medio familiar o escolar mal informado (8) hostil o indiferente; su situación se hace cada vez más difícil, sobre todo si los padres lo rechazan o si tienen sentimientos de culpabilidad, la madre especialmente tenderá a sobreprotegerlo y a crearle una exagerada dependencia, pudiéndose romper así la unidad familiar (18) el problema se agrava aún más cuando el niño entra a la escuela y aparecen los trastornos de conducta que pueden persistir por años. Por otra parte el niño epiléptico puede ser subnormal intelectualmente, lo que le crea problemas de aprovechamiento escolar si el profesor y los padres no contribuyen a su ajuste y rendimiento en la escuela (28). El paciente con epilepsia presenta frecuentemente sensación de inseguridad, ansiedad, depresión en grado variable (14) (13) o será causante directa o indirectamente de conducta antisocial (12) (15) (17) (25). Cuanto más precóz sea el comienzo de los ataques, más alta es la probabilidad de su asociación con subnormalidad mental y déficit neurológico (26).

HIPOTESIS

Conocer el perfil bio-psico-social del niño y adolescente epiléptico en el tercer nivel de atención médico - psiquiátrico.

OBJETIVOS

Generales:

1.- Proporcionar los medios para mejorar la calidad de vida del enfermo que sufre epilepsia.

2.- Crear un centro de atención integral de la epilepsia. (Clínica de Epilepsia).

Específicos:

1.- Detectar grupos de alto riesgo.

2.- Conocer los principales antecedentes personales patológicos.

3.- Identificar principales síndromes psiquiátricos que acompañan.

4.- Conocer los principales cuadros clínicos de acuerdo a la clasificación de la I.C.D. 9.

5.- Conocer niveles de escolaridad.

6.- Conocer importancia del E.E.G.

7.- Conocer enlace con los otros niveles de atención médica.

MATERIAL Y METODO

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, localizado en Av. San Fernando y Niño Jesús S.N. Delegación Tlalpan México D.F., dependiente de la Secretaría de Salud. En la organización de los recursos para la salud, se encuentra dentro del tercer nivel de atención médica, enlazado al primero y segundo nivel. Atiende necesidades de salud mental en la infancia y la adolescencia a una población con o sin afiliación a otra institución médica pública ó privada.

Nuestra investigación es netamente descriptiva y retrospectiva.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes epilépticos ingresados al servicio de Consulta Externa en el período de tiempo comprendido entre el 1° de octubre de 1984 al 31 de marzo de 1985, y se extrajo de ellas las siguientes variables:

Edad

Sexo

Escolaridad

Procedencia

Antecedentes personales patológicos.

Diagnóstico clínico (De acuerdo a la clasificación I.C.D. 9).

Resultado de E.E.G.

Principales síndromes psiquiátricos que acompañan.

Lugar de atención por primera vez.

Nivel Socioeconómico.

Se realizó cruce de variables:

Edad - Sexo.

Sexo - Diagnóstico.

Escolaridad - Diagnóstico.

Escolaridad - Antecedentes Personales Patológicos.

Escolaridad - E.E.G.

Escolaridad - Síndromes psiquiátricos que acompañan.

Lugar de atención por primera vez - Nivel socioeconómico.

Antecedentes personales patológicos - E.E.G.

Antecedentes personales patológicos - Síndromes psiquiátricos que acompañan.

Diagnóstico - Antecedentes personales patológicos.

Diagnóstico - Síndromes Psiquiátricos que acompañan.

Diagnóstico - E.E.G.

Síndromes psiquiátricos que acompañan - E.E.G.

Síndromes psiquiátricos que acompañan - Sexo.

Los cuales se representan en cuadros estadísticos.

ANALISIS Y REPRESENTACION DE LOS RESULTADOS

En los 6 meses que se llevó a cabo el presente estudio, se revisaron un total de 124 expedientes de los cuales fueron anulados 10 por estar incompletos o inexistentes.

CUADRO I
Distribución mensual octubre/'84 - marzo/'85

	Efectivos	Anulados
Octubre	14	0
Noviembre	15	1
Diciembre	14	1
Enero	26	1
Febrero	28	5
Marzo	27	2
Total	124	10

El promedio mensual del paciente epiléptico que ingresaron al servicio de Consulta Externa fueron de 20 apreciándose un aumento de pacientes en el segundo trimestre.

CUADRO II
Distribución por edad

Edad	Frecuencia
0a - 11m	8
1a - 1a/11m	13
2a - 2a/11m	14
3a - 3a/11m	6
4a - 4a/11m	5
5a - 5a/11m	4
6a - 6a/11m	2
7a - 7a/11m	7
8a - 8a/11m	4
9a - 9a/11m	4
10a - 10a/11m	3
11a - 11a/11m	6
12a - 12a/11m	6
13a - 13a/11m	4
14a - 14a/11m	10
15a - 15a/11m	7
16a - 16a/11m	8
17a - 17a/11m	3
	114

El promedio de edad equivale a 7 años 9 meses.

La frecuencia más alta se observa en los menores de 3 años y en el grupo de adolescentes.

CUADRO III
Distribución por sexo

Sexo	Frecuencia	porcentaje
Femenino	52	46
Masculino	62	54
total	114	100

Predomina el sexo masculino sobre el femenino con diferencia de 10 pacientes. El promedio de edad para las mujeres es de 8 años 10 meses, para los hombres de 6 años 10 meses.

CUADRO IV
Distribución por escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	63	55
Preescolar	4	3
Primaria	28	25
Secundaria	18	16
Preuniversitaria		
Educación Especial	1	1
Total	114	100 %

Predominan los pacientes con nula escolaridad, siguiéndoles en frecuencia primaria y secundaria, llamó la atención que no hay pacientes en preuniversitaria.

CUADRO V

Principales síndromas psiquiátricos que acompañan

	Frecuencia	Porcentaje
Retraso Mental: Profundo	5	4
Moderado	20	17
Superficial	7	6
Conductual	28	25
Emocional	10	9
No se menciona	39	34
Otros(psicosis)	3	3
Mixtos	2	2
Total	114	100%

Casi en la tercera parte del total de expedientes no se mencionan síndromes psiquiátricos que acompañan, pero los principales síndromes son trastornos de conducta, trastorno emocional y retraso mental moderado.

CUADRO VI

Electroencefalogramas

	Frecuencia	Porcentaje
No realizados	25	22
Normal	35	31
Anormal:	54	47
focalizados	37	
generalizados	18	
Total	114	100%

Se realizaron E.E.G. en el 78% de los pacientes resultando anormales casi la mitad del total de pacientes y de estos se observa que los focalizados son los que predominan.

CUADRO VII
Distribución por diagnóstico clínico

Diagnóstico clínico	F	%
Epilepsia convulsiva generalizada	69	60
Estado de pequeño mal	2	2
Estado de gran mal		
Epilepsia parcial con alteración de la conciencia	16	14
Epilepsia parcial sin mención de alteración de la conciencia	9	8
Espasmos Infantiles	8	7
Epilepsia parcial continua		
Otras	9	8
Sin especificación	1	1
Total	114	100%

La epilepsia convulsiva generalizada fue el diagnóstico más frecuente, seguido por epilepsia parcial con alteración de la conciencia. El estado de gran mal y la epilepsia parcial continua no se diagnosticaron.

CUADRO VIII
Procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
D.F.	64	56
Estado de México	30	26
Provincia	20	18
Total	114	100%

En su gran mayoría los pacientes epilépticos provienen del Valle de México.

CUADRO IX
Lugar de atención por primera vez

	Frecuencia	Porcentaje
Médico Particular	25	55
Centro de Salud	14	12
Hospital General	7	6
H.P.J.N.N.	40	35
Otras:	28	25
Consejo Tutelar	2	
I.N.N.N.	2	
I.M.S.S.	14	
I.S.S.S.T.E.	3	
I.N.P.	6	
D.I.F.	1	
Total	114	100%

El esquema gráfico muestra que la mayoría de los pacientes epilépticos no recibió atención médica previa. Le siguen en frecuencia los que recibieron atención de médico particular; de las otras instituciones médicas, los pacientes afiliados al I.M.S.S. son los que más acudieron a nuestro Hospital.

CUADRO X
Antecedentes Personales patológicos

	F	%
Prenatal: ictericia	9	3
natal: hipoxia neonatal	29	25
parto distócico	7	6
Posnatal: T.C.E.	22	19
Infecciones	1	1
Ausencia de etiología aparente	52	46
Total	114	100%

En la mayoría de los expedientes clínicos de los pacientes epilépticos, no se mencionan antecedentes personales patológicos de importancia. Los que más se mencionan son Hipoxia neonatal y T.C.E.

CUADRO XI
Nivel Socioeconómico

	Frecuencia	Porcentaje
Alta	7	6
Media	14	12
Baja	77	68
Sin Clave	16	14
Total	114	100%

Dos tercios del total de pacientes epilépticos es de un nivel socioeconómico bajo.

CUADRO XII
Sexo - Diagnóstico

	Masculino	Femenino
Epilepsia convulsiva generalizada	35	34
Estado de pequeño mal	1	1
Estado de gran mal		
Epilepsia parcial con alteración de la conciencia	8	8
Epilepsia parcial sin mención de alteración de la conciencia	3	6
Espasmos infantiles	7	1
Epilepsia parcial cont.		
Otras	7	2
Sin especif.	1	
Total	62	52

La distribución del diagnóstico clínico se muestra casi simétrico en ambos sexos.

CUADRO XII
 Diagnóstico - Escolaridad
 Edad promedio

	Nula F Prom.	Preesc. F Prom.	Escolar F Prom.	Secund. F Prom.	Preuniv.	Ed.Esp. F Prom.
Epilepsia convulsiva generalizada	44	5a 8m 3	13	10a 8m 9	14a10m	
Estado de pequeño mal	1	2a	1	13a		
Estado de gran mal						
Epilepsia parcial con alteración de la conciencia	4	2a 3m 1	5	9a11m	5 14a 7m	1 8a10m
Epilepsia parcial sin mención de alteración de la conciencia	4	6a10m	2	9a 9m	3 14a	
Espasmos Infantiles	8	1a 5m				
Epilepsia parcial cont.						
Otras	1	2m	7	8a 9m	1 14a11m	
Sin especific.	1	5a11m				
Total	63	4	28	18		1

El bajo nivel de escolaridad de los pacientes estudiados puede estar en relación al retraso mental ó al bajo promedio de edad. En general la escolaridad de los pacientes epilépticos se halla dentro de límites aceptables.

CUADRO XIV
Antecedentes personales patológicos - Escolaridad

	nula	Preesc.	Escolar	Secun.	Preuniv.	Ed.Esp.
Ictericia	1		2			
Hipoxia						
Neonatal	17		6	6		
Parto						
distócico	7					
T.C.E.	11	2	5	3		1
Infecciones					1	
Sin A.P.P.	27	2	15	8		

Difícil hacer una asociación adecuada entre éstas dos variables, sin embargo llama la atención que parto distócico, como antecedente personal patológico, cursa en un 100% con escolaridad nula.

Así mismo, se observa que la ausencia de antecedentes se dá en todos los ciclos escolares.

CUADRO XV
Escolaridad - E.E.G.

	Normal	Anormal	Sin E.E.G.
Ninguna	16	31	16
Preescolar	1	3	
Escolar	6	13	9
Secundaria	12	6	
Preuniversitaria			
Educación Especial		1	

La frecuencia más alta de electroencefalogramas anormales se observa en ninguna escolaridad y escolares, los normales en nula escolaridad y secundaria.

CUADRO XVI

Síndromes psiquiátricos que acompañan - Escolaridad

	Nula	Preesc.	Escolar	Secun.	Preun.	E.E.	Edad Prom.
Retraso M profundo	4				1		8a2m
Retraso M moderado	14	1	5				9a3m
Retraso M superf.	3		4				8a7m
Conductual	18		8	3			7a1m
Emocional			1	9			13a8m
Esicosis	2	1					11a10m
Mixto			1	1			13a6m
No se menciona.	22	2	9	5			5a8m

La epilepsia suele acompañarse de retraso mental, en este caso predomina el moderado asociado a escolaridad nula. El promedio de edad del trastorno conductual es de 7 años 1 mes, asociándose principalmente a una escolaridad nula y escolares. El promedio de edad en el trastorno emocional es de 13 años 8 meses, asociándose principalmente a estudiantes de secundaria.

CUADRO XVII

Lugar de atención por primera vez - Nivel Socioeconómico

	Alta	Media	Baja	Sin Clave
Médico Particular		3	21	1
Centro de Salud	1	2	10	1
Hospital General		1	6	7
H/P.J.N.N.		7	22	11
Consejo Tutelar			2	
I.N.N.N.			2	
I.M.S.S.	3		9	2
I.S.S.S.T.E.	2		1	
I.N.P.	1		4	1
D.I.F.		1		

Del total de pacientes epilépticos, 93 clasifi-
cados dentro del nivel socioeconómico bajo, 16 se en-
cuentran exentos de pago y 21 acudieron para atención
médica de primera vez con médico particular.

La mayoría de pacientes epilépticos de nivel
socioeconómico alto fueron vistos previamente en el
I.S.S.S.T.E. e I.M.S.S.. Sólo 21 pacientes fueron
vistos en el primer nivel y segundo nivel de atención
médica.

Fueron 40 pacientes epilépticos que acudieron
directamente al tercer nivel de atención médica psi-
quiátrico.

CUADRO XVIII
Antecedentes personales patológicos - E.E.G.

	Anormal	Normal	Sin E.E.G.
Ictericia	3		
Parto distócico	4	1	2
T.C.E.	12	6	4
Infecciones		1	
Sin A.P.P.	19	20	13
Hipoxia Neonatal	16	7	6
Total	54	35	25

El cuadro muestra que los electroencefalogramas anormales, la mayoría, están asociados con T.C.E. e Hipoxia neonatal, en 19 casos de electroencefalogramas anormales no se mencionan antecedentes personales patológicos.

La mayoría de los electroencefalogramas normales cursa sin antecedentes patológicos.

CUADRO XIX
 Síndromes Psiquiátricos que acompañan
 Antecedentes personales patológicos

	Icteric.	H. N.	P. D.	T.C.E.	Infec.	S.A.P.P.
Retraso M. : profundo	1			1		3
Retraso M Moderado	1	5		6		8
Retraso M superf.		1	1	1		4
Conductual		12	3	3		10
Emocional		2	1	2		5
No se menciona	1	8	2	7	1	20
Psicosis		1		1		1
Mixtos				1		1
Total	3	29	7	22	1	52

Todos los síndromes clínicos mencionados en el cuadro, cursan sin antecedentes personales de importancia(?); cuestión que hay que dilucidar. El retraso mental tiene como antecedentes relevantes la hipoxia neonatal y el T.C.E.; el trastorno conductual tiene como principal antecedente a la hipoxia neonatal, mientras que el trastorno emocional tiene antecedentes variados.

H.N. = Hipoxia neonatal

P.D. = Parto distócico.

CUADRO XX

Diagnóstico - Antecedentes personales patológicos

	Icteric.	H.N.	P.D.	T.C.E.	Infec.	Sin A.P.P.
Epilepsia convulsiva generalizada	2	15	5	15	1	31
Estado de pecueño mal						2
Estado de gran mal						
Epilepsia parcial con alteración de la conciencia	1	4		5		6
Epilepsia parcial sin mención de alteración de la conciencia		3	1	1		4
Espasmos infantiles		4				4
Epilepsia parcial cont.						
Otras		2	1	1		5
Sin especif.		1				
Total	3	29	7	22		52

La ausencia de antecedentes personales patológicos no mencionados en el expediente clínico se encuentra en la totalidad de los diagnósticos clínicos. La epilepsia convulsiva generalizada tiene como antecedentes principales la hipoxia neonatal y el T.C.E. lo mismo que los otros diagnósticos clínicos.

H.D. = Hipoxia Neonatal

P.D. = Parto distócico.

CUADRO XXI

Diagnóstico - Síndromes Psiquiátricos que Acompañan

	R.M. Prof.	R.M. Mod.	R.M. Leve	Con- duc- tual	Emo- cio- nal	Sin Men- ción	Psi- co- sis.	Mix- to.
Epilepsia convulsiva generalizada	3	15	5	16	4	24	1	1
Estado de pequeño mal				1		1		
Estado de gran mal.								
Epilepsia parcial con alteración de la conciencia	1	1	1	3	4	5	1	
Epilepsia parcial sin mención de alteración de la conciencia		2	1	1	1	3	1	
Espasmos Infantiles.		1		2		5		
Epilepsia parcial cont.								
Otras	1	1		4	1	1	1	
Sin especif.				1				
Total	5	20	7	28	10	39	3	2

La epilepsia convulsiva generalizada cursa con todos los síndromes señalados, principalmente con retraso mental moderado y trastorno conductual, así mismo cursa altamente con síndromes sin mención. La epilepsia parcial con alteración de la conciencia se asocia a trastornos conductuales y emocionales.

CUADRO XXII
Diagnóstico - E.E.G.

	Anormal	Normal	Sin E.E.G.
<u>Epilepsia</u>			
convulsiva			
<u>generalizada</u>	33	19	17
Estado de			
<u>pequeño mal</u>	2		
Estado de			
<u>gran mal</u>			
<u>Epilepsia</u>			
parcial con			
alteración de			
<u>la conciencia</u>	9	6	1
<u>Epilepsia</u>			
parcial sin			
mención de			
alteración de			
<u>la conciencia</u>	5	4	
<u>Espasmos</u>			
<u>Infantiles</u>	3	2	3
<u>Epilepsia</u>			
<u>parcial cont.</u>			
<u>Otras</u>	2	3	4
<u>Sin especific</u>		1	
<u>Total</u>	54	35	25

El cuadro muestra que el electroencefalograma epidemiológicamente no es concluyente para el diagnóstico clínico de la epilepsia, a pesar de ser mas numerosos los electroencefalogramas anormales que normales.

CUADRO XXIII
Síndromes Psiquiátricos que acompañan - E.E.G.

	Anormal	Normal	Sin E.E.G.
Retraso M. profundo	1		4
Retraso M. Moderado	10	5	5
Retraso M. Leve	4	1	2
Conductual	16	7	5
Emocional	2	8	
No se mencionan	18	12	9
Otros (psicosis)	2	1	
Mixtos	1	1	
Total	54	35	25

El cuadro muestra que todos los síndromas psiquiátricos que no se mencionan, tienen electroencefalograma anormal como normal.

Todos los síndromes psiquiátricos que acompañan a la epilepsia tienen e.e.g. anormal, principalmente el trastorno conductual y el retraso mental moderado.

Los e.e.g.'s normales se encuentran presentes en los síndromes señalados principalmente en el trastorno emocional.

CUADRO XXIV
Síndromes Psiquiátricos que acompañan - Sexo

	Masculino	Femenino
Retraso Mental Profundo	2	3
Retraso mental moderado	13	7
Retraso mental Superficial	2	5
Conductual	19	9
Emocional	2	8
No se mencionan	21	18
Otros (psicosis)	2	1
Mixtos	1	1
Total	62	52

En los pacientes epilépticos masculinos predomina el trastorno conductual, en los pacientes femeninos el trastorno emocional.

DISCUSION

Como hemos visto, la epilepsia es una entidad que se observa con relativa frecuencia en nuestro Hospital.

Se atendieron un total de 114 pacientes en 6 meses con distribución en todas las edades, predominando en menores de 3 años y adolescentes, dato que concuerda con lo reportado en la literatura. La distribución por sexo es casi uniforme, aunque hay una predominancia en el sexo masculino.

El 60% de nuestros pacientes (69), tienen el diagnóstico de crisis convulsivas generalizadas tónico clónicas, el promedio de edad de éstos es de 9 años; tienen como antecedentes personales patológicos de importancia el T.C.E. en un 22%, hipoxia neonatal en un 22%, parto distócico en un 7% y en un 45% no se mencionan antecedentes. La distribución por sexo se da casi por igual.

En cuanto a escolaridad, tenemos 44 pacientes que carecen de ella, con un promedio de edad de 5 años 8 meses; de éstos, 15 tienen retraso mental moderado, 5 tienen retraso mental leve, y 3 tienen retraso mental profundo, lo cual nos indica que probablemente es una causa importante de la escolaridad nula. En preescolar hay 3 pacientes con un promedio de edad de 5 años, en escolar

hay 13 pacientes con un promedio de edad de 10 años 8 meses, todos ellos considerados como aceptables de acuerdo a su edad, en el grado escolar en que están. Hay 9 pacientes en secundaria con una edad promedio de la años 10 meses, considerados también como aceptables. Los principales síndromes psiquiátricos que acompañan esta entidad son el retraso mental mencionado, el trastorno conductual y en el 35% cursa sin síndrome psiquiátrico. Así mismo se encontró que 13 pacientes cursan con crisis convulsivas generalizadas tónico clónicas en presencia de hipertermia, de los cuales son de sexo masculino 7, y 6 de sexo femenino, con un promedio de edad para ambos sexos de 3 años. Llama la atención que fueron los pacientes que de acuerdo a su historia clínica, se les practicaron más estudios, a 11 de éstos se les practicó e.e.g. resultando 6 anormales y 5 normales, 7 provienen de un nivel socioeconómico medio, 3 de un nivel socioeconómico alto y el resto de un nivel socioeconómico bajo. Del total de éstos pacientes, 6 fueron vistos previamente en el I.M.S.S. y en el I.S.S.S.T.E. (será esto por la sobreprotección materna?). El 50% del total cursa sin antecedentes patológicos, lo que nos puede hablar de una inmadurez cerebral. (H. Gastaut)

Epilepsia parcial con alteración de la conciencia.
Se da en un 14% de los pacientes, por igual en ambos

sexos, se acompaña principalmente de trastorno conductual y emocional. Principales antecedentes: hipoxia neonatal, T.C.E. con un promedio de edad de 3 años.

Epilepsia parcial sin mención de alteración de la conciencia. Se presenta en un 8% de los pacientes siendo mas frecuente en el sexo femenino con una relación de 2 a 1. No se acompaña en la mayoría de los síndromes psiquiátricos. Como antecedentes encontramos hipoxia neonatal con un promedio de edad de 8 años 6 meses, los cuales tienen un grado escolar aceptable.

Espasmos infantiles. Es principalmente espasmo del sollozo, se encuentra principalmente en el sexo masculino con una relación de 7 a 1. En la mayoría cursa sin síndromes psiquiátricos. Como antecedentes se encontraron hipoxia neonatal en el 50% y en el 50% restante cursa sin antecedentes. El promedio de edad es de 1 año 8 meses. En pacientes con diagnóstico como otros y sin especificación equivale a un 9%. No se diagnosticó el Estado de gran mal y la Epilepsia parcial continua. Las características clínicas mencionadas, concuerdan con publicaciones nacionales y extranjeras. (24)(26)(13)(15) En cuanto al diagnóstico de espasmo del sollozo no existe un acuerdo general sobre este ya que los factores principales que se mencionan son la apnea y la hipocalcemia (7) (27).

Dentro de los síndromas psiquiátricos que acompaña a la epilepsia, los principales fueron retraso mental en un 27% con un promedio de edad de 9 años, predominando en el sexo masculino; le sigue el trastorno conductual, con una edad promedio de 7 años 1 mes, predominando el sexo masculino; le sigue el trastorno emocional con una edad promedio de 13 años 8 meses predominando el sexo femenino. Rutter en 1968, señala que sólo en el 69% de los pacientes epilépticos tienen patología psiquiátrica asociada, dato que concuerda con nuestro estudio. En estudios previos se han encontrado evidencias entre psicopatología y déficit del funcionamiento neuropsicológico (12)(13), trastorno que todavía es un estigma por su asociación a dificultades sociales.(16)

De 89 e.e.g.'s practicados a nuestros pacientes epilépticos, el 61% fué reportado como anormal y un 39% como normal. El e.e.g. es tan importante como la etapa clínica cuando ella es positiva, es decir, cuando pone en evidencia una descarga neuronal hipersincrónica intercrítica o crítica, es específica del tipo de epilepsia en cuestión, sin embargo, esto ocurre solo en la tercera parte de los requisitos.

Los antecedentes perinatales se encuentran en un 34% de nuestros pacientes, pudiendo manifestarse como cualquier tipo de epilepsia ó manifestación psiquiátrica,

no se encontró antecedentes personales patológicos en un 46%, el T.C.E. ocupó el 19%.

Las dos terceras partes de los pacientes que acuden a nuestro Hospital, provienen de un nivel socioeconómico bajo, lo que lleva a reflexionar en cuanto a si existe una asociación indirecta o directa de este padecimiento con el nivel socioeconómico, dada la importancia de los antecedentes perinatales de la epilepsia.

En general la escolaridad de nuestros pacientes epilépticos se halla dentro de límites aceptables.

No se observó la atención escalonada en los niveles de atención médica, el 10% del total de pacientes fue atendido en el primer nivel. En el segundo nivel se atendió otro 10%, un 35% fue visto directamente en el tercer nivel sin pasos previos, el 45% restante fueron atendidos previamente por médico particular y otras Instituciones médicas.

RECOMENDACIONES

En el Primer Nivel de Atención Médica. La incorporación de la comprensión psicosocial de este trastorno en los programas primarios de salud, establecer un diagnóstico clínico y tratamiento médico.

En el Segundo Nivel de Atención Médica. Un manejo de los pacientes en consulta externa de Psiquiatría ó Neurología; confirmar el diagnóstico clínico, radiológico y electroencefalográfico, establecer pronóstico; llevar un manejo adecuado de los antiepilépticos; seleccionar los pacientes para un nivel de atención médica superior.

En el tercer Nivel de Atención Médica. La creación de una clínica de epilepsia. Estudiar en forma integral al paciente y a la familia; manejar en forma interdisciplinaria al paciente; integrar a los padres al equipo de salud, determinar un pronóstico funcional adecuado con el objeto de : incorporar al niño o adolescente en programas de rehabilitación física, mental o social. Investigar y divulgar los nuevos conocimientos a otras unidades. Establecer una historia clínica acorde con la propuesta por la Liga de la Lucha Internacional contra

años, los de secundaria tienen una edad promedio de 14 años 8 meses, encontrándose sólo uno en educación especial con una edad de 8 años 10 meses. Se considera que la escolaridad de acuerdo al promedio de edad, se encuentra en límites aceptables.

6.- El electroencefalograma tiene epidemiológicamente escasa importancia.

7.- En la práctica no se dá la atención médica escalonada en estos pacientes.

8.- A la luz de los conocimientos actuales es difícil distinguir entre los factores capaces de provocar epilepsia.

9.- En este estudio se han considerado grupos de nivel socioeconómico heterogéneo, pertenecientes en su gran mayoría a un nivel socioeconómico bajo.

10.- La susceptibilidad por la epilepsia se encuentra en discusión.

CONCLUSIONES

1.- Los principales grupos de alto riesgo son: los pacientes epilépticos menores de 3 años; con antecedentes importantes de T.C.E., parto distócico e hipoxia cerebral; con diagnóstico de crisis convulsivas generalizadas tónico clónicas y que se acompañan de retraso mental; provenientes de nivel socioeconómico bajo y con e.e.g.'s francamente anormales.

2.- Los principales antecedentes personales patológicos son los perinatales y el T.C.E. en el 54% de los pacientes, mientras que en el 46% restante se desconocen.

3.- Los principales síndromes que acompañan a los pacientes epilépticos son el retraso mental, el trastorno de conducta, trastornos emocionales y mixtos.

4.- Los principales cuadros clínicos observados fueron la epilepsia convulsiva generalizada tónico clónica, crisis parciales con alteración de la conciencia, crisis parciales sin mención de alteración de la conciencia, espasmos infantiles y otros.

5.- Los pacientes con nula escolaridad tienen un promedio de edad de 4 años 3 meses, los preescolares una edad promedio de 4 años 9 meses, los escolares de 10

la Epilepsia.

Una vez estudiado el paciente en forma integral, se debe establecer un programa de manejo que facilite su atención en el Segundo o Primer nivel y contar con la organización adecuada para el seguimiento de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Psychiatric Association'S.
Psychiatric Glossary.
First Printing 1984.
- 2.- Arana Muñoz Oswaldo y cols.
Niveles de Atención del Niño Asmático.
Revista Médica IMSS; Vol. 20, No. 1, 1982.
- 3.- Beghi Ettore y cols.
Quality of Care of Epilepsy in Italy.
Epilepsia 23:133 - 148, 1982.
- 4.- Bergamasco Bruno y cols.
Neonatal Hipoxia and Epileptic Risk: A Clinical
Prospective Study.
Epilepsia 25(2):131-136, 1984.
- 5.- Caraveo A. Jorge.
Análisis Crítico y Perspectivas Futuras de la
Epidemiología Psiquiátrica en México.
Salud Mental. Vol. 5, No.1, Primavera 1983.
- 6.- De la Fuente Ramón.
Acerca de la Salud Mental en México.
Salud Mental Vol. 5, No. 3, Otoño 1982.
- 7.- Dodson Edwin.
Epileptic Syndromes of Childhood.
American Academy of Neurology.
Boston, MA. Abril, 1984.
- 8.- Gadow Kenneth.
School Involvement in the treatment of
seizure Disorders.
Epilepsia 23: 215 - 224, 1982.

- 9.- Gastaut H.
Epilepsias.
Editorial Universitaria de Buenos Aires.
Cuarta Edición, 1975.
- 10.- Garralde Hualde M. E.
Las Urgencias en la Psiquiatría Infantil y la
Intervención en las Crisis: Una revisión.
Salud Mental, Vol. 5, No. 4, Invierno 1982.
- 11.- Gay Patricia E.
Effects of Antiepileptic Drugs and Seizure Type
Operant Responding in Mentally Retarded Persons.
Epilepsia 25(3), 377 - 386, 1984.
- 12.- González Salvador y cols.
Delito y Epilepsia.
Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana.
Vol. XXIV - No. 4, Octubre-Diciembre 1983.
- 13.- Herman Bruce P.
Neuropsychological Functioning and Psychopathology
in Children with Epilepsy.
Epilepsia 23:545 - 554; 1982.
- 14.- Lechtenberg Richard and Lois Akner.
Psychologic Adaptation of Children to Epilepsy in
a Parent.
Epilepsia 25(1): 40 - 45, 1984.
- 15.- López Gomzález Moisés.
La Epilepsia como Problema Social.
Revista Médica IMSS 19:499, 1981.
- 16.- Macías Guido y Valadéz T.
Modelo Psiquiátrico de Intervención Terapéutica
en Niños y Adolescentes. (UTNA).
Salud Mental Vol. 5, No. 2, Verano 1982.
- 17.- Moehle Kurt y cols.
The Relationship Between Neuropsychological
Functioning and Psychopatology in Temporal Lobe
Epileptic Patients.
Epilepsia 25(4): 418 - 422, 1984.

- 18.- Philbert Anette and Mogens Dam.
The Epileptic Mother and Her Child.
Epilepsia 23: 85 - 99, 1982.
- 19.- Ryan Peter H.
Un Programa Experimental Psicosocial para pacientes
Agudos Hospitalizados.
Salud Mental Vol. 5, No. 2, Verano 1982.
- 20.- Riikonen Raili.
Infantile Spasms: Some New Theoretical Aspects.
Epilepsia 24:159 - 168, 1983.
- 21.- Scarpa Paola and Bruno Carassini.
Partial Epilepsy in Childhood: Clinical and EEG
Study of 261 Cases.
Epilepsia 23:233 - 241, 1982.
- 22.- Schamp Matthews Wendy and cols.
Emotional Concomitants of Childhood Epilepsy.
Epilepsia 23:671 - 681, 1982.
- 23.- Shernon and Reynolds.
El Tratamiento Precóz mejora el Pronóstico de
la Epilepsia.
British Medical Journal.
285, 1699 - 1710, 1982.
- 24.- Scott D/F.
Psychiatric Aspects of Epilepsy.
British Journal. Psychiatric. 132, 417-430:1978.
- 25.- Sofijanov Nikola G.
Clinical Evolution and Prognosis of Childhood
Epilepsies.
Epilepsia, 23:61 - 69; 1982.
- 26.- Susser Mervin.
Epilepsy: Some Epidemiological Aspects.
Psychological Medicine 9,207 - 215; 1979.
- 27.- T. Lombroso Cesare.
A Prospective Study of Infantile Spasms:
Clinical and Therapeutic Correlations.
Epilepsia 24:135 - 158, 1983.

- 28.- Todt H.
The Late Prognosis of Epilepsy in Childhood:
Results a Perspective Follow - Up Study.
Epilepsia 25(2);137 - 144, 1984.
- 29.- Tovar Héctor y cols.
La Investigación Epidemiológica de las Alteraciones
Mentales: Trascendencia, Métodos y Lineamientos
para su desarrollo en México.
Salud Mental Vol. 7, No.4, Invierno 1984.
- 30.- UNAM. Niveles de Atención Médica.
Publicaciones Técnicas de Medicina Preventiva y
Social. Vol. 3.