



11226
20/1/76

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
CLINICA HOSPITAL DE ZONA Y MEDICINA
FAMILIAR XALAPA, VER.

CAUSAS FRECUENTES DE FRACASO EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE EPILEPTICO.

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO DE :
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. PATRICIA RODRIGUEZ PARISSI

XALAPA, VER.,

1986



FALLA DE ORIGEN



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 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.

CAUSAS FRECUENTES DE FRACASO EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE
EPILEPTICO.

I N D I C E

		Página
I	INTRODUCCION	2
II	MATERIAL Y METODO	7
III	RESULTADOS	12
IV	CONCLUSIONES	29
V.	BIBLIOGRAFIA	31

I. INTRODUCCION:

La epilepsia es el más común de los padecimientos -- neurológicos de la infancia. La población mexicana en general es atacada por ésta enfermedad en un 2% aproximadamen-- te (1).

Representa para el médico general un serio problema de diagnóstico clínico, etiológico y terapéutico; ya que -- ocasiona repercusiones biológicas, psicológicas y sociales -- que impiden al enfermo desarrollarse en un ambiente de seguridad tanto en su vida personal como laboral y familiar.

A pesar de la investigación exhaustiva, en éstos últimos años no se ha dilucidado aún la etiología de la epilepsia idiopática o criogénica impidiéndose con ello crear medidas preventivas y terapéuticas específicas; y por ende el control adecuado del paciente epiléptico proporcionándole la oportunidad de vivir dentro de la mayor disponibilidad posible (2).

En estudios efectuados en otros países se han comprobado que existe una relación directa entre factores biopsi--cosociales, politerapia, combinación de drogas y efectos indeseables con el fracaso o éxito del tratamiento (3)

En nuestro país la causa principal de fracaso en el tratamiento del paciente epiléptico lo constituye la falta de información por parte del médico al iniciarse el esquema terapéutico. Esta es la razón por la cuál el paciente epiléptico sin saberlo, suspende la medicación en período de vacaciones, al asociarse con un padecimiento concomitante o por razones de índole sociocultural muy personal.

En el Hospital 20 de noviembre del ISSSTE de la ciudad de México se determinaron los problemas principales a que se enfrentó el paciente epiléptico entre los que se encuentran: mal control de crisis por inconstancia en el tratamiento y dosificación inadecuada, toxicidad y efectos colaterales de la terapéutica empleada y fallas de adaptación en el área escolar, laboral y familiar (4).

En estudios efectuados en diferentes partes del mundo, desde el punto de vista epidemiológico, la prevalencia de la enfermedad varía de 1 a 9.8 por 1000 habitantes encontrándose un amplio margen entre estudios hechos inclusive en nuestro país lo cuál es indicativo de que el método para la detección es determinante (5).

En un estudio epidemiológico realizado en una población infantil de Cuba editado en 1980 se encontró una prevalencia de 7.5 por cada 1000 habitantes de 0 a 14 años. De-

acuerdo al sexo hubo una diferencia a favor del sexo masculino. El nivel de escolaridad estuvo por debajo de la población sana. Un dato importante fué que el 60.2% de los niños estudiados habían recibido tratamiento alguna vez, siendo el 39.8% el porcentaje de niños que no asistió en ningún momento después de su primer ataque, lo cuál llama la atención ya que existiendo la oportunidad de ejercer su derecho a la salud y la obligación del estado en proporcionárselo gratuitamente, no suceda así. Dichos resultados se asociaron a la falta de información y educación para la salud y a patrones socioculturales propios de ese país.

Es indudable que el progreso científico permitirá en el futuro un mejor control de las crisis convulsivas y que las instituciones de seguridad social tendrán un mejor sistema que permita la rehabilitación completa de éstos pacientes (6).

La frecuencia de demanda de consulta por epilepsia en 1983 en la Clínica Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 11 de Xalapa, Veracruz fué de 1091 consultas de un total de 132720 lo que equivale a una tasa de 8.22 por 1000 consultas.

No se cuenta con cifras fidedignas del número de pacientes epilépticos y se desconoce con exactitud el porcen-

taje de pacientes controlados y los que no se han podido -- controlar; sin embargo, llama la atención el número de consultas subsecuentes. Lo cuál nos podría indicar la falta de un control adecuado del padecimiento.

Ante ésta situación nos interesa investigar las causas reales del fracaso en el tratamiento del paciente epiléptico que pensamos pueda deberse a mal control de crisis por toxicidad, fallas de adaptación, relación médico-paciente inadecuada o a patrones socioculturales lo cuál trataremos de dilucidar.

El identificar las causas de fracaso en el tratamiento del paciente epiléptico en el servicio de Medicina Familiar y consulta externa de neurología del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 11 de Xalapa Veracruz constituye el objetivo general de nuestra investigación.

El propósito de nuestra investigación es el de dar a conocer las causas reales de fracaso en el tratamiento -- del paciente epiléptico en la consulta externa del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 11 de Xalapa-Veracruz.

Con los datos obtenidos de 1983-1984 en relación a -- la demanda de consulta de primero y segundo nivel por epi--

lepsia y que equivale a una tasa de 8.22% por 1000 consultas lo cuál consideramos elevada, inferimos que puede ser secundaria a mal control del paciente epiléptico.

El presente estudio nos permitirá establecer las causas definitivas y con ello el planteamiento de las alternativas de solución, así como también lograr el manejo integral del paciente con el apoyo de otros departamentos.

II. MATERIAL Y METODO:

El presente estudio se llevó a cabo en un periodo -- prospectivo de seis meses con fecha de inicio a partir de junio de 1984 en todo paciente epiléptico (corroborado por electroencefalografía) y que acudió tanto a la consulta externa de Neurología como de Medicina Familiar del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 11 de Xalapa-Veracruz.

El método constó de las siguientes actividades: el llenado de un formulario específico realizado por médicos residentes tanto en la consulta externa de neurología como Medicina Familiar dividido en cuatro grandes apartados:

1.- DATOS GENERALES:

Nombre

Edad

Sexo.

No. de Afiliación

Domicilio.

No. de consultas promedio.

Peso

Tiempo de evolución del padecimiento

No. de consultas por dotación de medicamentos

Antecedentes hereditarios.

2.- NIVEL SOCIOECONOMICO:

Ingreso familiar mensual global y percápita

Ocupación del jefe de familia

Trabajo fijo o eventual

Escolaridad

Casa propia o rentada

Condiciones del hogar.

3.- INCONSTANCIA EN EL TRATAMIENTO Y TOXICIDAD:

Fecha de diagnóstico

Inicio de terapéutica

Fecha de atención a segundo nivel

Medicamentos utilizados

Tiempo de utilización del medicamento

Dosis del medicamento

No. de convulsiones promedio

Tipo de epilepsia

Efectos indeseables

4.- RELACION MEDICO-PACIENTE

Características del Médico

Lenguaje apropiado

Ambiente adecuado

Actitud durante la consulta

Tiempo adecuado

Características del paciente.

Sigue las indicaciones de su médico

Puntualidad en sus citas

Acude a sus citas

Entiende las indicaciones de su médico.

El formulario fué aplicado a todos los pacientes epilépticos elegidos mediante muestreo no aleatorio y sometidos a interrogatorio directo conforme a la demanda de consulta hasta completar 100 casos. Se utilizó como material de apoyo el expediente clínico de cada paciente para la obtención de algunos datos incluidos en el formulario.

F O R M U L A R I O

TITULO DE LA INVESTIGACION:

CAUSAS FRECUENTES DE FRACASO EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE
EPILEPTICO.

1.- DATOS GENERALES:

NOMBRE -----

EDAD _____ SEXO ----- DOM. _____

No. de AFILIACION _____

No. de CONSULTAS PROM. _____

No. de CONSULTAS POR _____

DOT. DEL MEDICAMENTO _____

TIEMPO DE EVOL. DEL PADEC. _____

ANTECEDENTES HEREDITARIOS _____

2.- NIVEL SOCIOECONOMICO:

INGRESO FAMILIAR MENSUAL. _____

INGRESO PERCAPITA _____

OCUP. DEL JEFE DE _____

FAM. O DEL PAC. _____

TRABAJO FIJO O EVENTUAL _____

ESCOLARIDAD _____

CASA PROPIA _____

CONDICIONES DEL HOGAR _____

3.- INCONSTANCIA EN EL TRATAMIENTO Y TOXICIDAD:

FECHA DE DIAGNOSTICO _____

TIPO DE EPILEPSIA _____

INICIO DE TERAPEUTICA _____

FECHA DE ATENCION A 2o. NIVEL _____

MEDICAMENTOS UTILIZADOS _____

DOSIS _____ EFECTOS INDESEABLES _____

No. DE CONVULSIONES PROM. _____

TIEMPO DE UTILIZACION DEL MEDICAMENTO _____

4.- RELACION MEDICO-PACIENTE:

CARACTERISTICAS DEL MEDICO:

LENGUAJE APROPIADO _____ TIEMPO ADECUADO _____

AMBIENTE ADECUADO _____

ACTITUD DURANTE LA CONSULTA _____

CARACTERISTICAS DEL PACIENTE:

SIGUE LAS INDICACIONES DE SU MEDICO _____

ES PUNTUAL A SUS CITAS _____

ACUDE A SUS CITAS _____

ENTIENDE LAS INDICACIONES DE SU MEDICO _____

III. RESULTADOS:

De los 100 pacientes sometidos a investigación, 64 - pacientes resultaron con un control adecuado de un padeci-- miento, mientras que 36 pacientes resultaron con mal con--- trol de la epilepsia.

Presentamos las correlaciones de los casos con fraca- so y los controlados, expresados en porcentajes. De los 36- casos con fracaso, 19 pacientes fueron del sexo masculino y 17 pacientes del sexo femenino, lo que representa el 52.7%- y 47.3% respectivamente, con edades fluctuantes entre uno- y cincuenta años con aumento en el número de pacientes en- tre los 5 y 19 años tanto para el grupo control como para - el grupo estudiado. Para el grupo de casos que tiene con--- trol adecuado y que corresponde a 64 pacientes se encontró- que 34 pacientes fueron del sexo masculino y 30 del sexo fe- menino y que representan 53.1% y 46.8 por ciento con eda-- des fluctuantes entre uno y cincuenta años de edad, ambos - grupos dan promedio de 20.1 y desviación estandar de 13.1 - y 13.2 respectivamente, con los datos antes obtenidos y su expresión en cuadros y gráficas nos permitieron constar que tanto edad como sexo no fueron de significancia para deter- minar el fracaso o control de la muestra estudiada.

En relación al peso el grupo con fracaso y el grupo-

controlado no presentaron diferencias significativas, el grupo fracaso presentó un promedio de 47.8 y D.E. de 17.9- en relación al grupo controlado que presentó promedio de 48.2 y D.E. de 18. Con éstos resultados y su expresión gráfica nos permite la exclusión de ésta variable como causa determinante del fracaso en el tratamiento del paciente epiléptico.

El análisis de la variable número consultas promedio muestra diferencias significativas como se observa en los cuadros correspondientes y en donde encontramos que el grupo con fracaso, el mayor número de pacientes tiene un promedio de consultas que oscila entre 40 y 49 a diferencia del grupo controlado en donde encontramos que el mayor número de pacientes entre 0 y 4 consultas. El procedimiento estadístico reporta para el grupo con fracaso un promedio de 25.6 en D.E. de 16.73 y para el grupo controlado un promedio de 18.7 y D.E. de 14.8. En base a éstos resultados podemos considerar que el número de consultas promedio puede tener importancia como factor de fracaso en el tratamiento del paciente epiléptico.

En relación al tiempo de evolución se observó que el grupo de pacientes que resultaron con fracaso en su tratamiento, presentó un mayor tiempo de evolución de su padecimiento principalmente para los intervalos de clase compren-

didos entre 0 y 14 años, a diferencia del grupo que resultó con control adecuado, en donde la mayoría de los pacientes tienen un tiempo de evolución en promedio de 4 años. El análisis estadístico nos muestra promedio de 4.9 y D.E. de 6.4 para el grupo controlado y promedio de 10.6 y D.E. para el grupo que resultó con fracaso en su manejo (ver cuadro y gráfica anexa).

El ingreso familiar mensual reporta los siguientes datos: tanto para un grupo como para el otro ingreso familiares similares, que fluctúan entre los 36,000 a 40 mil pesos. El análisis estadístico es el siguiente: promedio de 35.7 y D.E. de 8.1 para el grupo con fracaso y promedio de 36.6 y D.E. de 9.4 para el grupo controlado lo cuál no presenta importancia significativa.

En relación a la ocupación observamos mayor número de pacientes campesinos y comerciantes con descontrol del padecimiento que los que resultaron controlados además de que el mayor número de pacientes se encontraron en el grupo ocupacional catalogado como "otros" (empleados, burócratas, técnicos, choferes, etc.)

La escolaridad según lo demuestra la gráfica y cuadro respectivo, encontramos que existe un mayor número de pacientes descontrolados cuya escolaridad apenas alcanza ni

veles de educación básica (primaria) a diferencia del grupo controlado en donde se encuentra un nivel de educación superior comparado con el primero (máximo nivel secundaria).

El análisis del tipo de epilepsia reporta diferencias significativas, manifestado por el siguiente análisis, grupo controlado 70.3% de los pacientes presentaron crisis parciales y 29.6% crisis generalizadas, a diferencia del grupo con fracaso donde encontramos 47.2% de pacientes con crisis parciales y el 52.7% con crisis generalizadas además de que en relación al sexo ambos grupos existió mayor porcentaje de hombres que mujeres con crisis generalizadas. Estos resultados nos hacen inferir la importancia del tipo de crisis para lograr un control adecuado de los pacientes epilépticos.

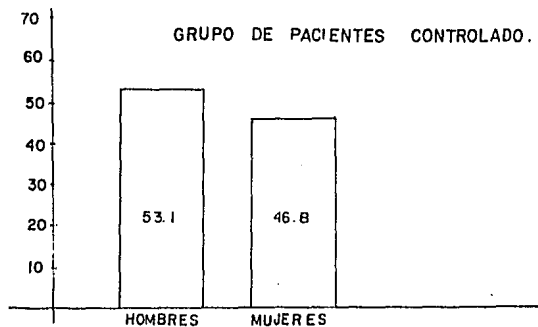
En relación al inicio de terapéutica, tanto el grupo controlado como el grupo con fracaso en su manejo tenían en promedio 4 años de haber iniciado terapéutica con diferencias poco significativas.

Los efectos indeseables de las drogas utilizadas se presentaron para ambos grupos, sin embargo con mayor frecuencia para el grupo controlado, pero que en ningún momento obligó a suspender el medicamento o a disminuir la dosis administrada (cuadro y gráfica anexa).

En la relación médico-paciente, la actitud del médico, el ambiente, la comprensión de indicaciones, seguimiento de indicaciones tanto en el grupo controlado como en el grupo con fracaso no hay diferencias significativas.

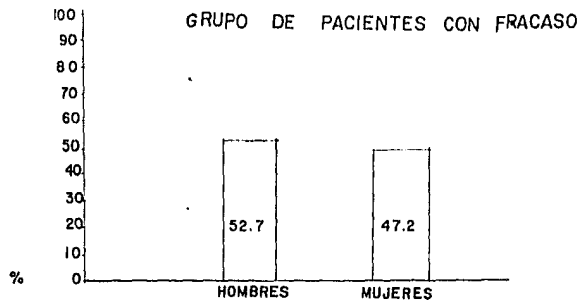
GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

ANOS DE EDAD	HOMBRES	%	MUJERES	%	AMBOS SEXOS	%
0 - 4	3	50	3	50	6	9.3
5 - 9	4	57.1	3	42.8	7	10.9
10 - 14	5	41.6	7	58.3	12	18.7
15 - 19	9	60	6	40	15	23.4
20 - 24	5	83.3	1	16.6	6	9.3
25 - 29	-	-	2	100	2	3.1
30 - 34	1	25	3	75	4	6.2
35 - 39	4	100	-	-	4	6.2
40 - 44	2	100	-	-	2	3.1
45 - 49	1	16.6	5	83.4	6	9.3
TOTAL	34	53.1	30	46.8	64	100



GRUPO DE EDAD Y SEXO

AÑOS DE EDAD.	HOMBRES		MUJERES		AMBOS SEXOS	
		%		%		%
0 - 4.	3	15.7	1	5.8	4	11.1
5 - 9.	1	5.2	2	11.7	3	8.3
10 - 14.	3	15.7	4	23.5	7	19.4
15 - 19	4	2.1	4	23.5	8	22.5
20- 24	1	5.2	2	11.7	3	8.3
25-29	2	10.5	1	5.8	3	8.3
30-34	1	5.2	1	5.8	2	5.5
35-39	1	5.2	-	-	1	2.7
40-44	1	5.2	-	-	1	2.7
45-49	2	10.5	2	11.7	4	11.1
TOTAL	19 =	52.7 %	17 =	47.2%	36 =	100 %



P E S O .

GRUPO DE PACIENTES SIN CONTROL

PESO	f	x	f x	d	d ²	f d ²	f. o.
10 - 19	5	14.5	72.5	-33.3	1108.8	5544	5
20 - 29	2	24.5	49	-23.3	542.8	1085.6	7
30 - 39	3	34.5	103.5	-13.3	176.8	530.4	10
40 - 49	4	44.5	178	-3.3	10.8	43.2	14
50 - 59	13	54.5	708.5	6.7	44.8	582.4	27
60 - 69	6	64.5	387	16.7	278.8	1672.8	33
70 - 79	3	74.5	223.5	26.7	712.8	2138.4	36

$$\bar{X} = 47.8$$

$$Md = 40.08$$

$$DE = 17.9$$

GRUPO DE PACIENTES CONTROLADO

	f _i	x _i	f. x _i	d	d ²	f d ²
10 - 19	7	14.5	101.5	-34	1156	8092
20 - 29	6	24.5	147	-23.7	561.6	3369.6
30 - 39	6	34.5	207	-13.7	187.6	1125.6
40 - 49	6	44.5	267	-3.7	13.6	81.6
50 - 59	21	54.5	1144.5	6.3	39.6	831.6
60 - 69	12	64.5	774	16.3	265.6	3187.2
70 - 79	6	74.5	447	26.3	691.6	4149.6

$$\bar{X} = 48.2$$

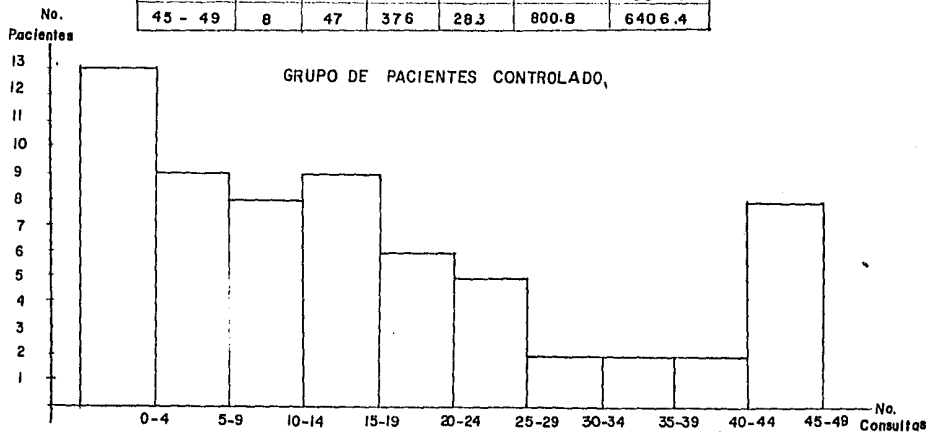
$$D.E = 18$$

NUMERO DE CONSULTAS PROMEDIO

	f	x	f x	d	d ²	f d ²
0 - 4	13	2	26	-16.7	278.8	3624.4
5 - 9	9	7	63	-11.7	136.8	1231.2
10 - 14	8	12	96	-6.7	44.8	358.4
15 - 19	9	17	153	-1.7	2.8	252
20 - 24	6	22	132	3.3	10.8	64.8
25 - 29	5	27	135	8.3	68.8	344
30 - 34	2	32	64	13.3	176.8	353.6
35 - 39	2	37	74	18.3	334.8	669.6
40 - 44	2	42	84	23.3	542.8	1085.6
45 - 49	8	47	376	28.3	800.8	6406.4

$\bar{x} = 18.7$

$D.E = 14.8$



NUMERO DE CONSULTAS PROMEDIO

No. DE CONSULTAS	f	x	f x	d	d ²	f d ²	
0 - 4	4	2	8	-23.6	556.9	2227.6	4
5 - 9	4	7	28	-18.6	345.9	1383.6	8
10 - 14	6	12	72	-13.6	184.9	1109.4	14
15 - 19	2	17	34	- 8.6	73.9	147.8	16
20 - 24	2	22	44	- 3.6	12.9	25.8	18
25 - 29	3	7	27	1.4	1.9	5.67	21
35 - 39	4	37	148	11.4	129.9	519.6	25
40 - 44	2	42	84	16.4	268.9	537.8	27
45 - 49	9	47	423	21.4	457.9	4121.1	36

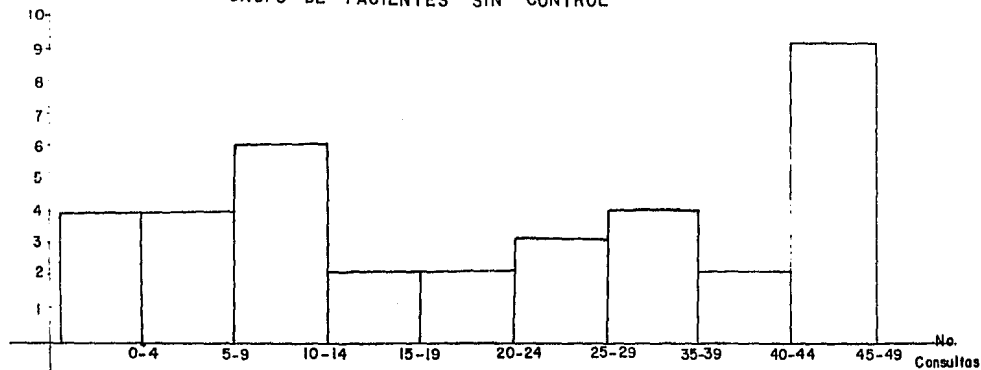
$$\bar{X} = 25.6$$

$$Md = 39.2$$

$$D.E = 16.73$$

No.
Pacientes

GRUPO DE PACIENTES SIN CONTROL



TIEMPO DE EVOLUCION.

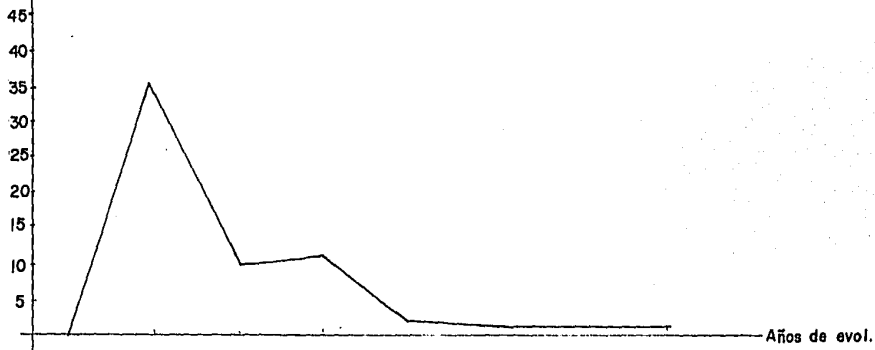
AÑOS	f	x	f x	d	d ²	f d ²
0 - 4	38	2	76	- 4.9	24.01	912.38
5 - 9	10	7	70	0.1	0.01	0.1
10 - 14	11	12	132	5.1	26.01	286.11
15 - 19	2	17	84	10.1	102.01	204.02
20 - 24	1	22	22	15.1	228.01	228.01
25 - 29	1	27	27	20.1	404.01	404.01
30 - 34	1	32	32	25.1	630.01	630.01

$\bar{X} = 6.9$

$D.E = 6.4$

No.
Pacientes

GRUPO DE PACIENTES CONTROLADO.

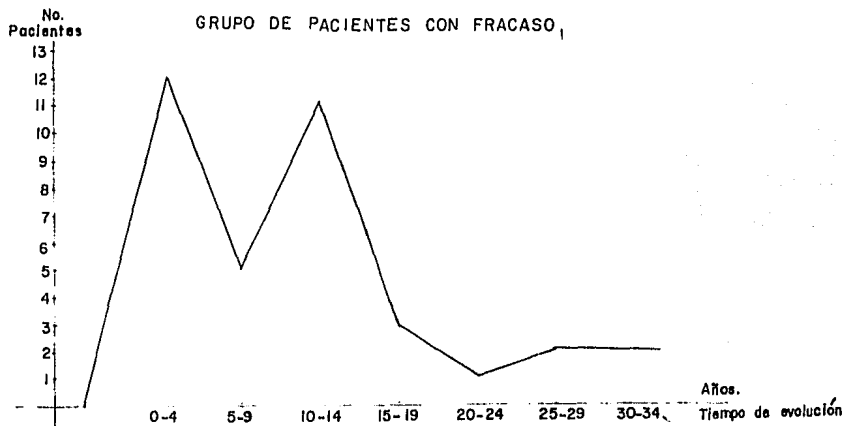


TIEMPO DE EVOLUCION

AÑOS	f	x	f x	d	d ²	f d ²
0 - 4	12	2	24	- 0.6	73.9	886.8
5 - 9	5	7	35	- 3.6	12.9	64.5
10 - 14	11	12	132	1.4	1.9	20.9
15 - 19	3	17	51	6.4	40.9	122.7
20 - 24	1	22	22	11.4	129.9	129.9
25 - 29	2	27	54	16.4	268.9	537.8
30 - 34	2	32	64	21.6	466.5	933

$$\bar{X} = 10.6$$

$$DE = 8.6$$

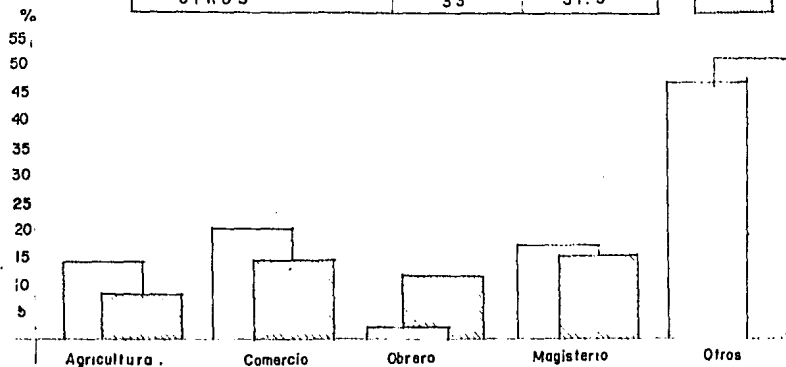


OCUPACION

		OCUPACION	PAC	%
GRUPO DE PACIENTES CON FRACASO.		AGRICULTURA	5	13.8
		COMERCIO	7	19.4
		OBRERO	1	2.7
		MAGISTERIO	6	16.6
		OTROS	17	47.2
<hr/>				
GRUPO DE PACIENTES CONTROLADO.		AGRICULTURA	5	7.8
		COMERCIO	9	14
		OBRERO	7	10.9
		MAGISTERIO	10	15.6
		OTROS	33	51.5

Grupo de pac.
con fracaso.

 Grupo de pac.
controlado.



RELACION MEDICO PACIENTE

CARACTERISTICAS DEL MEDICO.

GRUPO DE PAC. CON FRACASO.	APROPIADO	%	INAPROPIADO	%
LENGUAJE	34	94.4	2	5.5
AMBIENTE	35	97.2	1	2.7
ACTITUD DURANTE LA CONSULTA	36	100	0	-
GRUPO DE PAC. CONTROLADOS.				
LENGUAJE	63	98.4	1	1.5
AMBIENTE	62	96.8	2	3.1
ACTITUD DURANTE LA CONSULTA	64	100	0	-

CARACTERISTICAS DEL PACIENTE.



GRUPO DE PAC. CON FRACASO.	SI	%	NO SIEMPRE	%
SIGUE LAS IND. DEL MEDICO	14	38.8	22	61.1
ACUDE A SUS CITAS.	16	44.4	20	55.5
PUNTUALIDAD.	6	16.6	30	83.3
ENTIENDE LAS IND. DEL MED.	19	52.7	17	47.2
GRUPO DE PAC. CONTROLADOS				
SIGUE LAS IND. DEL MEDICO.	39	60.9	25	39
ACUDE A SUS CITAS.	41	64	23	35.9
PUNTUALIDAD.	29	45.3	35	54.6
ENTIENDE LAS IND. DEL MED.	47	73.4	27	42.1

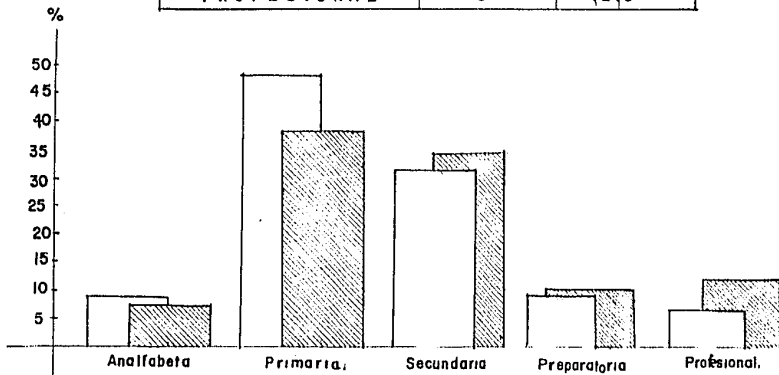
E S C O L A R I D A D

GRUPO DE PACIENTES
CON FRACASO

ESCOLARIDAD	PAC	%
ANALFABETA	3	8.3
PRIMARIA	17	47.2
SECUNDARIA	11	30.5
PREPARATORIA	3	8.3
PROFESIONAL	2	5.5
ANALFABETA	5	7.8
PRIMARIA	23	35.9
SECUNDARIA	22	34.3
PREPARATORIA	6	9.3
PROFESIONAL	8	12.5

GRUPO DE PACIENTES
CONTROLADO.

 Grupo de pac. con fracaso.
 Grupo de pac. controlado



TIPOS DE EPILEPSIA.

GRUPO DE
PACIENTES CON
FRACASO.

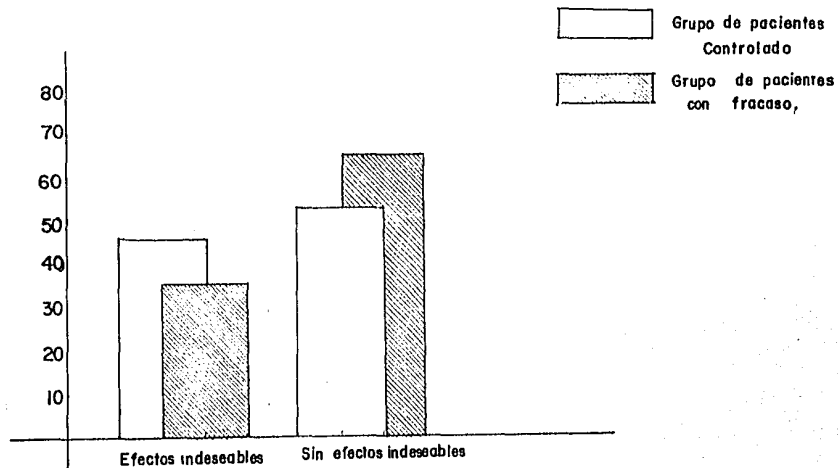
TIPOS DE EPILEPSIA	HOMBRES	%	MUJERES	%	AMBOS SEXOS	%
CRISIS PARCIALES SEC. COMPLEJAS	8	47	9	52.9	17	47.2
CRISIS GENERALIZADAS	11	57.8	8	42.1	19	52.7
TOTAL	19		17		36	99.7

GRUPO DE
PACIENTES
CONTROLADO.

TIPOS DE EPILEPSIA	HOMBRES	%	MUJERES	%	AMBOS SEXOS	%
CRISIS PARCIALES	25	55.5	20	44.4	45	70.3
CRISIS GENERALIZADAS	9	47.3	10	52.6	19	29.6

EFECTOS INDESEABLES.

GRUPO DE PAC. CON FRACASO	P A C	%
EFECTO INDESEABLES	17	47.2
SIN EFECTOS INDESEABLES	19	52.7
GRUPO DE PAC. CONTROLADO.		
EFECTOS INDESEABLES.	23	35.9
SIN EFECTOS INDESEABLES.	41	64



IV. CONCLUSIONES:

La epilepsia es un problema complejo que implica no solo consideraciones diagnósticas y terapéuticas, sino la observación del paciente como un todo.

Las causas de fracaso en el tratamiento del paciente epiléptico observadas en el presente estudio no señalan un factor específico como causante del fracaso en el tratamiento. En base a las hipótesis formuladas se observó que la relación, la inconstancia en el tratamiento y la toxicidad -- del medicamento no son factores determinantes del fracaso en el tratamiento. En relación al factor socioeconómico y cultural, los resultados obtenidos fueron de interés ya que se observó que la mayoría de los pacientes con fracaso apenas si alcanzaban niveles de educación básicos (primaria) y que existe mayor número de pacientes campesinos y comerciantes con descontrol del padecimiento que los controlados.

Con lo anterior podemos concluir que el fracaso en el manejo del paciente epiléptico es de origen multifactorial y por lo tanto deben manejarse los aspectos clínicos, neurológicos y psicológicos del paciente así como también su ambiente familiar, escolar y del trabajo.

Debe recordarse que un buen control del paciente - -

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

epiléptico evitará la recurrencia de las crisis y con ésta la incapacidad temporal como miembro de la sociedad, además de situarlo en un ambiente de inseguridad que altera su vida personal y familiar.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Vasconcelos D., Lombardo L. Clasificación y tratamiento de las crisis epilépticas, conceptos actuales. Rev., -- Med. IMSS No. 3 1983, Mayo-junio, vol. (21): págs. 265-286.
- 2.- Gutiérrez Avila H., Rubio Donnadieu F. Factores de riesgo en la epilepsia. Gac. Med. Méx. No. 2. 1983. febrero vol (119): págs. 82-86.
- 3.- Shorvon S. Epileptic seizures in a population of 6000 - Amg Goodridge. british Medial Journal No. 6323 1983. septiembre, vol. (287625); págs. 641-647.
- 4.- Hazz Peniche J., Rubio Donnadieu F. Epilepsia y convulsiones. Rev. Fac. Med. México No. 6310 1982, vol - --- (XXV): págs. 173-174.
- 5.- Buchanan N. Treatment of epilepsy: whose right is it -- anyways. British Medical Journal No. 6310 1982, vol - - (284): págs. 333-346.
- 6.- Pascual López Ma., Pascual Gispert J., Rodríguez Rivera L., Rojas Ochoa F. La epilepsia; estudio epidemiológico en una población infantil de Cuba. Bol. Med. Hospital infantil mex. 1980. Julio-agosto; vol(4): págs. 811-821.

- 7.- Gutiérrez Avila H., Rubio Donnadiou F. Epilepsia en escolares de una comunidad urbana de la ciudad de México. Gac. Med. Mex. No. 11 1980. noviembre; vol (116): págs. 497-501.
- 8.- Vasconcelos D., Lombardo L. Crísis epilépticas del adulto. Estudio Prospectivo de 65 casos. gac. med. Méx. No. 1 1983. enero; vol (119): págs. 23-27.
- 9.- Gutiérrez Avila H., Rubio Donnadiou. Prevalencia de --- epilepsia infantil en una población rural de México. -- Rev. Sal. Pub. Méx. No. 3. 1980. Mayo-junio; vol (XXII) págs. 269-273.
- 10.- Cervera Zapata R. Dificultades en el manejo del paciente ambulatorio que convulsiona. Bol. Med. Hosp. infantil Mex. No. 7; vol (39): págs. 502-506.
- 11.- López González M. La epilepsia como problema social. -- Rev. Med. IMSS No. 5 1981. Octubre; vol (19): págs. 499 503.
- 12.- Verret S. New drugs for epilepsy a review. Canadian Family Physician. 1983. January; vol (17): págs. 107-114.
- 13.- Livingston S. Petit mal epilepsy. American Family Physician No. 1 1978. January; vol (17): págs. 115-118.

- 14.- Vasconcelos D. La enfermedad sagrada. Aspectos históricos y la situación actual. Gac. Med. Méx. No. 1 1979. vol (118): págs. 35-37.
- 15.- Beltrán Holguín J. Epilepsia parcial compleja. Rev. - - Med. Méx. Ped. No. 8 1982. Agosto; vol (XLIX): págs. - 403-407.
- 16.- Loambordo L. Tratamiento de las epilepsias. Rev. Med. - IMSS. No. 6. Noviembre-diciembre. 1982; vol (20): págs. 677-680.
- 17.- Márquez S., Olivares L. La epilepsia en México. Estudio epidemiológico de una Comunidad rural. Sal. Pub. Mex.- 1979; vol (5): págs. 487-495.