



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Determinantes sociales de la salud y apego terapéutico de los pacientes adultos con epilepsia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

TESIS

Que para obtener la especialidad en:

MEDICINA INTERNA

Michael Eduard Wasung de Lay

Tutor:

Dra. Elvira Castro Martínez

Julio 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, padre y hermano, por el amor y cariño incondicional que me han brindado toda la vida. A mi abuelo, Rocío, Tante, Therese y Tío Mauricio por su comprensión y disposición de siempre.

A la Dra. Elvira Castro por el gran apoyo que brindo durante todo este tiempo. Mi profunda admiración y respeto por su dedicación, esfuerzo, tenacidad e inteligencia. Es una bendición para los pacientes y residentes de Gea contar con usted.

Al Dr. Rogelio Zacarías por ser un excelente jefe y un ejemplo durante los cuatro años de la residencia. Agradezco su ayuda al momento de presentar el protocolo al Comité de Investigación.

A la Dra. Lourdes Suarez por el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo, por su valiosa contribución y asesoría.

A mis amigos y compañeros del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” Oscar, Diego, Cristina, Pamela, Venz, y Coca que encarnan el brillante porvenir de la Medicina en México. A mis amigos de la carrera y de toda la vida en las buenas y en las malas: Pieter, Philip, Dylan, Brian, Caro, Marianne, Aldo, Lalo, Andrés, George, Ricalde, Adolfo, Jaime, y Oscar.

A toda la gente y pacientes del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” mis más sinceras gracias.

Este trabajo fue realizado en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en el Servicio de Neurología, División de Medicina Interna bajo la dirección de la Dra. Elvira Castro Martínez.

Este trabajo de Tesis con No.PROT14-42-2010, presentado por el alumno Michael Eduard Wasung de Lay se presenta en forma con visto bueno por el Tutor principal de la Tesis Dra. Elvira Castro Martínez, con fecha del 23 de Julio del año 2010 para su impresión final.

Dra. Elvira Castro Martínez
Tutora principal

Dra. María Lourdes Suarez Roa
Jefe de la División de Investigación Clínica

Dr. Octavio Sierra Martínez
Director de enseñanza
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Dra. Ma. Elisa Vega Memije
Dirección de Investigación
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Dr. Rogelio Zacarías Castillo
Jefe de la División de Medicina Interna
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Dra. Elvira Castro Martínez
Neuróloga Adscrita a la División de Medicina Interna
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Determinantes sociales de la salud y apego terapéutico de los pacientes adultos con epilepsia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Colaboradores:

Dra. María de Lourdes Suarez Roa
Jefe de la División de Investigación Clínica

Firma: _____

INDICE

Índice de abreviaturas	8
Relación de figuras y tablas.....	8
I. Resumen.....	9
II. Abstract.....	10
III. Introducción.....	11
IV. Antecedentes	14
IV.1. Importancia del apego terapéutico en la epilepsia.....	14
IV.2. Importancia de los DSS en los pacientes con epilepsia.....	17
V. Justificación	19
VI. Objetivos	20
VII.1. Objetivo General	20
VII.2. Objetivos Particulares	20
VII. Material y Métodos	21
VII.1. Tipo de estudio	21
VII.2. Ubicación temporal y espacial	21
VII.3. Criterios de selección de la muestra.....	21
VII.4. Variables	21
VII.5. Tamaño de la muestra	26
VII.6. Métodos de laboratorio	26
VIII.7. Análisis estadístico	26
VIII.8. Descripción operativa del estudio.....	26

VIII. Resultados.....	28
VIII.1. Los DSS de los pacientes con epilepsia.....	28
VIII.2. Tipo de epilepsia y de crisis de los participantes.....	30
VIII.3. Causas de mal apego terapéutico.....	31
IX. Discusión.....	32
X. Conclusiones.....	36
XI. Perspectivas.....	37
XII. Bibliografía.....	38
XIII. Anexos.....	40
XIII.1. Hoja de consentimiento informado.....	40
XIII.2. Cuestionario.....	44
XIII.3. Hoja de captura de datos.....	45

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ESE: Estado socioeconómico

DSS: Determinantes sociales de la salud

ILAE: Liga Internacional Contra la Epilepsia

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

EVC: Enfermedad vascular cerebral

FAE: Fármacos antiepilépticos

RELACION DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Impacto de los determinantes sociales de la salud en la epilepsia.

Figura 2. Perfil del Estudio

Tabla 1. Clasificación de la Liga Internacional Contra la Epilepsia del año 2001

Tabla 2. Variables a analizar

Tabla 3. Los determinantes sociales de la salud (DSS) de los pacientes adultos con epilepsia con buen y mal apego al tratamiento.

Tabla 4. Etiología de epilepsia, tipo y número de crisis de los pacientes adultos atendidos en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González.”

Tabla 5. Número y porcentaje de pacientes con falta de apego al tratamiento y las causas.

I. RESUMEN

La epilepsia está asociada con un amplio número de marcadores sociales y económicos, incluyendo un pobre desarrollo académico, desempleo y sueldos bajos. La epilepsia al ser una enfermedad crónica depende fuertemente de la adherencia terapéutica del paciente. Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyen también al sistema de salud. Estas circunstancias dependen de la distribución del dinero, poder, recursos locales, nacionales y globales. Nosotros queremos conocer los determinantes sociales de la salud de nuestros pacientes epilépticos y conocer si influyen en el apego o no al tratamiento antiepiléptico. Este trabajo tuvo como objetivo primario conocer el tipo y la cantidad de determinantes sociales de la salud en los pacientes adultos con epilepsia y el apego o no al tratamiento por medio de una encuesta y revisión de expediente. *Métodos:* Se trató de un estudio observacional, descriptivo, abierto, prospectivo y transversal. Se incluyeron pacientes adultos con epilepsia que tenían seguimiento mínimo de un año y que quisieron participar en la encuesta. *Resultados:* Participaron 136 pacientes, de los cuales 125 completaron la encuesta. Fueron 101 (81%) pacientes con buen apego y 24 (19%) pacientes con mal apego según la escala de Morisky. En cada grupo se revelaron los determinantes sociales de la salud. No encontramos diferencias significativas entre el grupo con buen apego terapéutico y mal apego terapéutico en relación a los determinantes sociales de la salud. Observamos que hubo un mayor porcentaje de pacientes con epilepsia idiopática en el grupo con buen apego a diferencia del grupo con mal apego (29.7% vs 12.5%). Los pacientes con mal apego tuvieron un mayor porcentaje de epilepsia criptogénica a diferencia del grupo con buen apego (21.8% vs 50%). El tipo de crisis que presentaron los pacientes con buen apego fueron en su mayoría crisis generalizadas (54%) a diferencia del grupo con mal apego donde el 70.8% presentaba crisis focales. Entre ambos grupos, hubo una diferencia significativa en el promedio de crisis que presentaban al mes (0.4 buen apego vs 2 mal apego). Observamos que la principal causa de mal apego al tratamiento antiepiléptico fue por olvido (60.7%). *Conclusiones:* No hubo diferencias significativas entre el tipo y la cantidad de determinantes sociales de la salud en los pacientes adultos con epilepsia con buen y mal apego terapéutico. El 81% de los participantes tuvieron un buen apego terapéutico según la escala de Morisky. El grupo con buen apego tuvo un promedio menor de crisis convulsivas al mes en comparación al grupo con mal apego terapéutico. En nuestro estudio el olvido fue la principal causa de mal apego terapéutico.

II. ABSTRACT

Epilepsy is associated with a wide range of markers of social and economic disadvantage, including poor academic achievement, unemployment, underemployment, and low income. It is a chronic disease that depends strongly on adherence to medication. To address the complex interaction of environmental and psychosocial factors in epilepsy a 'social determinants of health' model is presented where individual factors are influenced through three pathways (social environment, work and material factors). The social determinants of health are the conditions in which people are born, grow, live, work and grow old. The goal of this study was to examine the impact of the 'social determinants of health' on persons with epilepsy and to investigate if they have any influence on the non-adherence to antiepileptic medication. *Methods:* We performed an observational cross-sectional study of 125 patients with epilepsy. We included adult patients with epilepsy with a mean follow up of a year. . Assessment of adherence was done using the Morisky scale with a survey. We divided patients with good adherence to medication and non adherence to medication. In each group we studied: etiology and type of epilepsy, mean number of seizures per month, area of residency, age, education, employment status, home and car ownership, household income, number of persons per room, comorbid conditions and healthy behavior *Results:* One hundred and thirty six patients were included, however 125 patients completed the survey. Eighty-one percent were estimated to have good adherence to medication using the Morisky scale. We did not find differences with respect to the social determinants of health between the good and the non adherent group to medication. We found that in the group with good adherence to medication there was a higher percentage of patients with idiopathic epilepsy (29.7% vs 12.5%), and that patients with non adherence to medication had a higher percentage of cryptogenic epilepsy (21.8% vs 50%). Generalized seizures were the most common type of seizures in the group with good adherence (54%) and partial seizures were present in 70.8% of patients in the non adherent group. There was a significant difference in the mean number of seizures per month (0.4 in the good adherent group vs 2 in non adherent group). The main cause for non adherence was forgetfulness (60.7%). *Conclusion:* No significant difference was found with respect to the social determinants of health with patients with epilepsy with good adherence to medications and non adherence. Eighty-one percent of the participants had good adherence using the Morisky scale. Assessment of adherence should be a routine part of management of epilepsy and recognition should be made to the social determinants of health in all patients.

III. INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una enfermedad crónica del sistema nervioso central con un cuadro clínico amplio y variado. Las crisis epilépticas son el resultado clínico de una descarga brusca, anormal e hipersincrónica de un agregado neuronal del cerebro ^(1,2). El concepto clínico y epidemiológico de la epilepsia como enfermedad aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) exige la repetición crónica de las crisis epilépticas y de manera pragmática se hace el diagnóstico de epilepsia cuando el paciente ha tenido dos o más crisis espontáneas. Las manifestaciones clínicas de una crisis epiléptica se caracterizan por ser bruscas y breves. Pueden ser motoras, sensitivas, vegetativas, psíquicas con o sin disminución de la consciencia. Los síntomas dependerán del área cerebral donde surge la descarga y de su generalización. Dentro de la evolución de las clasificaciones de la epilepsia, en el año 2001 la ILAE propuso una nueva clasificación de la epilepsia (Tabla 1) ⁽³⁾.

Tipo de crisis ILAE 2001	
Crisis generalizadas	<ul style="list-style-type: none">• Ausencias• Tónico clónicas• Tónicas• Atónicas• Mioclónicas
Crisis focales	<ul style="list-style-type: none">• Crisis focales simples (con signos motores, sensoriales, autonómicos o psíquicos).• Crisis focales complejas• Crisis focales con generalización secundaria.
No clasificables	<ul style="list-style-type: none">• Crisis neonatales• Espasmos infantiles

Tabla 1. Clasificación de la Liga Internacional Contra la Epilepsia del año 2001⁽³⁾.

La epilepsia es el trastorno neurológico más frecuente después de la cefalea y se calcula que afecta al 0.5 a 1.5% de la población. Se estima que 2 a 4 millones de personas en Estados Unidos (una de cada 100 personas) tiene epilepsia. La curva de incidencia de las epilepsias tiene dos picos, uno en la primera década de la vida y otro en la séptima. La incidencia acumulada ha sido estimada en 1% hasta los 20 años y llega al 3% a los 75 años ⁽²⁾.

Los pacientes con epilepsia sufren una morbilidad incrementada que deriva de la iatrogenia con los fármacos y de los accidentes durante las crisis. La mortalidad entre los pacientes con epilepsia se debe a la causa de la epilepsia y no a las crisis mismas. La mortalidad directamente relacionada con una crisis convulsiva se debe a complicaciones cardiopulmonares, por apnea prolongada, obstrucción bronquial con anoxia, edema pulmonar, alteraciones vegetativas y arritmias cardíacas ⁽²⁾.

El tratamiento de la epilepsia no se reduce a la simple administración de fármacos y requiere tomar siempre en cuenta la realidad global del paciente y con frecuencia un abordaje multidisciplinario del enfermo. Cada vez más los aspectos psicosociales y de calidad de vida entran en consideración en el tratamiento de los pacientes epilépticos. El tratamiento farmacológico adecuado es esencial ya que una buena prescripción puede transformar la vida de un paciente desde un estado de incapacidad y dependencia a otro de desarrollo personal y utilidad social ⁽⁴⁾.

En el 50 a 60% de los pacientes, el tratamiento farmacológico es sencillo y requiere muy poca supervisión. Para suprimir las crisis, alrededor de un 20% de los enfermos necesitan ajustes o combinaciones de fármacos que suponen más experiencia y frecuentes controles por parte del especialista. Otro 20% de pacientes son incontrolables con los fármacos actualmente disponibles ⁽⁵⁾. Una minoría de ellos es susceptible al tratamiento quirúrgico. Esta enfermedad tiene un peso económico y social importante. Las consecuencias económicas de la epilepsia son grandes en términos del uso de los recursos de salud y pérdida de la productividad de cada individuo. El peso económico de una enfermedad depende de la edad de inicio, historia natural, impacto en la calidad de vida, costo del tratamiento, rehabilitación, riesgo de muerte y otros factores. El conocer el costo y el estado socioeconómico de los pacientes con epilepsia aumenta la conciencia de la sociedad acerca de la carga de esta enfermedad para los pacientes y para los servicios de salud. El calcular el costo de la epilepsia involucra aplicar métodos de “costo de enfermedad” para estimar los diferentes tipos de pagos experimentados por los pacientes, familiares, médicos y la sociedad en general. Los costos directos incluyen los recursos que se consumen cuando los servicios de salud, trabajo social o servicios para pacientes y

familiares son utilizados para prevenir, diagnosticar, tratar o rehabilitar a los pacientes con epilepsia. El costo indirecto es el precio del desempleo, productividad disminuida y trabajo del hogar que se pierde cuando las personas con epilepsia no pueden realizar sus trabajos. El costo intangible de la epilepsia es el valor económico del dolor y sufrimiento que experimenta cada paciente por la enfermedad ⁽⁶⁾.

IV. ANTECEDENTES

IV.1 Importancia del apego terapéutico en la epilepsia

La epilepsia al ser una enfermedad crónica depende fuertemente de la adherencia terapéutica del paciente para mejorar la calidad de vida y para controlar de manera más efectiva las crisis convulsivas (Baker y Cols. 1997)⁽²⁴⁾. La adherencia terapéutica es el comportamiento esperado del paciente después de que el médico da una instrucción (Barofsky 1978)⁽⁶⁾. Implica un arreglo mutuo de cooperación entre el médico y el paciente.

La no adherencia al tratamiento antiepiléptico puede provocar que se desencadenen las crisis y tener repercusión en la calidad de vida. Las razones para la no adherencia terapéutica son múltiples y complejas, los pacientes pueden fallar por olvido, mal entendimiento o dudas acerca de las recomendaciones del médico. También la no adherencia puede ser el resultado intencional del paciente por los efectos adversos y por decisión propia. La tasa de no adherencia en epilepsia es similar a otras enfermedades y oscila entre el 30 a 50%. Stanaway y cols⁽¹⁹⁾, demostraron que el 31% de las crisis fueron precipitadas por la no adherencia al tratamiento.

La clasificación de la adherencia terapéutica depende fuertemente del método utilizado para medirla. La medición de la adherencia se divide en formas directas (niveles séricos y la observación de la toma del medicamento) e indirectas (encuestas, conteo de tabletas, monitoreo electrónico). Todos estos métodos tienen sus ventajas y desventajas. La manera más simple de medir la adherencia es por medio del reporte propio o por un cuestionario. Este método tiende a sobreestimar la adherencia, sin embargo la especificidad es generalmente alta (87%). Un estudio hecho por George y cols⁽²⁰⁾ en el año 2000 tuvo como objetivo comparar los diferentes métodos para medir la adherencia terapéutica y llegaron a la conclusión que el uso de cuestionarios válidos como el Morisky tiene una alta sensibilidad y especificidad. Este cuestionario tiene cuatro ítems con una calificación mínima de 0 y máxima de 4. Los pacientes se consideraban como no adherentes con una calificación de 1 o más⁽¹⁶⁾.

Claxton y cols ⁽²¹⁾ en el año 2001 hicieron 76 revisiones de estudios que evaluaban la adherencia terapéutica en diferentes condiciones médicas. Ellos demostraron que el problema de adherencia a los regímenes fue prevalente a pesar de la condición médica. El rango de adherencia fue de 51 a 80% y dependía del régimen terapéutico y cómo era medida la adherencia terapéutica en cada estudio. Existe debate acerca de la terminología correcta para explicar el porqué algunas personas tienen un comportamiento adherente en comparación con otros, al igual que otros estudios que han intentado identificar las características que predicen la adherencia. Cramer y cols ⁽²²⁾ en el año 2002; Asadi-Pooya y cols ⁽²³⁾ en el 2005 y Buck y cols ⁽²⁴⁾ en el año 1997 identificaron varios factores indicativos para la adherencia en epilepsia incluyendo: edad, tipo de crisis epilépticas, régimen terapéutico, apoyo familiar, relación médico paciente y los factores psicosociales. Los factores que han demostrado afectar la adherencia terapéutica en epilepsia son los siguientes:

a. Edad y apoyo familiar.

Los niveles de adherencia en niños y adolescentes dependen fuertemente del nivel de apoyo de los padres o tutores. Kyngas y cols ⁽²⁵⁾ en el año 2001 reportaron que el apoyo familiar predice de manera importante la adherencia en epilepsia en niños y adolescentes. El mismo autor en el año 2000 ⁽²⁶⁾ observó que los adolescentes tienen menor apego terapéutico que los adultos. Las razones para el no apego son complejas y se relacionan con un estigma social.

b. Tipo y frecuencia de las crisis

De acuerdo a la revisión realizada por Eatock y cols ⁽¹⁴⁾ en el año 2007, la causa y el tipo de de la epilepsia son factores que influye en el apego terapéutico. Aquellos pacientes que presentan crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, tienen niveles séricos menores de los fármacos antiepilépticos (FAE) en comparación con pacientes con otro tipo de crisis (Specht, 2003) ⁽²⁷⁾. Jones y cols ⁽¹⁵⁾ en el año 2006 reportaron un grupo de pacientes con epilepsia y observaron una correlación negativa entre la frecuencia de las crisis y la adherencia terapéutica.

c. Régimen terapéutico y efectos adversos de los fármacos antiepilépticos

En el año 2003 Doughty y cols ⁽²⁸⁾ recolectaron datos de 2031 pacientes en Europa con epilepsia tomando diferentes fármacos antiepilépticos. Los autores vieron que tenían mayor apego terapéutico aquellos pacientes que tomaban fármacos antiepilépticos que se pueden tomar una vez por día. Los medicamentos antiepilépticos tienen el potencial de producir efectos adversos los cuales aumentan el riesgo de la no adherencia (Buck y cols. 1997) ⁽²⁴⁾. El número de tabletas diferentes que se toman al día es un elemento importante para valorar la tasa de adherencia. Yeager y cols ⁽²⁹⁾ en el año 2005 analizaron la adherencia terapéutica al medir la complejidad en tomar los FAEs, determinaron que al ser más compleja la toma de medicamentos el apego terapéutico disminuía. Kruse y cols 1991⁽³⁰⁾; Paes y cols, 1997⁽³¹⁾; Claxton y cols 2001⁽²¹⁾ y Cramer y cols 2002⁽²²⁾ demostraron que los medicamentos que se toman de manera menos frecuente durante el día aumenta la adherencia.

d. Relación médico paciente

La capacidad del paciente para tomar una decisión depende de manera importante con la relación que lleva con su médico. Una interacción exitosa con el médico aumenta la adherencia terapéutica independientemente del número de visitas (Buck y cols 1997) ⁽²⁴⁾.

e. Factores psicosociales

Los factores psicológicos como ansiedad y depresión afectan la adherencia por lo que se tienen que investigar cuando el apego terapéutico es pobre. Bosley y cols ⁽³¹⁾ en el año 1995 observaron una asociación importante entre depresión y mal apego terapéutico entre pacientes asmáticos. El elemento de estima también está involucrado ya que afecta de manera adversa la habilidad que percibe el individuo para manejar su epilepsia ⁽¹⁷⁾.

Estos factores no están aislados en los pacientes no adherentes. Dentro los factores psicosociales que afectan el apego terapéutico podemos incluir al estado socioeconómico y a

los determinantes sociales de la salud, los cuales no se han implicado de manera directa con la adherencia terapéutica.

IV.2 La importancia de los determinantes sociales de la salud en los pacientes con epilepsia

El estado socioeconómico (ESE) describe la distribución de ingresos, educación, ocupación y clase social. Dos estudios han demostrado que un ESE bajo está asociado con una prevalencia aumentada de epilepsia. Esto se explica porque un ESE bajo está inscrito con factores de riesgo para epilepsia, incluyendo enfermedad cerebro vascular, trauma craneo encefálico, malformaciones congénitas, infecciones del sistema nervioso central (meningitis, encefalitis), ingesta y abuso de alcohol, neoplasias cerebrales y enfermedad de Alzheimer ^(7,8).

Uno de los primeros estudios acerca de la asociación entre la epilepsia y un bajo nivel socioeconómico fue realizado en New Haven, Connecticut en 1978 ⁽¹⁰⁾. Este estudio fue una investigación epidemiológica diseñada para estimar la incidencia de epilepsia en niños en el área de New Haven, Connecticut. Los investigadores encontraron que de 1965 a 1970 hubo un mayor número de casos de epilepsia en niños que vivían en áreas de bajo nivel socioeconómico. Estos resultados eran explicados porque en este grupo de niños había una alta tasa de mortalidad infantil, altos niveles de niños prematuros con defectos congénitos, altas tasas de accidentes, un alto número de intoxicación por plomo y un mal estado nutricional.

Existe una relación compleja entre la pobreza y la epilepsia. Para abordar la interacción entre los factores ambientales y psicosociales en epilepsia existe un modelo que presenta a los determinantes sociales de la salud (DSS). Los DSS son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. También incluyen al sistema de salud. Estas circunstancias dependen de la distribución del dinero, poder, recursos locales, nacionales y globales. Los determinantes sociales de la salud son responsables de la desigualdad y diferencias en la salud entre los países. En 1999, Bruner y

Marmot⁽³³⁾ propusieron un modelo para aplicar los DSS con la salud cerebral (**Fig. 1**). En este modelo los factores individuales como el sexo, edad, raza y nivel educacional se encuentran afectados por tres vías sociales (ambiente social, trabajo y factores materiales). Para completar este modelo se agregaron la presencia de comorbilidades ya que el análisis de la literatura indica que los pacientes con epilepsia tienen una mayor tasa de condiciones comórbidas que aquellos sin epilepsia (Elliott y cols. 2009⁽¹⁷⁾; Kobau y cols. 2008⁽³⁴⁾).

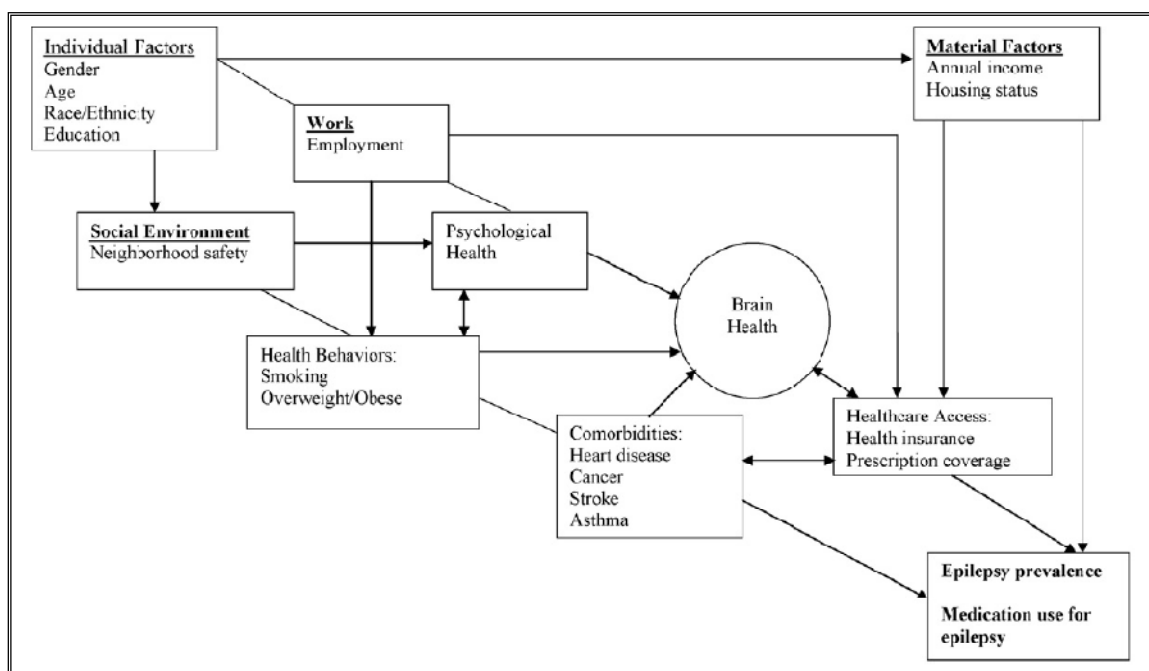


Figura 1. El impacto de los “determinantes sociales de la salud” en la epilepsia. Bruner y Marmot 1999⁽³³⁾

Elliott y cols⁽¹⁷⁾ en el año 2009 publicaron un estudio el cual tuvo como objetivo valorar el impacto de los “determinantes sociales de la salud” con la prevalencia y el uso reportado de medicamentos en epilepsia. Utilizaron los determinantes sociales descritos por Bruner y Marmot en 1999⁽³³⁾ y agregaron enfermedades comórbidas y acceso a servicios de salud al modelo original. Definieron a la pobreza como <200% del nivel de pobreza federal (NPF). Los análisis de regresión logística multivariados demostraron que las personas con pobreza y epilepsia tenían una menor probabilidad de estar tomando el medicamento antiepiléptico recetado.

V. JUSTIFICACIÓN

La epilepsia está asociada con un amplio número de marcadores sociales y económicos, incluyendo un pobre desarrollo académico, desempleo y sueldos bajos. Debido a esta asociación, se asume que aquellas personas con bajo estado socioeconómico tienen mayor riesgo de desarrollar epilepsia. La epilepsia al ser una enfermedad crónica depende fuertemente en la adherencia terapéutica del paciente para mejorar la calidad de vida y para controlar de manera más efectiva las crisis convulsivas. La no adherencia al tratamiento antiepiléptico puede provocar que se desencadenen crisis con un riesgo tres veces mayor para muerte, de un 86% para hospitalizaciones y de un 50% de visitas al servicio de urgencias. Se estima que el no apego terapéutico en epilepsia va de un 30 a 50%. Existen factores descritos que influyen en el apego terapéutico como es la edad, tipo de crisis epilépticas, régimen terapéutico, apoyo familiar, relación médico paciente, los cuales se pueden considerar incluidos dentro de los factores ambientales y psicosociales y que su interacción se aborda a partir de los determinantes sociales de la salud. (DSS) ^(6, 7, 8, 10, 11, 12). Los DSS son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyen también al sistema de salud. Estas circunstancias dependen de la distribución del dinero, poder, recursos locales, nacionales y globales. Los DSS comprenden factores individuales del paciente, trabajo, factores materiales y la presencia de comorbilidades. Nosotros queremos conocer los determinantes sociales de la salud y el apego o no al tratamiento antiepiléptico. Tenemos la finalidad de ampliar nuestro panorama sobre este problema para nuestra población y poder diseñar otro tipo de estudio donde se puedan establecer asociaciones para posteriormente dirigir intervenciones más detalladas, donde el objetivo sea disminuir la falta de adherencia al tratamiento antiepiléptico, mejorar el control de las crisis y la calidad de vida de nuestros pacientes.

VI. OBJETIVOS

Primarios

- Conocer el tipo y la cantidad de “determinantes sociales de la salud” en los pacientes adultos con epilepsia y el apego o no al tratamiento por medio de una encuesta y revisión de expediente.

Secundarios

- Determinar el tipo de epilepsia de los pacientes adultos atendidos en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
- Determinar cuántos pacientes refieren haber tenido por lo menos una vez falta de apego al tratamiento y las posibles causas.

VII. MATERIAL Y METODOS

VII. 1 Tipo de Estudio

Estudio, observacional, descriptivo, abierto, prospectivo, transversal.

VII. 2 Ubicación Temporal y Espacial

Servicio de Neurología del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

VII. 3 Criterios de Selección de la Muestra

- Criterios de inclusión: Pacientes adultos con epilepsia que tengan seguimiento mínimo de un año y que quieran y tengan la capacidad para contestar la encuesta, o que el familiar responsable del paciente con epilepsia quiera y pueda contestar la encuesta del paciente que no tenga la capacidad para contestarla.
- Criterios de exclusión: ninguno
- Criterios de eliminación: Encuestas incompletas

VII. 4 Variables

Tabla 2. Variables a analizar

Variable	Escala
Etiología de la epilepsia	Nominal <ul style="list-style-type: none">• Idiopática• Sintomática• Criptogénica
Tipo de epilepsia	Nominal
Apego terapéutico	Nominal <ul style="list-style-type: none">• Buen apego• Mal apego
Número de crisis por mes	Intervalar
Área de residencia	Nominal dicotómica <ul style="list-style-type: none">• Urbana• Rural
Grupo de edad (años)	Intervalar
Sexo	Nominal dicotómica <ul style="list-style-type: none">• Hombre• Mujer
Nivel educacional del paciente o de la cabeza del hogar	Nominal
Propietario de automóvil	Nominal dicotómica

	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Propietario de una casa	Nominal dicotómica <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Total de todos los ingreso mensual al hogar (pesos)	Intervalar <ul style="list-style-type: none"> • <1000 • 1000-3000 • 3000-6000 • 6000-8000 • >10,000
Número de personas por cuarto	Intervalar
Comorbilidades	Nominal
Trabajo	Nominal
Comportamiento saludable	Nominal

Definición de las variables:

Etiología: Causa de la epilepsia

- *Idiopática:* Pacientes sin historia de un factor precipitante o de un insulto neurológico.
- *Sintomática:* Pacientes con historia de una lesión en el sistema nerviosa central asociados con un riesgo aumentado de epilepsia (Ej. Enfermedad vascular cerebral, trauma cráneo encefálico, retraso mental, parálisis cerebral, meningitis)
- *Criptogénica:* Grupo de epilepsias y síndromes epilépticos focales o generalizados, con etiología no demostrada por las técnicas habituales de laboratorio o neuroimagen, pero que se cree que son sintomáticos de una alteración oculta histopatológica o celular, pero no de naturaleza genética. ⁽²⁾

Tipo de crisis: La clasificación de las crisis se basará de la información encontrada en el expediente clínico y obtenida de los pacientes, padres o tutores. Las crisis se clasificaran de acuerdo a la recomendación de la Liga Internacional en Contra de la Epilepsia (ILAE) 2001.

Generalizadas: Aquellas crisis que involucran regiones difusas del cerebro de manera simultánea. Son eventos clínicos y electroencefalográficos bilaterales sin evidencia de un inicio focal.

- Ausencia
- Tónico
- Tónico-clónica
- Mioclónica
- Atónicas

Focales: Aquellas crisis en las cuales la actividad epiléptica está restringida en zonas discretas de la corteza cerebral. Se consideran simples o complejas si se acompaña de pérdida de la consciencia.

- Crisis focales simples
- Crisis focales complejas
- Crisis focales con generalización secundaria

De acuerdo a la revisión realizada por Eatock y cols en el año 2007, la causa y el tipo de la epilepsia son factores que pueden influir en el apego terapéutico⁽¹⁴⁾.

Apego terapéutico:

Buen apego terapéutico: calificación de Morisky de 0.

Mal apego terapéutico: calificación de Morisky mayor a 1.

La escala de Morisky consta de cuatro preguntas. Se ha utilizado por más de dos décadas para la investigación de adherencia terapéutica. Jones y cols ⁽¹⁵⁾ en el año 2006 publicaron la revista *Seizure* un estudio el cual tuvo como objetivo investigar la no adherencia al tratamiento antiepiléptico de pacientes epilépticos en un Hospital de segundo nivel. Participaron 54 pacientes con diagnóstico de epilepsia del hospital y utilizaron el cuestionario de Morisky para medir el apego terapéutico. Este cuestionario tiene cuatro ítems con una calificación mínima de 0 y máxima de 4. Los pacientes se consideraban como no adherentes con una calificación de 1 o más ⁽¹⁶⁾.

1. Alguna vez se le ha olvidado tomar su medicina? (Si/No)
2. Es usted descuidado/a al momento de tomar sus medicinas? (Si/No)

3. Al sentirse mejor, a veces deja de tomarse su medicamento? (Si/No)
4. Al sentirse peor al, a veces deja de tomarse su medicamento? (Si/No)

Número de crisis al mes

Jones y cols ⁽¹⁵⁾ en el año 2006 reportaron en el grupo de pacientes con epilepsia una correlación negativa entre frecuencia y adherencia.

FACTORES INDIVIDUALES

1. Edad y sexo:

Según el modelo de Brunner y Marmot en 1999, la edad y el sexo forman parte de los factores individuales en los "determinantes sociales en salud" ⁽¹⁷⁾.

2. Área de residencia:

De acuerdo con el INEGI, una población se considera **rural** cuando tiene **menos de 2 500** habitantes, mientras que la **urbana** es aquella donde **viven más de 2 500** personas ⁽¹⁸⁾.

El área de residencia forma parte del modelo de los "determinantes sociales en salud" descrito por Brunner y Marmot en 1999 ⁽¹⁷⁾.

3. Nivel educacional del paciente o de la cabeza del hogar:

Personas sin educación escolar, primaria incompleta, primaria completa, secundaria completa, preparatoria completa, escolaridad universitaria.

Según el modelo de Brunner y Marmot en 1999, la educación forma parte de los factores individuales en los "determinantes sociales en salud" ⁽¹⁷⁾.

FACTORES MATERIALES

1. Propietario de automóvil y de un hogar:

Según el modelo de Brunner y Marmot en 1999, el ser propietario de un automóvil y de un hogar forma parte de los factores materiales en los "determinantes sociales en salud" ⁽¹⁷⁾.

Un estudio de casos y controles realizado en Islandia tuvo como objetivo valorar la relación entre el estado socioeconómico y epilepsia incidental en niños y en adultos ⁽⁷⁾. Concluyeron

que un nivel educacional bajo y el no ser propietario de una casa son factores de riesgo para epilepsia.

2. Ingreso mensual:

Cantidad de dinero en pesos que percibe el paciente y/o el tutor al mes. En el año 2001, Taylor y Leitman realizaron una encuesta interactiva de 1100 adultos la cual demostró que aquellos individuos que viven en hogares con un ingreso anual menor a 25,000 dólares, 40% no completaba su receta y 30% tomaban sus medicamentos menos frecuente en los últimos 12 meses para ahorrar dinero ⁽¹⁷⁾.

3. Número de personas que habitan por cuarto:

Cantidad de personas por dormitorio del hogar. Es un marcador de pobreza dado que el acceso de los pobres a los recursos es limitado, las instalaciones de vivienda que ocupan tienden a ser menos apropiadas que aquellas disponibles para las personas no pobres. Los estudios mencionados en el marco de referencia no utilizan este marcador como factor de riesgo para epilepsia y como factor para la no adherencia terapéutica.

COMORBILIDADES

Presencia de una enfermedad aparte de la epilepsia, ej. enfermedad cardiaca, cáncer, enfermedad vascular cerebral, asma, etc. Las comorbilidades forman parte los “determinantes sociales de la salud” publicados en el año 2009 en la revista *Epilepsy Research* ⁽¹⁷⁾. Elliot y cols. demostraron que las condiciones comórbidas son más comunes en personas con epilepsia que aquellas personas sin epilepsia.

TRABAJO

La presencia de trabajo forma parte de los “determinantes sociales de la salud” ⁽¹⁷⁾. Se dividirán a los pacientes de la siguiente forma:

- Empleado de tiempo completo
- Empleado de tiempo incompleto
- Desempleado

COMPORTAMIENTO SALUDABLE

El comportamiento saludable forma parte del modelo original de los determinantes sociales de la salud. A todo paciente se le determinará lo siguiente:

- Sobrepeso
- Obesidad
- Toxicomanías: tabaquismo, ingesta de alcohol, ingesta de otras drogas

VII. 5 Tamaño de la Muestra

Pacientes **adultos* con diagnóstico clínico, imagenológico y electroencefalográfico de epilepsia y seguimiento mínimo de un año (136 pacientes).

- *Adulto*: Persona con edad igual o mayor a 18 años.

VII.6 Métodos de Laboratorio

Ninguno

VII. 7 Análisis Estadístico

Se utilizó Estadística Descriptiva (medidas de tendencia central y dispersión: rango, media, mediana, moda, desviación estándar, proporciones y porcentajes).

Se empleó la prueba t de student para corroborar la diferencia entre los promedios de ambos grupos. Se utilizó la prueba de X^2 para corroborar la diferencia entre los porcentajes de ambos grupos.

VII.8. Descripción Operativa del Estudio

1. A todo paciente con edad igual o mayor a 18 años con diagnóstico de epilepsia con seguimiento mínimo de un año. Un médico aplicará la encuesta al paciente (Ver anexo).
2. Pasará al consultorio de Neurología en donde se interrogará y se le hará la exploración neurológica completa.

Determinaremos durante la consulta lo siguiente:

- Presencia de comorbilidades
- Tipo y etiología de las crisis epiléptica

- Número de crisis epilépticas al mes
3. Analizaremos los cuestionarios de Morisky y dividiremos a los pacientes con buen apego y mal apego terapéutico. Definiremos a los pacientes con buen apego terapéutico cuando tienen una calificación de Morisky de 0 y los de mal apego terapéutico cuando tienen una calificación de Morisky mayor a 1.
 4. Se hará comparación de los “determinantes sociales de la salud” entre ambos grupos. Lo que se tomara en cuenta es lo siguiente:
 - Factores individuales
 - Sexo
 - Edad
 - Nivel educacional
 - Factores materiales
 - Ingreso mensual
 - Vivienda
 - Trabajo
 - Presencia de comorbilidades
 - Comportamiento saludable
 5. Realizaremos el análisis estadístico pertinente utilizando el software XLSTAT versión 2010.

VIII. RESULTADOS

VIII. 1 Los determinantes sociales de la salud de los pacientes adultos con epilepsia

Participaron 136 pacientes, de los cuales 125 completaron la encuesta (Fig. 2). El no llenar completamente la encuesta era un criterio de eliminación, por lo que se descartaron 11 encuestas. Fueron 101 (81%) pacientes con buen apego y 24 (19%) pacientes con mal apego según la escala de Morisky. En cada grupo se revelaron los determinantes sociales de la salud (Tabla 2). Observamos que no hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto el sexo entre ambos grupos. El rango de edad es parecido, sin embargo observamos mayor porcentaje de pacientes entre 45 a 64 años en el grupo con mal apego (5 vs 12.5%). La mayoría de los pacientes que participaron en la encuesta vienen de un medio urbano. La escolaridad es similar, observamos que en ambos grupos la mayoría de los pacientes completaron la primaria y secundaria (22.8, 32.7% vs 29, 45%), sin embargo solamente el 8.3% de los pacientes con mal apego completaron la preparatoria en comparación al 16.8% en el grupo con buen apego. Ningún paciente en el grupo con mal apego completó la universidad a diferencia del 9.9% de pacientes con buen apego. No hubo diferencia significativa entre el grupo con buen y mal apego en relación a los factores materiales (propietario de automóvil y de hogar, ingreso mensual y número de personas que habitan por cuarto) y al trabajo. En relación a la conducta saludable y a la presencia de comorbilidades, observamos que solamente hubo mayor porcentaje de pacientes obesos y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el grupo con buen apego en comparación con el grupo de mal apego (19.8 vs 8.3% y 15.8 vs 8.3%). El porcentaje de pacientes con retraso mental fue parecido en ambos grupos.

	Buen apego % (N)	Mal apego % (N)	
Total	81% (101)	19% (24)	<0.01
Sexo			
Masculino	47.5% (48)	45.8% (11)	0.85
Femenino	52.5% (53)	54.2% (13)	0.86
Edad (años)			
18-34	69.3% (70)	58.3% (14)	0.65
35-44	22.8% (23)	20.8% (5)	0.90
45-64	5.0% (5)	12.5% (3)	0.64
>65	3.0% (3)	4.2% (1)	0.88
Área de residencia			
Urbana	97.0% (98)	91.7% (22)	0.88
Rural	3.0% (3)	8.3% (2)	0.73
Escolaridad			
Sin escolaridad	8.9% (9)	8.3% (2)	0.9
Primaria incompleta	8.9% (9)	8.3% (2)	0.9
Primaria completa	22.8% (23)	29.2% (7)	0.84
Secundaria completa	32.7% (33)	45.8% (11)	0.73
Preparatoria completa	16.8% (17)	8.3% (2)	0.5
Universitaria	9.9% (10)	0% (0)	0.16
Propietario de un hogar			
Si	46.5 (47)	54.2% (13)	0.88
No	53.5 (54)	45.8% (11)	0.78
Propietario de un automóvil			
Si	8.9% (9)	4.2% (1)	0.86
No	91.1% (92)	95.8% (23)	0.88
Ingreso mensual			
<1000	9.9% (10)	12.5% (3)	0.85
1000-3000	63.4% (64)	62.5% (15)	0.9
3000-6000	17.8% (18)	16.7% (4)	0.88
6000-10000	6.9% (7)	8.3% (2)	0.81
>10000	2.0% (2)	0% (0)	0.79
Número de personas que habitan por cuarto	2.3	2.3	1
Trabajo			
Empleo de tiempo completo	29.7% (30)	29.2% (7)	0.98
Empleo de tiempo incompleto	29.7% (30)	37.5% (9)	0.13
Desempleo	40.6% (41)	33.3% (8)	0.15

	Buen apego % (N)	Mal apego % (N)	
Conducta saludable			
Sobrepeso	17.8% (18)	20.8% (5)	0.23
Obesidad	19.8% (20)	8.3% (2)	0.09
Tabaquismo	3.96% (4)	4.2% (1)	0.9
Comorbilidades			
Enfermedad cardiovascular	10.9% (11)	8.3% (2)	0.83
EPOC	15.8% (16)	8.3% (2)	0.23
Enfermedad vascular cerebral	0% (0)	0% (0)	1
Retraso mental	19.8% (20)	16.7% (4)	0.73

Tabla 3. Los determinantes sociales de la salud (DSS) de los pacientes adultos con epilepsia y con buen y mal apego al tratamiento.

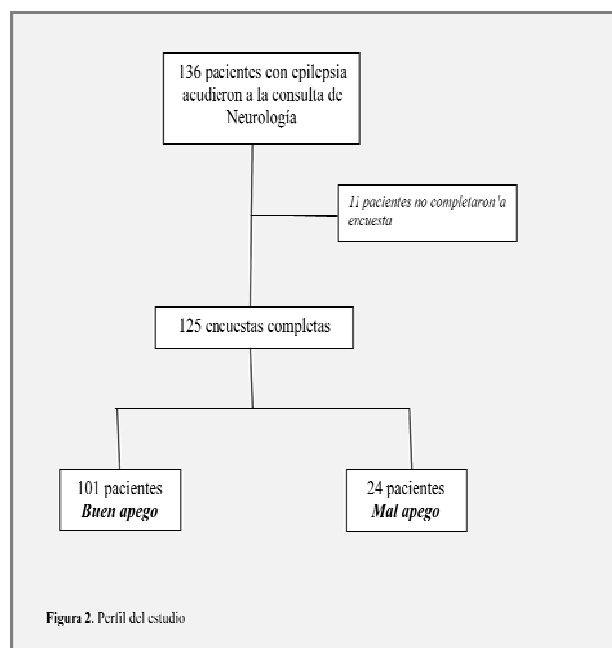


Figura 2. Perfil del estudio.

VIII. 2 Tipo de crisis y de epilepsia de los participantes

Observamos que hubo un mayor porcentaje de pacientes con epilepsia idiopática en el grupo con buen apego a diferencia del grupo con mal apego (29.7% vs 12.5%). Los pacientes con mal apego tienen mayor porcentaje de epilepsia criptogénica a diferencia del grupo con buen apego (21.8% vs 50%). El tipo de crisis que presentan los pacientes con

buen apego son en su mayoría crisis generalizadas (54%) a diferencia del grupo con mal apego en donde vemos que 70.8% presentan crisis focales. Hubo una diferencia significativa en el promedio de crisis que presentan al mes entre ambos grupos (0.4 buen apego vs 2 mal apego).

	Buen apego % (N)	Mal apego % (N)	
Etiología de la epilepsia			
Idiopática	29.7% (30)	12.5% (3)	<0.01
Sintomática	48.5% (49)	37.5% (9)	0.78
Criptogénica	21.8% (22)	50% (12)	<0.01
Tipo de crisis			
Generalizadas	54% (55)	29.2% (7)	0.05
Ausencia	6	1	
Tónicas	3	0	
Tónico-clónicas	38	6	
Mioclónicas	5	0	
Atónicas	3	0	
Focales	45.5% (46)	70.8% (17)	<0.01
Simples	19	4	
Complejas	36	8	
Generalización secundaria	41	16	
Número de crisis por mes (promedio)	0.4	2	<0.01

Tabla 4. Etiología de epilepsia, tipo y número de crisis de los pacientes adultos atendidos en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González.”

VIII. 3 Causas de mal apego terapéutico

En la tabla 3 se enumeran las principales causas de mal apego al tratamiento antiepiléptico. Observamos que la principal causa de mal apego es por olvido (60.7%).

Olvido	17	60.7%
Razones económicas	5	17.9%
Efectos adversos	1	3.6%
Sentir mejoría	5	17.9%

Tabla 5. Número y porcentaje de pacientes con falta de apego al tratamiento y las causas.

IX. DISCUSIÓN

La no adherencia al tratamiento antiepiléptico puede provocar que se desencadenen las crisis y tener repercusión en la calidad de vida. Claxton y cols ⁽²¹⁾ en el año 2001 hicieron 76 revisiones de estudios que evaluaban la adherencia terapéutica en diferentes condiciones médicas. Ellos demostraron que el problema de adherencia a los regímenes fue prevalente a pesar de la condición médica. El rango de adherencia fue de 51 a 80%. En nuestro estudio observamos que el porcentaje de adherencia terapéutica fue del 81%. La mayoría de los pacientes afiliados a nuestro hospital son de nivel socioeconómico bajo, sin embargo a pesar de esto, el apego terapéutico de los pacientes epilépticos es alto presentando un adecuado control de crisis. Este hallazgo contradice publicaciones previas acerca del tema. Elliot y cols ⁽¹⁷⁾ en el año 2009 publicaron un estudio el cual tuvo como objetivo valorar el impacto de los “determinantes sociales en la salud” con la prevalencia y el uso reportado de medicamentos en epilepsia. Utilizaron una encuesta realizada en el estado de California llamada California Health Interview Survey (CHIS). Esta encuesta se hace cada 2 años y tiene como objetivo detectar la prevalencia de la conducta saludable, evaluar el impacto de las enfermedades crónicas y monitorear los riesgos de la salud. Los autores utilizaron los datos de la encuesta hecha en el año 2005 y examinaron la prevalencia de los DSS en cada grupo y analizaron el efecto de los DSS con la probabilidad de reportar historia de epilepsia al igual para el uso reportado de FAEs basado en el estado de pobreza. Los análisis de regresión logística revelaron que las personas en pobreza tenían menor probabilidad de tomar los fármacos antiepilépticos que aquellos pacientes sin pobreza. Estos resultados apoyan el impacto negativo que tiene la pobreza en las personas con epilepsia desde una perspectiva poblacional. Confirma como el ingreso anual, vivienda, seguro médico y la cobertura de los medicamentos afectan el uso de los fármacos antiepilépticos.

De los 125 pacientes estudiados un 98% tienen un ingreso mensual menor a 10,000 pesos al mes. Un 81 % de los pacientes tuvieron un buen apego terapéutico, siendo mayor que publicaciones previas. Jones y cols en el año 2006 ⁽¹⁵⁾ publicaron en la revista *Seizure* un estudio el cual tuvo como objetivo investigar la no adherencia al tratamiento antiepiléptico de pacientes epilépticos en un hospital de segundo nivel. Participaron 54

pacientes con diagnóstico de epilepsia y utilizaron el cuestionario de Morisky para medir el apego terapéutico. Como sabemos este cuestionario tiene cuatro ítems con una calificación mínima de 0 y máxima de 4. Los pacientes se consideraban como no adherentes con una calificación de 1 o más. De los 54 pacientes que participaron, se observó que 59% no tenían adherencia al tratamiento. Hubo una correlación negativa entre la adherencia y la frecuencia de las crisis. La edad promedio de los participantes fue 38.2 años. La edad promedio al momento del diagnóstico fue 21.8 años y la duración media de la epilepsia fue 18.2 años. El número medio de medicamentos tomados cada día por los sujetos fue 2 y la frecuencia media de las dosis fue 2. Utilizando el cuestionario de Morisky, 32 pacientes (59%) se consideraron como no adherentes al tratamiento. 31 pacientes (57%) tuvieron un control pobre de las crisis. Un buen control de las crisis se definió en este estudio cuando el paciente presentaba menos de una crisis al mes. No hubo diferencias significativas entre epilepsia con buen o mal control con respecto a edad, sexo, edad de diagnóstico y duración de epilepsia. Los pacientes con epilepsia mal controlada tuvieron un mayor número de crisis convulsivas en comparación de los pacientes con un buen control ($p < 0.01$), no hubo diferencias en la frecuencia de las dosis. Hubo una asociación entre el número de crisis con el apego terapéutico. Esta asociación también la encontramos nosotros, al encontrar que existe una diferencia significativa en el promedio de crisis que presentan al mes entre el grupo con buen y mal apego (0.4 buen apego vs 2 mal apego).

En base a lo anterior, ¿por qué nuestros pacientes tienen un buen apego a los medicamentos antiepilépticos a pesar de tener bajos ingresos?

Una posible respuesta es porque el apego terapéutico no depende solamente del nivel socioeconómico y educacional de los pacientes. Sabemos que existe debate acerca de la terminología correcta para explicar el porqué algunas personas tienen un comportamiento adherente en comparación con otros, al igual que otros estudios que han intentado identificar las características que predicen la adherencia. Cramer y cols⁽²²⁾ en el año 2002; Asadi-Pooya y cols⁽²³⁾ en el 2005 y Buck y cols⁽²³⁾ en el año 1997 identificaron varios factores indicativos para la adherencia en epilepsia incluyendo: edad, tipo de crisis epilépticas, régimen terapéutico, apoyo familiar, relación médico paciente y los factores

psicosociales. Una buena relación médico paciente es fundamental para que exista un buen apego terapéutico, la capacidad del paciente para tomar una decisión depende de manera importante con la relación que lleva con su médico. Una interacción exitosa con el médico aumenta la adherencia terapéutica independientemente del número de visitas (Buck y cols 1997)⁽²⁴⁾.

El grupo de edad con menor apego terapéutico fue el de 18 a 34 años lo cual concuerda con estudios previos. Kyngas y cols⁽²⁶⁾ en el año 2000 observaron que los adolescentes tienen menor apego terapéutico que los adultos. Las razones para el no apego son complejas y se relacionan con un estigma social. De acuerdo a la revisión realizada por Eatock y cols en el año 2007⁽¹⁴⁾, la causa y el tipo de de la epilepsia son factores que influyen en el apego terapéutico. Aquellos pacientes que presentan crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, tienen niveles séricos menores de los fármacos antiepilépticos (FAE) en comparación con pacientes otro tipo de crisis (Specht, 2003)⁽²⁷⁾. Nosotros observamos lo contrario, aquellos pacientes con buen apego terapéutico tenían un mayor porcentaje de epilepsia idiopática y crisis tónico clónico generalizadas a diferencia del grupo con mal apego presentando un mayor porcentaje de epilepsia criptogénica y crisis parciales. Una posible explicación es que aquellos pacientes con crisis epilépticas severas y con mayor frecuencia tienen mayor adherencia terapéutica (Shope y cols 1988)⁽³⁴⁾. Durante el estudio observamos que los pacientes con epilepsia idiopática y con crisis tónico clónico generalizadas referían temor al presentar crisis por lo que se apegaron de manera estricta al tratamiento.

Las razones para la no adherencia terapéutica son múltiples y complejas, los pacientes pueden fallar por olvido, mal entendimiento o dudas acerca de las recomendaciones del médico. También la no adherencia puede ser el resultado intencional del paciente por los efectos adversos y por decisión propia. En nuestro estudio, observamos que la principal causa de mal apego terapéutico en los pacientes fue por olvido, lo cual concuerda con estudios previos⁽¹⁵⁾.

Nuestro estudio tiene posibles debilidades, una de ellas es el método que decidimos utilizar para medir el apego terapéutico. Sabemos que existen varios métodos para valorar la adherencia y la manera más simple de hacerlo es por medio de reporte propio o por un cuestionario. Este método tiende a sobreestimar la adherencia, sin embargo la especificidad es generalmente alta (87%). En este estudio no fue posible corroborar los reportes de adherencia con otro método más preciso. No consideramos otros factores que influyen en el apego terapéutico como es el número de fármacos que se administran, la presencia de efectos adversos y la relación médico paciente. El tamaño de la muestra de nuestro estudio fue relativamente pequeño, a pesar de que encontramos que el apego terapéutico se asocia con mayor número de crisis, no encontramos diferencias significativas con los determinantes sociales de la salud y los grupos con buen y mal apego terapéutico. Es probable que no encontráramos diferencias significativas debido a un tamaño de muestra fue pequeño. En un futuro se podrán medir más variables de las que medimos nosotros explorando los mecanismos de la no adherencia.

Durante la evaluación de los pacientes epilépticos, se tiene que considerar los factores modificables que mejoran el control de las crisis. La no adherencia a los fármacos antiepilépticos corresponde a la precipitación del 30% de las crisis y se puede evaluar de manera rápida y fácil. Se debe actuar sobre la causa de falta de apego terapéutico de manera oportuna. A pesar de tener una población de bajo nivel socioeconómico, el apego terapéutico y el control de las crisis es alto en comparación a otros estudios. Esto refleja la buena práctica y la buena relación médico paciente que existe en el servicio de Neurología de nuestro hospital. Tuvimos la finalidad de ampliar nuestro panorama sobre este problema para nuestra población y poder diseñar otro tipo de estudio para poder establecer asociaciones y dirigir intervenciones más detalladas, donde el objetivo sea disminuir la falta de adherencia al tratamiento antiepiléptico, mejorar el control de las crisis y la calidad de vida de nuestros pacientes.

X . CONCLUSIONES

- No hubo diferencias significativas entre el tipo y la cantidad de determinantes sociales de la salud en los pacientes adultos con epilepsia con buen y mal apego terapéutico.
- El 81% de los participantes tuvieron un buen apego terapéutico según la escala de Morisky.
- El grupo con buen apego tuvo un promedio menor de crisis convulsivas al mes en comparación al grupo con mal apego terapéutico.
- El olvido fue la principal causa de mal apego terapéutico en nuestro estudio.

XI. PERSPECTIVAS

Nuestro estudio tiene algunas debilidades, entre ellas está el método que decidimos utilizar para medir el apego terapéutico. Sabemos que existen varios métodos para valorar la adherencia y la manera más simple de hacerlo es por medio de reporte propio o por un cuestionario. Este método tiende a sobreestimar la adherencia, sin embargo la especificidad es generalmente alta (87%). En este estudio no fue posible corroborar los reportes de adherencia con otro método más preciso. No consideramos otros factores que influyen en el apego terapéutico como es el número de fármacos que se administran, la presencia de efectos adversos y la relación médico paciente. El tamaño de la muestra de nuestro estudio fue relativamente pequeño, a pesar de que encontramos que el apego terapéutico se asocia con mayor número de crisis, no encontramos diferencias significativas con los determinantes sociales de la salud y los grupos con buen y mal apego terapéutico. Es probable que no encontráramos diferencias significativas debido a un tamaño de muestra fue pequeño. En un futuro se podrán medir más variables de las que medimos nosotros explorando los mecanismos de la no adherencia con una muestra más grande.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Schachter S. Seizure disorders. *Prim Care Clin Office Pract* 2004; 31 85–94.
2. Zarranz J. Neurología. Tercera Edición. Elsevier. 2004.
3. Bustos Sánchez JL ,Quintero Almenárez R, et.al. Epilepsia: Nueva Clasificación (ILAE 2001). Estudio Comparativo con ILAE (1981 y 1989). *Repert.med.cir.* 2009; 18(2):106-112.
4. Jacoby A, Snape D, Baker G. Determinants of Quality of Life in People with Epilepsy. *Neurol Clin* 2009; 27 (2): 843-863.
5. Serrano Castro, et.al. Guía terapéutica en epilepsia de la Sociedad Andaluza de Epilepsia 2005: III. Tratamiento antiepiléptico en situaciones especiales. *Rev Neurol* 2005; 40(11): 683-695.
6. Begley C, Beghi B, et.al. The Economic Cost of Epilepsy: A Review of the Literature. *Epilepsia* 2002; 43(4):3–9.
7. Hesdorffer D, Tian H, Anand K, et.al. Socioeconomic Status Is a Risk Factor for Epilepsy in Icelandic Adults but Not in Children. *Epilepsia* 2005; 46(8):1297–1303.
8. Heaney D, MacDonald B, Everitt A, et.al. Socioeconomic variation in incidence of epilepsy: prospective community based study in south east England *BMJ* 2002; (325) 2: 1013-16.
9. Hermann BP, Whitman S. Psychopathology in epilepsy: a multietiological model. *Psychopathology in epilepsy: social dimensions*. Oxford: Oxford University Press, 1986.
10. Shamansky S, Glaser G. Socioeconomic Characteristics of Childhood Seizure Disorders in the New Haven Area: Epidemiologic Study. *Epilepsia* 1979. 20 (4) 410-414.
11. Jacoby A, Baker G, Steen N, Potts P, Chad D. The Clinical Course of Epilepsy and Its Psychosocial Correlates: Findings from a U.K. Community Study *Epilepsia*, 1996; 37(2):148-161.
12. Noronha A, Borges M, Marques L,et.al. Prevalence and Pattern of Epilepsy Treatment in Different Socioeconomic Classes in Brazil. *Epilepsia* 2007; 48(5):880–885.
13. Begley C, Famulari M, Annegers J, et.al. The Cost of Epilepsy in the United States: An Estimate from Population-Based Clinical and Survey Data. *Epilepsia* 2000; 41 (3): 342-351.

14. Eatock J, Baker G. Managing patient adherence and quality of life in epilepsy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2007; 3 (1): 117-131.
15. Jones R, Butler J. Adherence to treatment in patients with epilepsy: Associations with seizure control illness beliefs. *Seizure* 2006; 15: 504-508
16. Rigby D. Adherence assessment tools: Drugs don't work when they're not taken. *The Australian Journal of Pharmacy* 2007; 88: 31-33.
17. Elliott J, Lu B, Shneker B, et.al. The impact of "social determinants of health" on epilepsy prevalence and reported medication use. *Epilepsy Research*, 2009; 84: 135-145.
18. www.inegi.gob.mx
19. Stanaway L, Lambie DG, Johnson RH. Non-compliance with anticonvulsant therapy as a cause of seizures. *N Z Med J*, 1985; 98 (774):150-2.
20. George CF, Peveler RC, Heiliger S, Thompson C. Compliance with tricyclic antidepressants: the value of four different methods of assessment. *Br J Clin Pharmacol*, 2000; 50 (2): 166-71.
21. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther*, 2001; 23: 29-37.
22. Cramer J.A, Glassman M, Rienza V. The relationship between poor medication compliance and seizures. *Epilepsy Behav*, 2002; 3: 338-42.
23. Asadi-Pooya AA. Drug compliance of children and adolescents with epilepsy. *Seizure*, 2005; 14: 393-5.
24. Buck D, Jacoby A, Baker GA, et al. Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimes. *Seizure*, 1997; 6: 87-93.
25. Kyngas H. Predictors of good compliance in adolescents with epilepsy. *Seizure*, 2001; 10:549-53.
26. Kyngas H. Compliance with health regimens of adolescents with epilepsy. *Seizure*, 2000; 9:598-604.

27. Specht U, Elsner H, May T.W, Schimichowski B and Thorbecke R. Postictal serum levels of antiepileptic drugs for detection of noncompliance. *Epilepsy Behav*, 2003 4:487-95.
28. Doughty J, Baker G.A, Jacoby A, et al. Compliance and satisfaction with switching from an immediate-release to sustained-release formulation of valproate in people with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2003; 4:710-16.
29. Yeager KA, DiIorio C, Osborne Shafer P, et al. The complexity of treatments for persons with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 2005; 7:679-86.
30. Kruse W, Eggert-Kruse W, Rampmaier J, et al. Dosage frequency and drug-compliance behaviour – a comparative study on compliance with a medication to be taken twice or four times daily. *Eur J Clin Pharmacol*, 1991 41:589-92.
31. Paes AHP, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care*, 1997 20:1512-17.
32. Bosley CM, Fosbury JA, Cochrane GM. The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *Eur Respir J*, 1995; 8:899-904.
33. Brunner, E., Marmot, M. Social organization, stress, and health. In: Marmot, M.G., Wilkinson, R.G. Social Determinants of Health. Oxford University Press, Oxford, New York. 1999: 7-30.
34. Kobau, R., Zahran, H., Thurman, D.J., Zack, M.M., Henry, T.R., Schachter, S.C., Price, P.H., Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Epilepsy surveillance among adults - 19 states, behavioral risk factor surveillance system, 2005. *MMWR Surveill. Summ.* 57, 1-20.
35. Shope JT. Compliance in children and adults: review of studies. *Epilepsy Res*, 1988; 29: 23-47.

XIII. ANEXOS

XIV. 1 Hoja de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Determinantes sociales de la salud y apego terapéutico de los pacientes adultos con epilepsia del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Investigador principal: Dr. Michael Wasung

Sede donde se realizará el estudio: Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La epilepsia está asociada con un amplio número de marcadores sociales y económicos, incluyendo un pobre desarrollo académico, desempleo y sueldos bajos. Debido a esta asociación, se asume que aquellas personas con bajo estado socioeconómico tienen mayor riesgo de desarrollar epilepsia. La epilepsia al ser una enfermedad crónica depende fuertemente en la adherencia terapéutica del paciente para mejorar la calidad de vida y para controlar de manera más efectiva las crisis convulsivas. La no adherencia al tratamiento antiepiléptico puede provocar que se desencadenen crisis con un riesgo tres veces mayor para muerte, de un 86% para hospitalizaciones y de un 50% de visitas al servicio de Urgencias. Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyen también al sistema de salud. Estas circunstancias dependen de la distribución del dinero, poder, recursos locales, nacionales y globales. Los DSS comprenden factores individuales del paciente, trabajo, factores materiales y la presencia de comorbilidades. Nosotros queremos conocer los determinantes sociales de la salud y el apego o no al tratamiento antiepiléptico.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos

- Conocer el tipo y la cantidad de determinantes sociales de la salud en los pacientes adultos con epilepsia y el apego o no al tratamiento por medio de una encuesta y revisión de expediente.
- Determinar el tipo de epilepsia de los pacientes atendidos en Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Determinar cuántos pacientes refieren haber tenido por lo menos una vez falta de apego al tratamiento y las posibles causas.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Nosotros queremos conocer los determinantes sociales de la salud y el apego o no al tratamiento antiepiléptico. Tenemos la finalidad de ampliar nuestro panorama sobre este problema para nuestra población y poder dirigir intervenciones más detalladas, donde el objetivo sea disminuir la falta de adherencia al tratamiento antiepiléptico, mejorar el control de las crisis y la calidad de vida de nuestros pacientes.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, su nivel educacional, su nivel socioeconómico, el apego terapéutico que tiene con el medicamento antiepiléptico y número de crisis que presente por mes.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el Dr. Michael Wasung no se lo solicite-, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al Dr. Michael Wasung.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- En caso de que usted desarrolle algún efecto adverso secundario no previsto, tiene derecho a una indemnización, siempre que estos efectos sean consecuencia de su participación en el estudio.
- Usted también tiene acceso a las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la UNAM en caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante del estudio a través de:
 - Dr. Guillermo Robles Díaz
Secretario Técnico de las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina.
Teléfono: 5623 2298
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado anexa a este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Título del protocolo: _____

Investigador principal: _____

Sede donde se realizará el estudio: _____

Nombre del participante: _____

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones: (opcional)

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha

XIV. 2 Cuestionario utilizado en el estudio

Determinantes sociales de la salud y apego terapéutico de los pacientes adultos con epilepsia del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Nombre del paciente: _____ Número de expediente: _____

Persona que contesta la encuesta: _____ Parentesco con el paciente: _____

1. Edad del paciente _____
2. Sexo del paciente _____
3. Qué nivel de escolaridad tiene el paciente?
 - a. Ninguna
 - b. Primaria incompleta
 - c. Primaria completa
 - d. Secundaria completa
 - e. Preparatoria completa
 - f. Universitaria
4. Qué nivel de escolaridad tiene la persona que encabeza el hogar?
 - g. Ninguna
 - h. Primaria incompleta
 - i. Primaria completa
 - j. Secundaria completa
 - k. Preparatoria completa
 - l. Universitaria
5. La zona donde habita el paciente es?
 - a. Rural
 - b. Urbana
6. El paciente es propietario de un automóvil? (Si/No)
7. El hogar que tiene el paciente es propia? (Si/No)
8. Total de ingresos por mes en el hogar del paciente(pesos) _____
9. Cuantas personas habitan en la misma casa del paciente? _____
10. Cuantos dormitorios tienen en el hogar del paciente? _____
11. Como se encuentra laborando actualmente el paciente?
 - a. Empleado de tiempo completo
 - b. Empleado de tiempo incompleto
 - c. Desempleado
 - d. Dos empleos
12. El paciente fuma? (Si/No)
13. Alguna vez al paciente se le ha olvidado tomar su medicamento antiepiléptico? (Si/No)
14. El paciente es descuidado/a al momento de tomar su medicamento antiepiléptico? (Si/No)
15. El paciente al sentirse mejor, a veces deja de tomarse su medicamento antiepiléptico? (Si/No)

16. El paciente al sentirse peor, a veces deja de tomarse su medicamento antiepiléptico? (Si/No)

17. En caso de haber dejado de tomar su medicamento antiepiléptico, favor de anotar las razones:

XIV. 3 Hoja de captura de datos

ETIOLOGIA			TIPO DE CRISIS									APEGO TX		N° de crisis /mes
Idiopática	Sintomática	Criptogénica	G T	GT -C	G - A	G- atn	G- mio	Par simp	Par comp	Par grlz sec	Buen apego	Mal apego		

FACTORES INDIVIDUALES													
AREA DE RESIDENCIA		GRUPO DE EDAD				SEXO		NIVEL EDUCACIONAL DE LA CABEZA DEL HOGAR					
Urbana	Rural	18-34 a	35-44a	45-60a	>60 a	Hombre	Mujer	S/educ	Primaria incp	Prim comp	Sec comp	Prep comp	Universitaria

FACTORES MATERIALES									
Propietario de un automóvil		Propietario de una casa		Ingreso mensual que percibe el paciente y/o tutor al mes					N° personas por dormitorio
Si	No	Si	No	<1000	1000-3000	3000-6000	6000-10000	>10000	

COMORBILIDADES						TRABAJO		
Enf cardiaca	EVC	Asma	Diabetes	HAS	EPOC	Empleado tiempo completo	Empleado tiempo incompleto	Desempleado

Comportamiento saludable		
Sobrepeso	Obesidad	Toxicomanias