

Frecuencia de epilepsia y de las principales fenomenologías ictales en pacientes que acuden a consulta externa de neurología. Hospital general “Dr Luis Razetti”, Barinas Venezuela. Julio 2021 - enero 2023

Frequency of epilepsy and the main ictal phenomenologies in patients attending the neurology outpatient clinic. “Dr Luis Razetti” general hospital, Barinas-Venezuela. July 2021 - January 2023

JEREZ, JUAN¹; GONZÁLEZ-DELATORRE, AGUASANTA²

¹Hospital General Dr. Luis Razetti, Barinas, Venezuela.

²Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Autor de correspondencia
licjerez@gmail.com

Fecha de recepción
11/03/2023

Fecha de aceptación
20/04/2023

Fecha de publicación
21/07/2023

Autores

Jerez, Juan

Médico especialista en Neurología. Servicio de Neurología Hospital General “Dr. Luis Razetti”, Barinas, Venezuela.
Correo-e: licjerez@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-2818-6749>

González-Delatorre, Aguasanta

Estudiante interno de pregrado de la carrera de Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.
Correo-e: aguasantadelatorre@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3871-2014>

Citación:

Jerez, J.; González-Delatorre, A. (2023). Frecuencia de epilepsia y de las principales fenomenologías ictales en pacientes que acuden a consulta externa de neurología. Hospital general “Dr Luis Razetti”, Barinas Venezuela. Julio 2021 - enero 2023. *GICOS*, 8(2), 28-42
DOI: <https://doi.org/10.53766/GICOS/2023.08.02.02>



RESUMEN

La epilepsia es una condición neurológica que afecta a millones de personas en el mundo. Los estudios sobre frecuencia de epilepsia en Venezuela y en Latinoamérica son escasos, y se basan en clasificaciones desactualizadas. El objetivo de esta investigación fue determinar la casuística de epilepsia y del tipo de crisis, en pacientes de Barinas, Venezuela, durante los años 2021 - 2023. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en una muestra de 213 pacientes. Los resultados evidenciaron que 74 pacientes (34,7%) presentaron crisis de inicio focal; hubo preservación de la conciencia en el 91,9% de los casos y afectación de la misma en el 8,1%. De los pacientes que presentaron crisis de inicio focal, el 33,8% evolucionó a bilateral tónico-clónica. Las manifestaciones exclusivas motoras se presentaron en el 27% de los pacientes, y las no motoras en el 66,2%; mientras que el resto presentó crisis con ambos tipos de manifestaciones. Por otra parte, 134 (62,9%) pacientes presentaron crisis de inicio generalizado; 97,8% presentó manifestaciones motoras puras, siendo más frecuentes las crisis motoras tónico-clónicas (92,5%), y solo el 1,5% cursó con manifestaciones no motoras puras. El fármaco antiepiléptico más empleado fue la carbamazepina (41,8%) seguido del ácido valproico (12,7%), mientras que la terapia combinada representó el 17,8%. Los resultados demuestran una mayor proporción de pacientes con epilepsia de inicio generalizado, por encima del inicio focal. Las manifestaciones motoras fueron más frecuentes en las crisis generalizadas, contrario a lo observado en las crisis de inicio focal.

Palabras clave: neurología, epilepsia, crisis epilépticas, fármacos antiepilépticos, Venezuela.

ABSTRACT

Epilepsy is a neurological condition that affects millions of people worldwide. Studies on the frequency of epilepsy in Venezuela and Latin America are scarce and based on outdated classifications. The objective of this research was to determine the casuistry of epilepsy and the type of seizures in patients from Barinas, Venezuela, during the years 2021-2023. A descriptive, cross-sectional study was conducted on a sample of 213 patients. The results showed that 74 patients (34.7%) presented with focal onset seizures, with preservation of consciousness in 91.9% of cases and impairment in 8.1%. Of the patients who presented with focal onset seizures, 33.8% progressed to bilateral tonic-clonic seizures. Exclusive motor manifestations were present in 27% of patients, and non-motor manifestations in 66.2%, while the rest presented with both types of manifestations. On the other hand, 134 (62.9%) patients presented with generalized onset seizures, with 97.8% showing pure motor manifestations, with tonic-clonic motor seizures being more frequent (92.5%), and only 1.5% presented with pure non-motor manifestations. The most commonly used antiepileptic drug was carbamazepine (41.8%), followed by valproic acid (12.7%), while combination therapy represented 17.8%. The results demonstrate a higher proportion of patients with generalized onset epilepsy compared to focal onset. Motor manifestations were more frequent in generalized seizures, contrary to what was observed in focal onset seizures.

Keywords: neurology, epilepsy, epileptic seizures, antiepileptic drugs, Venezuela.

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que se caracteriza por una predisposición duradera a la presentación de crisis epilépticas, así como las consecuencias neurocognitivas, psicológicas y sociales propias de su etiología y patogenia. Es considerada como una de las patologías del sistema nervioso central (SNC) con un alto impacto a nivel de la salud pública mundial (Vázquez-Martín, 2022).

La historia de la epilepsia ha reflejado, en gran medida, la evolución de la medicina y la noción que los pueblos han tenido acerca de la enfermedad, la cual fue considerada durante muchos años como algo sobrenatural. Hipócrates 400 a.C. en su libro “La Enfermedad Sagrada” se opone a que la enfermedad fuera causada por los dioses, postulando que las crisis se deben a “superficialidad de la flema que provocaba una anormal consistencia en el cerebro”, proponiendo dieta y drogas para su tratamiento. Ya para el siglo XIX J.H. Jackson fue el primero en correlacionar una localización cerebral con una determinada respuesta motora, sentando de esta manera las bases materiales y científicas de la neurociencia, además, sus trabajos permitieron separar a la epilepsia de la psiquiatría, pasando a ser considerada una entidad clínica dentro de la neurología, y posteriormente con el conocimiento de la anatomía y fisiología en épocas más recientes, y con la aparición de la biología molecular, la epilepsia alcanzó un gran carácter científico consolidado (Martínez et al., 2021). Hans Berger en 1929 publicó el primer trabajo acerca de la detección de la actividad eléctrica cerebral a través de un registro electroencefalográfico de superficie en humanos, lo que permitió posteriormente definir el término “foco epileptogénico” que sería el causante de la aparición de una crisis epiléptica (Ropper et al., 2017).

En la actualidad, se entiende por crisis epiléptica a la presencia transitoria de signos y síntomas debidos a una actividad eléctrica anormal, excesiva y sincrónica del cerebro (Vázquez-Martín, 2022). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el 2023 unos 50 millones de personas en todo el mundo han padecido la enfermedad, lo que la convierte en uno de los trastornos neurológicos más comunes; cerca del 80% de los pacientes viven en países de medianos y bajos ingresos, y en estos últimos, se estima que se diagnostican anualmente 139 casos de epilepsia por cada 100.000 habitantes, esto probablemente debido a mayor riesgo de enfermedades endémicas como paludismo, neurocisticercosis, mayor incidencia de lesiones causadas por accidentes de tránsito, traumatismos relacionados con el parto, disponibilidad de programas de salud preventiva y accesibilidad de la atención (World Health Organization [WHO], 2023).

En el 2017 la Liga Internacional de Lucha contra Epilepsia (ILAE) definió tres niveles diagnósticos, a saber: tipo de convulsión o crisis epiléptica, tipo de epilepsia (focal, generalizada, combinada generalizada y focal; y epilepsia desconocida) y síndrome epiléptico, el cual permite establecer un diagnóstico sindrómico específico. Así mismo, estableció los criterios diagnósticos de la enfermedad y propuso una clasificación operacional de los tipos de convulsión. Para el diagnóstico de la enfermedad, la ILAE consideró tres parámetros: 1) presentación de dos crisis no provocadas o reflejas en un período de separación mayor de 24 horas; 2) presentación de una crisis no provocada o refleja y la probabilidad de presentar otra crisis en los próximos 10 años siguientes similar al riesgo de recurrencia general (al menos el 60%) después de dos crisis no provocadas; 3) diagnóstico de un síndrome epiléptico (Fisher et al., 2017; González-Hermosa, 2020). La nueva clasificación enfatiza

la importancia de contemplar la etiología a lo largo de todas las etapas diagnósticas, ya que a menudo tiene implicaciones significativas para el tratamiento (Fisher et al., 2017).

Por su parte, las crisis epilépticas deben ser clasificadas en función de la característica prominente más temprana. En relación a la clasificación semiológica de las mismas, se estableció que se debe tomar en cuenta el inicio de las mismas (focal, generalizado o desconocido), en cuanto a las crisis de inicio focal, se debe indicar a su vez la preservación o no de la conciencia y si evoluciona o no bilateral tónico-clónica; especificando por otra parte, en cada uno de los casos de inicio de crisis, las características semiológicas de las manifestaciones, motoras (tónico, clónico, tónico-clónico, mioclónica, entre otras) o no motoras (autonómico, sensorial, cognitivo, emocional y detección de la conducta) (Palacios y Clavijo-Prado, 2016).

El tratamiento farmacológico de la epilepsia, utilizando fármacos antiepilépticos (FAE) tiene como objetivo obtener un estado sin crisis, en la medida de lo posible, y con los menores efectos adversos. La selección y dosificación de los fármacos antiepilépticos (FAE) dependen de diversos factores como el sexo, la edad, otros medicamentos que esté tomando el paciente y situaciones especiales. Se estima que aproximadamente el 70% de los pacientes con epilepsia logran controlar sus crisis con medicación, y entre el 20% y el 25% experimentan una reducción significativa en el número e intensidad de las mismas. Por lo tanto, es de vital importancia clasificar adecuadamente el tipo de epilepsia y las características de las crisis al elegir un FAE apropiado, con el objetivo de asegurar una vida sin crisis para los pacientes con esta enfermedad (Abou-Khalil, 2019; Gesche y Beier, 2022).

Las contribuciones que ha hecho la ILAE para lograr establecer clasificaciones de las crisis epilépticas y los síndromes epilépticos, van dirigidas a permitir la utilización de un lenguaje universal que facilite la comunicación entre los clínicos y la posibilidad de realizar estudios de investigación clínica y básica en poblaciones más o menos comparables de pacientes, sin embargo, a pesar de estos avances, las clasificaciones vigentes distan de ser perfectas y se encuentran en permanente revisión (Ropper et al., 2017).

Existen pocos estudios sobre frecuencia de epilepsia en Venezuela ni en Latinoamérica, uno de los pocos publicados, es el realizado por Noriega-Morales y Shkurovich-Bialik en 2020, donde se analiza la situación de la epilepsia en México y Latinoamérica (Noriega-Morales y Shkurovich-Bialik, 2020). Con respecto a trabajos que tomen en cuenta la clasificación de las crisis, también existen pocas investigaciones publicadas, y las pocas que hay son basadas en las antiguas clasificaciones de la ILAE; como lo observado en el trabajo de Lizana et al. (1996), donde determinaron la frecuencia de tipos de crisis epilépticas y síndromes epilépticos en una unidad de neuropediatría de un hospital de Madrid- España (Lizana et al., 1996), utilizando para la época la clasificación de la ILAE de 1989, lo mismo se apreció en el trabajo de Rondón (2008), donde determinaron la prevalencia de epilepsia en un programa de salud mental en Mérida-Venezuela utilizando la clasificación vigente para la fecha (Rondón et al., 2008).

Por lo antes expuesto, la presente investigación tiene por objeto determinar la casuística local de epilepsia en pacientes que acudieron a la consulta de neurología del Hospital General “Dr. Luis Razetti” (Barinas,

Venezuela) en el período comprendido entre julio 2021 - enero 2023, y determinar la frecuencia de tipos de crisis como primer nivel diagnóstico de dicha entidad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se diseñó un muestreo por conveniencia de 213 pacientes que asistieron a la consulta externa de neurología del centro hospitalario con diagnóstico previo de epilepsia de cualquier etiología. Se revisaron las historias médicas de los pacientes y se recabaron los datos demográficos de sexo, edad y ocupación. Además, se registraron los datos del tipo de fenomenología ictal y las diferentes manifestaciones clínicas, así como los fármacos utilizados.

Las variables categóricas se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes. La significancia estadística se evaluó con la prueba chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Todos los datos fueron analizados utilizando el software estadístico IBM SPSS para Windows versión 20.

La investigación se diseñó con base en los principios bioéticos que rigen la investigación en seres humanos.

Se trató de un estudio descriptivo, sin riesgo para los participantes dada la ausencia de intervención.

RESULTADOS

Los 213 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión, estuvieron constituidos por 100 mujeres y 113 hombres. El tipo de crisis de inicio generalizado fue el más prevalente. Se evidenció que la mayor frecuencia de fenomenología ictal la presentó el grupo etario de ≤ 20 años seguido del grupo de 21 – 40 años (35,2% y 32,4% respectivamente). En relación a la ocupación, se observó que la mayoría de las crisis epilépticas fueron más frecuentes en estudiantes (33,3%) (ver tabla 1).

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado.

Se evidenció que 74 pacientes (34,7%) presentaron crisis de inicio focal, determinándose que hubo preservación de la conciencia en el 91,9% de los casos y afectación de la misma en solo el 8,1%. De los pacientes que presentaron crisis de inicio focal, el 33,8% evolucionó a bilateral tónico-clónica. A su vez, se evidenció que las manifestaciones exclusivas motoras se presentaron en el 27% de los pacientes, y las no motoras en el 66,2%; mientras que el resto presentó crisis con ambos tipos de manifestaciones. Siendo más frecuentes las crisis tónicas (13,5%) en inicio motor, y tanto las sensoriales como las autonómicas (17,6% y 16,2% respectivamente) en inicio no motor (ver tabla 2).

Tabla 1. Características generales de los pacientes con fenomenología ictal.

	Fenomenología ictal			Total	Valor de p
	Inicio focal	Inicio generalizado	Inicio desconocido		
Género					<i>0,181</i>
<i>Femenino</i>	40 (54,1)	59 (44)	1 (20)	100 (46,9)	
<i>Masculino</i>	34 (45,9)	75 (56)	4 (80)	113 (53,1)	
<i>Total</i>	74 (100)	134 (100)	5 (100)	213 (100)	
Edad (años)					<i>0,048</i>
<i>20 o menos</i>	30 (40,5)	43 (32,1)	2 (40)	75 (35,2)	
<i>21 - 40</i>	26 (35,1)	43 (32,1)	-	69 (32,4)	
<i>41 - 60</i>	11 (14,9)	17 (12,7)	-	28 (13,1)	
<i>61 o más</i>	7 (9,5)	31 (23,1)	3 (60)	41 (19,2)	
<i>Total</i>	74 (100)	134 (100)	5 (100)	213 (100)	
Ocupación					<i>0,248</i>
<i>Estudiante</i>	26 (35,1)	43 (32,1)	2 (40)	71 (33,3)	
<i>Ama de casa</i>	11 (14,9)	25 (18,7)	1 (20)	37 (17,4)	
<i>Trabajo intelectual</i>	17 (23)	15 (11,2)	-	32 (15)	
<i>Trabajo de fuerza</i>	11 (14,9)	20 (14,9)	1 (20)	32 (15)	
<i>Personal de seguridad</i>	3 (4,1)	4 (3)	1 (20)	8 (3,8)	
<i>Personal de salud</i>	1 (1,4)	5 (3,7)	-	6 (2,8)	
<i>Sin ocupación</i>	5 (6,8)	22 (16,4)	-	27 (12,7)	
<i>Total</i>	74 (100)	134 (100)	5 (100)	213 (100)	

Tabla 2. Manifestaciones clínicas de los pacientes con fenomenología ictal de inicio focal.

	Frecuencia	Porcentaje
Inicio focal		
Alteración de la conciencia	6	8,1
Conciencia preservada	68	91,9
Focal que evoluciona a bilateral tónico clónica	25	33,8
Motor		
<i>Tónica</i>	10	13,5
<i>Mioclónica</i>	7	9,5
<i>Clónica</i>	4	5,4
<i>Hiperquinética</i>	2	2,7
<i>Automatismo</i>	1	1,4
<i>Combinado</i>	1	1,4
<i>Ausente (sólo manifestaciones no motoras)</i>	49	66,2
<i>Total</i>	74	100
No motor		
<i>Sensorial</i>	13	17,6
<i>Autonómica</i>	12	16,2
<i>Combinado</i>	9	12,2
<i>Emocional</i>	8	10,8
<i>Detención del comportamiento</i>	7	9,5
<i>Cognitiva</i>	5	6,8
<i>Ausente (sólo manifestaciones motoras)</i>	20	27
<i>Total</i>	74	100

Por otra parte, 134 pacientes (62,9%) presentaron crisis de inicio generalizado, de los cuales 97,8% presentaron manifestaciones motoras puras, siendo más frecuentes las crisis motoras tónico-clónicas (92,5%), y solo el 1,5% cursó con manifestaciones no motoras puras. Asimismo, se observó que 5 pacientes (2,4%) presentaron crisis de inicio desconocido (ver tabla 3).

Tabla 3. Manifestaciones clínicas de los pacientes con fenomenología ictal de inicio generalizado o desconocido.

	Frecuencia	Porcentaje
Inicio generalizado		
Motor		
<i>Tónico-clónica</i>	124	92,5
<i>Combinado</i>	3	2,2
<i>Mioclónica</i>	2	1,5
<i>Atónica</i>	2	1,5
<i>Tónica</i>	1	0,7
<i>Ausente (sólo manifestaciones no motoras)</i>	2	1,5
<i>Total</i>	134	100
No motor		
<i>Mioclónica</i>	1	0,7
<i>Mioclónica palpebral</i>	1	0,7
<i>Típica</i>	1	0,7
<i>Ausente (sólo manifestaciones motoras)</i>	131	97,8
<i>Total</i>	134	100
Inicio desconocido		
Motor		
<i>Tónico-clónica</i>	5	100

De los pacientes que presentaron crisis de inicio focal, se tiene que del grupo etario de 20 años o menos, el 26,7% evolucionó a bilateral tónico clónica. Se observó que, de las crisis motoras, en dicho grupo etario, las mioclónicas fueron las más frecuentes (13,3%); y de las crisis no motoras, las autonómicas (26,7%). Del grupo etario entre 21 a 40 años, el 46,2% evolucionó a bilateral tónico clónica. Se evidenció que, de las crisis motoras, en dicho grupo etario, las tónicas fueron las más frecuentes (23,1%); y de las crisis no motoras, las sensoriales (26,9%). El 75,67% de los pacientes que presentaron crisis de inicio focal, están dentro de estos grupos etarios (ver tabla 5).

Con respecto a los pacientes que presentaron crisis de inicio generalizado, se tiene que del grupo etario de 20 años o menos que cursó con crisis motoras (93%), las tónico-clónica fueron las más frecuentes (76,7%). Mientras que, en el resto de los grupos etarios, el 100% presentó crisis motoras tónico-clónicas. En los casos de las crisis de inicio desconocido, éstas se presentaron en los grupos correspondientes a edades <20 años o >60 años (ver tabla 6).

Tabla 4. *Fármacos utilizados por los pacientes con fenomenología ictal.*

	Fenomenología ictal			Total
	Inicio focal	Inicio generalizado	Inicio desconocido	
Fármaco				
Ácido valproico	5 (6,8)	21 (15,7)	1 (20)	27 (12,7)
Carbamazepina	29 (39,2)	57 (42,5)	3 (60)	89 (41,8)
Clonazepam	3 (4,1)	1 (0,7)	-	4 (1,9)
Fenitoína	-	1 (0,7)	-	1 (0,5)
Fenobarbital	1 (1,4)	3 (2,2)	-	4 (1,9)
Lamotrigina	6 (8,1)	15 (11,2)	-	21 (9,9)
Levetiracetam	7 (9,5)	15 (11,2)	1 (20)	23 (10,8)
Oxcarbazepina	3 (4,1)	-	-	3 (1,4)
Topiramato	2 (2,7)	1 (0,7)	-	3 (1,4)
Combinados	18 (24,3)	20 (14,9)	-	38 (17,8)
Total	74 (100)	134 (100)	5 (100)	213 (100)

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado. Se obtuvo un valor de $p=0,375$.

Tabla 5. Manifestaciones clínicas de los pacientes con fenomenología ictal de inicio focal en función del grupo etario.

	Edad (años)				Valor de p
	20 o menos	21 - 40	41 - 60	61 o más	
Inicio focal					
Alteración de la conciencia	3 (10)	2 (7,7)	1 (9,1)	-	
Conciencia preservada	27 (90)	2 (92,3)	4 (90,9)	1 (0)	7 (100)
Focal que evoluciona a bilateral tónico clónica	8 (26,7)	1 (46,2)	2 (45,5)	5 (45,5)	-
Motor					0,785
<i>Tónica</i>	2 (6,7)	6 (23,1)	-	2 (28,6)	
<i>Mioclónica</i>	4 (13,3)	1 (3,8)	1 (9,1)	1 (14,3)	
<i>Clónica</i>	2 (6,7)	2 (7,7)	-	-	
<i>Hiperquinética</i>	1 (3,3)	1 (3,8)	-	-	
<i>Automatismo</i>	1 (3,3)	-	-	-	
<i>Combinado</i>	1 (3,3)	-	-	-	
<i>Ausente (sólo manifestaciones no motoras)</i>	19 (63,3)	1 (61,5)	6 (90,9)	1 (0)	4 (57,1)
<i>Total</i>	30 (100)	26 (100)	11 (100)	7 (100)	
No motor					0,107
<i>Sensorial</i>	3 (10)	7 (26,9)	2 (18,2)	1 (14,3)	
<i>Autonómica</i>	8 (26,7)	3 (11,5)	1 (9,1)	-	
<i>Combinado</i>	3 (10)	2 (7,7)	4 (36,4)	-	
<i>Emocional</i>	2 (6,7)	5 (19,2)	1 (9,1)	-	
<i>Detención del comportamiento</i>	2 (6,7)	3 (11,5)	1 (9,1)	1 (14,3)	
<i>Cognitiva</i>	2 (6,7)	-	1 (9,1)	2 (28,6)	
<i>Ausente (sólo manifestaciones motoras)</i>	10 (33,3)	6 (23,1)	1 (9,1)	3 (42,9)	
<i>Total</i>	30 (100)	26 (100)	11 (100)	7 (100)	

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado.

Tabla 6. Manifestaciones clínicas de los pacientes con fenomenología ictal de inicio generalizado o desconocido en función del grupo etario.

	Edad (años)				Valor de p
	20 o menos	21 - 40	41 - 60	61 o más	
Inicio generalizado					
Motor					0,087
<i>Tónico-clónica</i>	33 (76,7)	43 (100)	17 (100)	31 (100)	
<i>Combinado</i>	3 (7)	-	-	-	
<i>Mioclónica</i>	2 (4,7)	-	-	-	
<i>Atónica</i>	2 (4,7)	-	-	-	
<i>Tónica</i>	1 (2,3)	-	-	-	
<i>Ausente (sólo manifestaciones no motoras)</i>	2 (4,7)	-	-	-	
<i>Total</i>	43 (100)	43 (100)	17 (100)	31 (100)	
No motor					0,69
<i>Mioclónica</i>	1 (2,3)	-	-	-	
<i>Mioclónica palpebral</i>	1 (2,3)	-	-	-	
<i>Típica</i>	1 (2,3)	-	-	-	
<i>Ausente (sólo manifestaciones motoras)</i>	40 (93)	43 (100)	17 (100)	31 (100)	
<i>Total</i>	43 (100)	43 (100)	17 (100)	31 (100)	
Inicio desconocido					
Motor					
<i>Tónico-clónica</i>	2 (100)	-	-	3 (100)	

Se muestran las frecuencias absolutas y los valores relativos (porcentajes). La significancia estadística se evaluó con la prueba Chi cuadrado.

DISCUSIÓN

La epilepsia es un desorden neurológico que afecta aproximadamente a 50 millones de personas en el mundo, y que se presenta en todos los grupos etarios. Estudios recientes reportan tasas de prevalencia de 4 – 8 por cada 1000, y tasas de incidencia de 45 – 49 por cada 1000 habitantes al año en países desarrollados (Kurisu et al., 2023).

Cerca de 80% de las personas con epilepsia viven en países de ingresos bajos y medios. La prevalencia de epilepsia en Latinoamérica y en África es de las más altas reportadas en el mundo. En Suramérica es de 18 por cada 1000 habitantes, en África Subsahariana es de 15 por cada 1000; mientras que en Europa es de 4,5 a 5,0 en niños y de 6 a 7 en adultos por cada 1000 y en Asia es de 6 por cada 1000 habitantes (Kurisu et al., 2023).

El manejo adecuado de los pacientes con epilepsia requiere una clasificación precisa de su enfermedad (ver figura 1). Se ha descrito que el riesgo de muerte prematura en personas con epilepsia es hasta tres veces mayor que para el resto de la población, por lo tanto, es fundamental hacer diagnóstico precoz y dar tratamiento oportuno. En lo que respecta al diagnóstico de esta enfermedad, se tiene que el punto de partida en el marco de clasificación de las epilepsias, es el tipo de crisis epiléptica. En algunos entornos, como en el que se vive actualmente en Venezuela, la clasificación según el tipo de crisis puede significar el nivel máximo posible para el diagnóstico, ya que puede no haber acceso a EEG, estudios imagenológicos o registros de videos (Fisher et al., 2017).

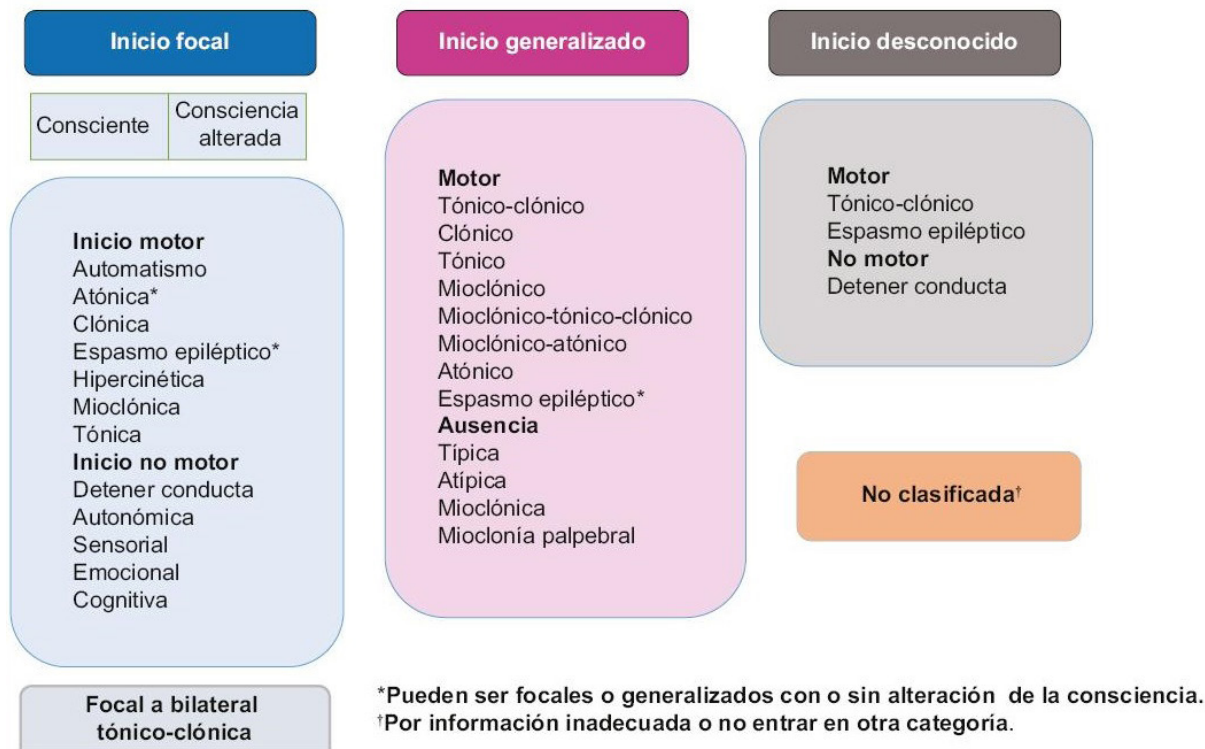


Figura 1. Clasificación operacional básica de los tipos de crisis epilépticas según ILAE 2017.

Fuente: Modificado de Fisher et al. (2017).

Son escasos los estudios realizados sobre epilepsia en Venezuela y en Latinoamérica en general. No se encontraron reportes de prevalencia de esta entidad en el país ni en otros del continente, basados en la última clasificación de la ILAE en 2017; teniendo en consideración que para poder establecer comparaciones fidedignas, se debe realizar bajo los mismos criterios diagnósticos y de clasificación. Dada esta limitante, fue necesario hacer comparaciones con otros países, a pesar de que las características sociodemográficas y las políticas sociales y económicas disten mucho de las de la población venezolana. En este orden de ideas, Velez y Eslava en el año 2006, determinaron la prevalencia general y regional de epilepsia, perfiles clínicos, tipos de convulsiones y síndromes clínicos en Colombia, hallando una prevalencia general de 11,3 por 1.000 habitantes con poca variación entre regiones, exceptuando la región oriental, donde la prevalencia fue de 23 por 1.000 habitantes (Velez y Eslava-Cobos, 2006).

Un estudio de cohorte retrospectivo realizado en Japón con casi 10 millones de participantes, entre 2012

– 2019, determinó tasas de prevalencia e incidencia de esta entidad, reportándose para el 2019 una tasa de prevalencia de 6 por cada 1000 habitantes, siendo ligeramente mayor en hombres que en mujeres (6,1 y 5,8 respectivamente); patrón que también se reflejó en nuestra población. La prevalencia por grupos de edad en países desarrollados es más alta en ancianos debido a su asociación con enfermedad cerebro vascular y enfermedad de Alzheimer; lo que difiere sustancialmente con lo evidenciado en este estudio (Kurisu et al., 2023).

Según un estudio realizado en Sudán, África, en 2021, el principal tipo de epilepsia es la tónico-clónica generalizada, tal como se observó en la presente investigación (Hussien-Mohamed-Ahmed et al., 2022). Lo contrario se evidenció en un estudio efectuado en Polonia en el 2018, donde la epilepsia de tipo focal fue la más frecuente (70,2%), seguida de la generalizada (23,7%) (Bosak et al., 2019).

Como se mencionó anteriormente, la última clasificación propuesta por ILAE fue en el año 2017, y dada la escasez de estudios, se establecieron ciertas comparaciones en relación a clasificaciones anteriores. En un estudio realizado en el estado Mérida, Venezuela, en el año 2008, se evidenció predominio de crisis epilépticas generalizadas, similar a lo observado en nuestra población estudiada; así como una menor prevalencia de crisis focales; hecho este que podría sugerir la existencia de un sustrato genético, ya que este tipo de crisis predomina en los síndromes epilépticos de índole hereditario. Esta misma investigación señala que la epilepsia afectó mayormente a población de las edades más productivas de la vida, observándose un pico importante entre los 15 y 44 años de edad; teniéndose que en nuestro estudio, más de la mitad de los pacientes (67,6 %) se encuentra dentro de dichos grupos etarios (Rondón et al., 2008). En cambio, Vélez y Eslava (2006), en Colombia, reportaron una mayor frecuencia de crisis focales (parciales) (Velez y Eslava-Cobos, 2006). Con respecto a las crisis generalizadas, las motoras tónico-clónicas fueron las más prevalentes, similar a lo encontrado en este estudio.

Banerjee et al. (2009), publicaron una revisión global de los estudios realizados hasta entonces sobre prevalencia e incidencia de la epilepsia (48 y 20 respectivamente), quienes hallaron una mayor prevalencia de crisis generalizadas en los diversos estudios. Asimismo, se evidenció que estas tasas tendieron a ser menores en las regiones desarrolladas (Estados Unidos y Europa) en comparación con las regiones en vías de desarrollo (América Latina y África), encontrándose en Asia la menor frecuencia de epilepsia; epidemiología que se mantiene más de una década después.

Según investigaciones, las convulsiones funcionales se presentan con una prevalencia significativamente mayor en pacientes con problemas sociales y depresión; en este sentido, es llamativo que, en la población estudiada, el grupo social más afectado fue el de estudiantes. Sería interesante profundizar en la asociación que existe entre la salud mental y la epilepsia en este grupo poblacional específicamente (Hussien-Mohamed-Ahmed et al., 2022).

Según datos de la OMS, en países de ingresos bajos y medianos, hay poca disponibilidad de medicamentos anticonvulsivos, hallándose una disponibilidad promedio inferior al 50% en el sector público. Estimaciones

indican que aproximadamente $\frac{3}{4}$ partes de las personas con epilepsia que viven en países de bajos ingresos no reciben el tratamiento debido, lo que se ha denominado “brecha de tratamiento”; en este mismo orden de ideas, este trabajo de investigación puede representar el punto de partida para posteriores estudios que tengan por objetivo determinar y reducir dicha brecha en Venezuela (WHO, 2023).

CONCLUSIONES

De los pacientes que acudieron a la consulta externa de neurología en el Hospital General Dr Luís Razetti de Barinas-Venezuela durante el período de estudio, 213 cumplieron los criterios diagnósticos de epilepsia basados en la definición operacional de la ILAE-2017, con una mayor prevalencia de los hombres sobre las mujeres con dicho diagnóstico.

La fenomenología ictal más frecuente fue la de inicio generalizado, y en ella, las manifestaciones motoras tónico-clónica fueron las prevalentes. El FAE más utilizado para el control de este tipo de crisis fue la carbamazepina, seguido por el ácido valproico.

Con respecto a la fenomenología ictal de inicio focal, las manifestaciones no motoras (autonómicas y sensoriales) fueron las más frecuentes, en casi la totalidad de esos pacientes hubo preservación de la conciencia y menos de la mitad de ellos evolucionó a bilateral tónico-clónica. En cuanto al control de crisis de inicio focal, la carbamazepina fue el tratamiento farmacológico más empleado por los pacientes, seguido por el levetiracetam. Las crisis epilépticas de inicio desconocido fueron las menos diagnosticadas.

No se tomó en cuenta la temporalidad del diagnóstico de epilepsia, lo que impidió determinar la incidencia de la enfermedad en la población objeto de estudio. Tampoco se registraron datos como recurrencia de crisis y adherencia al tratamiento farmacológico, lo que imposibilitó determinar la eficacia del FAE indicado para cada tipo de crisis.

RECOMENDACIONES

Realizar nuevas investigaciones en la entidad, con la totalidad de los pacientes que acudan a consulta neurológica y determinar la incidencia de la enfermedad en un período determinado.

Elaborar estudios posteriores, que permitan, por una parte, evaluar la efectividad del tratamiento y la recurrencia de las crisis, y por la otra, determinar en otras poblaciones de Venezuela la prevalencia y la casuística de tipos de crisis y de epilepsia. Asimismo, es prioritario continuar enfatizando en campañas de concienciación, ya que hoy por hoy, sigue siendo una enfermedad estigmatizante, y las personas con epilepsia y sus familias siguen siendo víctimas de discriminación.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores de esta investigación no tienen ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Abou-Khalil, B. (2019). Update on Antiepileptic Drugs 2019. *Continuum (Minneapolis)*, 25(2), 508-536. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000715>
- Banerjee, P., Filippi, D. & Allen Hauser, W. (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. *Epilepsy Res*, 85(1), 31-45. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2009.03.003>
- Bosak, M., Słowik, A., Kacorzyk, R. & Turaj, W. (2019). Implementation of the new ILAE classification of epilepsies into clinical practice - A cohort study. *Epilepsy Behav*, 96, 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.03.045>
- Fisher, R., Cross, J., French, J., Higurashi, N., Hirsch, E., Jansen, F., Lagae, L., Moshé, S., Peltola, J., Roulet Perez, E., Scheffer, I. & Zuberi, S. (2017). Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4), 522-530. <https://doi.org/10.1111/epi.13670>
- Gesche, J. & Beier, C. (2022). Drug resistance in idiopathic generalized epilepsies: Evidence and concepts. *Epilepsia*, 63(12), 3007-3019. <https://doi.org/10.1111/epi.17410>
- González, A. (2020). Estatus epiléptico. *Protoc diagn ter pediatr*, 1, 119-140.
- Hussien-Mohamed-Ahmed, K., Elnaiem, W., Abdalla, Y., Hamza, S., Ibrahim, M., Abdallah, A., Hajhamed, M., Elfatih, G., Fakhreldeen, A., Hassan, T., Faisal, R., Salih, R., Mahmoud, M., Ahmed, M., Fadlallah, Y., Alhusseini, R., Albasheer, N., Shamsaldeen, L., Mohammed, L., Siddig, A., Alamin Alkhalifamohamed, H., Salih, E., Hussien, A., & Fadelallah Eljack, M. (2022). Prevalence and risk factors of functional seizures among adult Sudanese patients with epilepsy, a cross-sectional clinic-based study. *Ann Med Surg (Lond)*, 82, 104712. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104712>
- Kurisu, A., Sugiyama, A., Akita, T., Takumi, I., Yamamoto, H., Iida, K. & Tanaka, J. (2023). Incidence and prevalence of epilepsy in Japan: a retrospective analysis of insurance claims data of 9,864,278 insured persons. *J Epidemiol., Advpub.* <https://doi.org/10.2188/jea.JE20220316>
- Lizana, J., Marina, L., López, M., Bonachera, M., y Garcia, E. (1996). Epidemiología de la epilepsia en la edad pediátrica: Tipos de crisis epilépticas y síndromes epilépticos. *An Esp Pediatr*, 45, 256-260.
- Martínez, O., Martínez, J., Ernst, G., y Young, P. (2021). Historia de la Epilepsia I. Desde la Antigüedad a la Edad Media. *Revista Fronteras en Medicina*, 16(3), 214-229.
- Noriega-Morales, G. y Shkurovich-Bialik, P. (2020). The situation of epilepsy in Mexico and Latin America. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*, 65(3), 224-232.
- Palacios, E. y Clavijo-Prado, C. (2016). Semiología de la crisis epiléptica: un reto clínico. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25(4), 203-209.
- Rondón, J., Betancourt, X. & Conteras, A. (2008). Real prevalence of epilepsy in a mental health programme in Merida, Venezuela. *Rev Salud Publica (Bogota)*, 10(4), 643-649. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642008000400014>
- Ropper, A., Samuels, M. y Klein, J. (2017). *Principios de Neurología* (10th ed.). Mc Graw Hill.
- Vázquez-Martín, S. (2022). Nomenclatura, semiología y clasificación de crisis, epilepsias y síndromes epilépticos. Exploración física y principales pruebas complementarias. *Protoc diagn ter pediatr*, 1, 369-378.
- Velez, A. & Eslava-Cobos, J. (2006). Epilepsy in Colombia: epidemiologic profile and classification of epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia*, 47(1), 193-201. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2006.00387.x>
- World Health Organization (WHO, 2023). *Epilepsy Fact Sheet*. <https://www.WorlHealthOrganization.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.