



ORIGINAL

Perfil demográfico y social de la epilepsia en una población vulnerable y de bajos recursos económicos en Bogotá, Colombia



C.A. Espinosa Jovel^{a,b,*}, C.M. Pardo^b, C.M. Moreno^b, J. Vergara^b,
D. Hedmont^b y F.E. Sobrino Mejía^{a,b}

^a Universidad de la Sabana, Facultad de Medicina, Posgrado de Neurología, Bogotá, Colombia

^b Hospital Occidente de Kennedy, Centro de excelencia en Epilepsia, Departamento de Neurología, Bogotá, Colombia

Recibido el 22 de julio de 2014; aceptado el 16 de octubre de 2014

Accesible en línea el 15 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Epilepsia;
Bajos recursos económicos;
Vulnerabilidad social

Resumen

Introducción: Existen pocos estudios que demuestren el perfil demográfico y social de la epilepsia en poblaciones vulnerables y de bajos recursos económicos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en donde se registraron prospectivamente los datos de todos los pacientes con diagnóstico de epilepsia que asistieron a la consulta especializada de neurología durante el periodo comprendido entre enero y marzo del 2014. Se analizaron los datos utilizando herramientas de la epidemiología descriptiva.

Resultados: Se valoraron un total de 107 pacientes, de los cuales el 24,2% son analfabetas, y solamente el 10,2% completó estudios de educación superior. El 86,8% de los pacientes viven en un estrato socioeconómico bajo y cerca del 73,8% son solteros. El 76,7% se encuentra desempleados. Los principales factores de riesgo para epilepsia documentados en esta población fueron: retraso en el desarrollo psicomotor (n=24, 22,4%), trauma craneoencefálico (n=16, 14,9%) e infección del sistema nervioso central (n=13, 12,1%). La mayoría de los pacientes (70,1%) son respondedores a los fármacos anticonvulsivos (controlados) y el 15,4% (n=15) son resistentes (refractarios).

Conclusión: El perfil demográfico y clínico de los pacientes incluidos en este estudio es similar a los datos publicados en poblaciones de altos recursos económicos, la diferencia parece fundamentarse en la clasificación etiológica y los factores de riesgo. El perfil social de los pacientes evaluados en este estudio se caracteriza por desempleo, analfabetismo y soltería. Estos datos, en comparación con poblaciones de altos recursos económicos, parecen ser más frecuentes y prevalentes.

© 2014 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: camilo.jovel@hotmail.com (C.A. Espinosa Jovel).

KEYWORDS

Epilepsy;
Low-income
countries;
Social vulnerability

Demographic and social profile of epilepsy in a vulnerable low-income population in Bogotá, Colombia**Abstract**

Introduction: Very few studies describe the demographic and social profile of epilepsy in vulnerable low-income populations.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional study prospectively recording data from all patients diagnosed with epilepsy who attended a specialist neurology consultation between January and March 2014. Data were analysed using descriptive epidemiology tools.

Results: A total of 107 patients were evaluated, of whom 24.2% were illiterate and only 10.2% had completed a higher education programme. Most of the patients (86.8%) had a low socio-economic status; 73.8% were single and 76.7% were unemployed. The main risk factors for epilepsy in this population were recorded as follows: delayed psychomotor development (n = 24, 22.4%), head trauma (n = 16, 14.9%), and central nervous system infection (n = 13, 12.1%). Most patients (70.1%) responded to antiepileptic drugs (controlled cases) and 15.4% (n = 15) had drug-resistant epilepsy (refractory cases).

Conclusion: The demographic and clinical profiles of the patients included in this study resemble those published for high-income populations; differences are mostly limited to aetiological classification and risk factors. The social profile of the patients evaluated in this study shows high rates of unemployment, illiteracy, and single marital status. These findings seem to be more frequent and prevalent in this group than in high income populations.

© 2014 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La epilepsia es una enfermedad crónica, definida por la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) como un trastorno cerebral, caracterizado por una predisposición a presentar crisis epilépticas, generando consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales¹. Estudios recientes han demostrado que la epilepsia es una enfermedad prevalente, con un impacto social y económico alto, siendo más frecuente en países con bajos recursos económicos. La prevalencia aproximada para epilepsia activa (con crisis en los últimos 5 años) en países desarrollados es de 5,8 por cada 1.000, comparado con 15,4 por cada 1.000 para países de bajos recursos económicos². En Colombia, el estudio más reciente demostró que la prevalencia general es de 11,3 por cada 1.000, con pequeñas variaciones regionales, excepto en la región oriental donde la prevalencia es de 23 por cada 1.000³. El Hospital Occidente de Kennedy es una entidad pública de Bogotá, Colombia, en donde la mayoría de la población es de bajos recursos económicos y con un alto grado de vulnerabilidad social. Debido a esto, se decidió realizar este estudio, con el propósito de describir el perfil demográfico y social de estos pacientes e identificar las variables relacionadas en población vulnerable y con bajos niveles económicos.

Materiales y métodos**Objetivo**

Describir las características clínicas, demográficas y sociales más relevantes de los pacientes con diagnóstico de epilepsia que asisten al Servicio de Neurología del Hospital Occidente

de Kennedy, durante el periodo comprendido entre enero y marzo del 2014.

Población estudiada

Pacientes que asistieron al Servicio de Neurología del Hospital Occidente de Kennedy localizado en Bogotá, Colombia, con diagnóstico de epilepsia, durante el periodo comprendido entre enero y marzo del 2014. El Hospital Occidente de Kennedy es un hospital público del distrito capital de Bogotá, que funciona como centro de atención de tercer nivel para las personas de la localidad de Kennedy (Bogotá, Colombia) y sus áreas de influencia, representando una población aproximada de 2.741.000 personas según las estadísticas estatales, siendo la gran mayoría personas de bajo nivel socioeconómico, con la tasa de desempleo (16,3%) más alta de todas las localidades de Bogotá, la cual está por encima de la tasa de desempleo global para Bogotá (13,1%). El 53% de los habitantes de la localidad de Kennedy se encuentran en situación de pobreza y el 13,3% se encuentra en situación de indigencia. El Hospital Occidente de Kennedy es centro de referencia para enfermedades neurológicas y en el año 2013 se valoró a un total de 2.361 pacientes con diagnóstico de epilepsia, incluyendo urgencias y consulta externa, con un promedio diario de 6.4 pacientes al día. Todos los pacientes incluidos en este estudio fueron valorados en la consulta externa de Neurología por un neurólogo clínico adscrito a la institución.

Metodología

Realizamos un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se registraron prospectivamente los datos de todos los pacientes con diagnóstico de epilepsia que

asistieron a la consulta especializada de Neurología durante el periodo comprendido entre enero y marzo del 2014. La definición de epilepsia utilizada en este estudio se fundamentó en el reporte de la ILAE en el año 2010, en donde se describe como un desorden cerebral, caracterizado por una predisposición a presentar crisis epilépticas, generando consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales¹. El diagnóstico de la epilepsia y la clasificación de la misma la realizamos mediante la revisión de la historia clínica, la entrevista médica, el electroencefalograma, la videotelemedicina (cuando se requería), la resonancia cerebral y la valoración neuropsicológica (cuando se requería). Durante la consulta, el neurólogo tratante completaba el formato de recolección de datos, el cual incluía variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, tipo de régimen en salud, estrato social, actividad laboral vigente y necesidad de cuidador) y variables clínicas (antecedente familiar de epilepsia, factores de riesgo para epilepsia, edad de diagnóstico, tipo de crisis, probable etiología de la epilepsia, manejo anticonvulsivante y factores desencadenantes).

Los factores de riesgo para epilepsia se definieron como: condiciones clínicas que generan una predisposición permanente a presentar crisis epilépticas y que aumentan la probabilidad de tener epilepsia. Los factores de riesgo evaluados fueron: antecedente de enfermedad perinatal, retraso en el desarrollo psicomotor, trauma craneoencefálico, infección del sistema nervioso central, neoplasia del sistema nervioso central, enfermedad cerebrovascular, crisis febriles en la infancia y síndromes neurocutáneos. La probable etiología de la epilepsia se fundamentó en la clasificación propuesta por la ILAE en el año 2010¹, en la cual se menciona que la epilepsia puede ser de 3 tipos: estructural/metabólica (traumatismo, infección, enfermedad cerebrovascular, entre otros), genética, haciendo referencia a desórdenes con un probable defecto genético en el que las crisis epilépticas son el síntoma principal, y de causa no conocida, haciendo referencia a una etiología neutral en la que hasta el momento de la valoración no se ha podido determinar la causa.

Se incluyó a todos los pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de epilepsia y se excluyó a aquellos pacientes que no desearan participar en el estudio, que tuvieran algún déficit cognitivo que limitara la calidad de la información, que no estuvieran en compañía de algún familiar que confirmara los datos suministrados y que hubieran sido llevados a cirugía de epilepsia. La exclusión de los pacientes sometidos a cirugía de epilepsia se realizó debido a que en nuestro centro estos pacientes son valorados en una consulta especializada de epilepsia y por limitaciones administrativas no pueden ser vistos en la consulta de Neurología clínica general, sino que deben ser remitidos inmediatamente para ser valorados por el grupo de cirugía de epilepsia. La adherencia terapéutica se valoró mediante la revisión de la historia clínica y la entrevista médica; esta información fue corroborada por el familiar y/o acompañante del paciente. Se analizaron los datos utilizando herramientas de la epidemiología descriptiva: para las variables cuantitativas se calcularon medidas de frecuencia central y de dispersión, y para las variables categóricas se estimaron las frecuencias absolutas y relativas.

Resultados

Datos demográficos

Durante el periodo comprendido entre enero y marzo del 2014, se valoró a un total de 305 pacientes con diagnóstico de epilepsia en consulta externa de Neurología. Sin embargo, se excluyó a un total de 198 pacientes, por lo cual se analizó un total de 107 pacientes. De estos, 64 fueron hombres ($n=64$, 59,8%) y 43 fueron mujeres ($n=43$, 40,1%), con una edad promedio \pm desviación estándar de $42,7 \pm 16,7$ años y con un rango de edad entre 16 y 82 años.

Datos clínicos

De los 107 pacientes incluidos en este estudio, 80 ($n=80$, 74,7%) no tenían *antecedente familiar de epilepsia* y solamente 17 ($n=17$, 15,8%) mencionaron un antecedente familiar de epilepsia en primer o segundo grado. Los 10 pacientes restantes no tenían conocimiento de ese antecedente. Los principales *factores de riesgo para epilepsia* documentados en esta población fueron: Retraso en el desarrollo psicomotor ($n=24$, 22,4%), trauma craneoencefálico ($n=16$, 14,9%), infección del sistema nervioso central ($n=13$, 12,1%) y enfermedad perinatal ($n=11$, 10,2%) (véase la [tabla 1](#)). La *edad de diagnóstico de la epilepsia* es en promedio a los $21,7 \pm 20,8$ años, con un rango que oscila entre el primer año de vida y los 82 años. Los *tipos de crisis* se clasificaron utilizando la clasificación de crisis epilépticas de la ILAE (ILAE 2010) y se describió únicamente el tipo de crisis más frecuente: focal que progresa a una crisis convulsiva bilateral (secundariamente generalizada) en un 34,5% ($n=37$), seguido de crisis focales con alteración de la conciencia (focales complejas) en un 22,4% ($n=24$), seguido de crisis generalizadas tónico-clónicas en un 20,5% ($n=22$), seguido de crisis focales sin alteración de la conciencia (focales simples) en un 13% ($n=14$). En 10 pacientes no fue posible realizar la clasificación de las crisis epilépticas (véase la [tabla 1](#)).

La *probable etiología de la epilepsia* utilizando la clasificación propuesta por la ILAE 2010 fue: estructural y/o metabólica en un 47,6% ($n=51$), seguido de la etiología de causa no conocida en un 45,7% ($n=49$). La etiología genética representó un 6,5% ($n=7$) (véase la [tabla 1](#)).

En cuanto al *manejo anticonvulsivante actual*, cerca del 57,9% de los pacientes ($n=62$) se encontraban con politerapia al momento de la valoración (2 o más fármacos anticonvulsivos al momento de la valoración). De estos 62 pacientes, 46 ($n=46$, 67,7%) llevaban más de 24 meses en politerapia y 7 pacientes ($n=7$, 11,2%) llevaban entre 12 y 24 meses en politerapia. Los fármacos anticonvulsivos utilizados con mayor frecuencia son: carbamacepina, ácido valproico, lamotrigina, fenitoina, clonazepam, levetiracetam, lacosamida y vigabatrina.

La *farmacorresistencia en epilepsia* es una situación clínica definida por la ILAE como: la persistencia de crisis epilépticas después de haber utilizado 2 o más fármacos anticonvulsivos en mono o politerapia, adecuadamente tolerados y correctamente indicados, el paciente debe estar libre de crisis por más de 3 veces el periodo máximo libre de crisis o 12 meses, cualquiera de los 2 que sea más largo. De

Tabla 1 Características clínicas

| | Características clínicas mas relevantes | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------------------|
| | Estructural y/o metabólica n/porcentaje | Genética n/porcentaje | De causa desconocida n/porcentaje |
| Etiología de la epilepsia | 51 (47.6) | 7 (6.5) | 49 (45.7) |
| Factores de riesgo para epilepsia | Numero | Porcentaje | |
| Retraso en el desarrollo psicomotor | 24 | 22.4 | |
| Trauma craneoencefálico | 16 | 14.9 | |
| Infección del sistema nervioso central | 13 | 12.1 | |
| Enfermedad perinatal | 11 | 10.2 | |
| Tipo de crisis epiléptica (ILAE 2010) | Numero | Porcentaje | |
| Focal que progresa a una crisis convulsiva bilateral | 37 | 34.5 | |
| Focal con alteración de la conciencia | 24 | 22.4 | |
| Generalizada tónico-clónica | 22 | 20.5 | |
| Focal sin alteración de la conciencia | 14 | 13 | |
| Clasificación según respuesta a fármacos antiepilépticos | Numero | Porcentaje | |
| Respondedor (Controlado) | 68 | 70.1 | |
| Resistentes (Refractarios) | 15 | 15.4 | |
| Indefinido | 14 | 14.4 | |

esta forma, se pueden clasificar a los pacientes con epilepsia en 3 grandes grupos: respondedores a fármacos anticonvulsivos, resistentes a fármacos anticonvulsivos y pacientes indefinidos al momento de la valoración, pero que posteriormente se podrán clasificar como respondedores o como resistentes. Sobre la de base esta definición, en nuestra población encontramos que, de los 107 pacientes iniciales, 10 pacientes no pudieron ser clasificados, y de los 97 pacientes restantes, el 70,1% (n = 68) de ellos eran respondedores a los fármacos anticonvulsivos (controlados), el 15,4% (n = 15) eran resistentes a los fármacos anticonvulsivos (refractarios) y el 14,4% (n = 14) eran catalogados como «indefinidos» en el momento de la valoración véase la [tabla 1](#)).

La gran mayoría de los pacientes incluidos en este estudio presentaron una buena adherencia al tratamiento médico y se documentaron pocos *factores desencadenantes de crisis epilépticas*. Nueve pacientes referían un consumo irregular de los fármacos anticonvulsivos (n = 9, 8,4%), 5 pacientes referían empeoramiento de las crisis durante la menstruación (n = 5, 4,6%) y 4 pacientes referían empeoramiento de las crisis debido a consumo frecuente de alcohol (n = 4, 3,7%). De los 9 pacientes que referían un consumo irregular de fármacos anticonvulsivos, 5 (n = 5, 55,5%) referían que la suspensión del medicamento era debido a problemas administrativos con la entrega del mismo.

Datos sociales

En cuanto a la *escolaridad*, 26 pacientes (n = 26, 24,2%) son analfabetas, definiendo analfabetismo como la incapacidad de leer y escribir debido a la falta de aprendizaje. En Colombia, el sistema educativo escolar está dividido en una formación básica primaria (la cual va desde el grado primero hasta el grado quinto) y una formación básica secundaria (la cual va desde el grado sexto

hasta el grado 11). Después de completar la formación escolar, continúa la educación superior que incluye las carreras técnicas y las carreras universitarias. Sobre la base de esta división del sistema educativo: 24 pacientes (n = 24, 22,4%) tenían la básica secundaria completa, 17 pacientes (n = 17, 15,8%) tenían una básica primaria incompleta, y solamente 11 pacientes (n = 11, 10,2%) habían completado estudios de educación superior que incluían una carrera técnica y/o universitaria ([véase la tabla 2](#)).

En relación con la *estratificación socioeconómica*, en Colombia, dicha estratificación es la clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. Los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas y/o los predios van del 1 al 6, siendo el 1 un estrato bajo-bajo y 6, un estrato alto. Teniendo en cuenta esto, de los 107 pacientes valorados, 71 (n = 71, 66,3%) se

Tabla 2 Características sociales

| | Características Sociales mas relevantes | |
|-------------------------------------|---|------------|
| | Numero | Porcentaje |
| Escolaridad(En orden de frecuencia) | | |
| Analfabetas | 26 | 24.2 |
| Básica secundaria completa | 24 | 22.4 |
| Básica primaria incompleta | 17 | 15.8 |
| Universidad/Carrera técnica | 11 | 10.2 |
| Actividad laboral | Numero | Porcentaje |
| Vigente | 31 | 28.9 |
| Desempleado | 76 | 71 |
| Estado civil | Numero | Porcentaje |
| Soltero | 79 | 73.8 |
| Casado | 13 | 12.1 |
| Separado | 8 | 7.4 |
| Unión libre | 7 | 6.5 |

encuentran en un estrato socioeconómico n.º 2; 22 pacientes (n=22, 20,5%) se encuentran en un estrato socioeconómico n.º 1; 12 pacientes (n=12, 11,2%) se encuentran en un estrato socioeconómico n.º 3, y solamente 2 pacientes (n=2, 1,86%) se encuentran en un estrato socioeconómico n.º 5.

En cuanto al *estado civil*, 79 pacientes (n=79, 73,8%) son solteros, 13 pacientes (n=13, 12,1%) son casados y 8 pacientes (n=8, 7,4%) son divorciados (véase la tabla 2).

En relación con la *actividad laboral* en el momento de la valoración, 76 pacientes (n=76, 71%) se encontraban desempleados y solamente 31 pacientes (n=31, 28,9%) se encontraban con actividad laboral vigente. De los 76 pacientes desempleados, 34 pacientes (n=34, 44,7%) referían que el desempleo era secundario a la enfermedad; los restantes 42 pacientes no asociaron el desempleo con la enfermedad de base (epilepsia) (véase la tabla 2). Cerca del 34,5% de los pacientes (n=37) incluidos en este estudio requieren un *cuidador continuo* y de estos 37 pacientes, solamente 3 (n=3, 8,1%) mencionaron que ese cuidador era remunerado económicamente.

Discusión

Existen múltiples factores sociales, laborales, demográficos y clínicos que influyen en la presentación de la epilepsia. El sexo y la raza son factores demográficos que parecen ser influyentes en la presentación de la epilepsia en poblaciones con bajos ingresos económicos. Esto ha quedado demostrado en el estudio realizado por Kaiboriboon et al., quienes documentaron que la epilepsia en personas con bajos recursos económicos es más frecuente en hombres adultos, de raza negra, y con condiciones comorbidas y/o discapacitantes preexistentes⁴. Estos datos están en concordancia con los encontrados en nuestro estudio, en donde se documentó que el 59,8% de los pacientes valorados fueron hombres, con un promedio de edad de 42,7 años. Sin embargo, dados el tamaño de la muestra, la estrategia de muestreo y la metodología propia del estudio, no se puede concluir que la epilepsia en nuestra población es más frecuente en hombres adultos, por lo cual se deben realizar estudios analíticos poblacionales que permitan confirmar esta hipótesis.

La explicación a esta predisposición de los hombres a tener con mayor frecuencia la enfermedad, es muy variable; sin embargo, se puede plantear que la respuesta está fundamentada en los factores de riesgo para epilepsia, específicamente en el traumatismo craneoencefálico y el ataque cerebrovascular, los cuales son frecuentes y discapacitantes en este tipo de población vulnerable y de bajos recursos económicos, y en Colombia, se ha documentado que estas 2 enfermedades son más frecuentes en los hombres que en las mujeres⁵.

La escolaridad es una de las variables más importantes en el perfil social de los pacientes con epilepsia y en nuestro estudio documentamos que la mayoría de los pacientes tienen un bajo nivel educativo; sin embargo, este hallazgo no es exclusivo de poblaciones con bajos recursos económicos. El grupo REST-1 demostró que en algunos países de Europa (Italia, Alemania, España, Holanda, Inglaterra, Portugal y Rusia) los pacientes con epilepsia estudian menos que la población

general, presentando un perfil social caracterizado por: bajo nivel educativo, desempleo y soltería⁶. El grupo REST-1 también documentó que solamente el 13% de los pacientes con epilepsia en los países mencionados habían alcanzado estudios de educación superior (universitarios), un valor muy cercano al encontrado en nuestra población (10,2%). La diferencia en el perfil de educación se fundamenta en el porcentaje de analfabetismo; en nuestro estudio documentamos que el 24,2% de los pacientes evaluados son analfabetas, un valor muy superior al documentado en poblaciones europeas, en donde el porcentaje es solo del 2%⁶.

Aunque el tamaño de la muestra y la metodología utilizada en nuestro estudio no refleja el perfil educativo de todos los pacientes con epilepsia de nuestra población, si nos permite plantear la hipótesis de que el analfabetismo en esta población vulnerable y de bajos recursos económicos es mayor que en poblaciones de altos recursos económicos. El bajo nivel educativo no solamente hace parte del perfil social de los pacientes con epilepsia, sino que también influye en la presentación clínica y podría aumentar el riesgo de tener pobre control de crisis y de requerir medicamentos en politerapia⁷.

El desempleo hace parte del perfil social de los pacientes con epilepsia y en nuestro estudio documentamos un porcentaje cercano al 76,7%, lo cual representa una cifra alta en comparación con poblaciones de altos ingresos económicos. Un estudio holandés que incluía a 1.009 pacientes demostró que el porcentaje de desempleo en pacientes con epilepsia era cercano al 49%⁸. Otro estudio realizado en Inglaterra demostró un porcentaje de desempleo cercano al 46%⁹. El desempleo no solamente hace parte del perfil social de los pacientes con epilepsia, sino que también está asociado con algunas variables clínicas de interés; esto ha quedado demostrado en el estudio realizado por Marinas et al.¹⁰, en donde se documentó que los principales factores asociados al desempleo son: epilepsia refractaria, crisis epilépticas en los últimos 12 meses, nivel educativo y politerapia. Se deben realizar estudios analíticos en poblaciones de bajos recursos económicos, que permitan determinar si el porcentaje de desempleo en pacientes con epilepsia es mayor que en la población general.

La mayoría de los pacientes en nuestra población son solteros (73,8%) y solamente un 12,1% están casados; estos datos están en concordancia con los publicados por Stavem et al., quienes documentaron que, en comparación con la población general, los pacientes con epilepsia tienen menor probabilidad de estar casados, trabajando y estudiando¹¹. En comparación con poblaciones de altos recursos económicos, el porcentaje de pacientes solteros es mayor en nuestra población (56% grupo REST-1 vs. 73,8%)⁶. El estudio realizado por el grupo REST-1 también demostró que solamente el 2% de los pacientes con epilepsia están divorciados⁵, mientras que en nuestro estudio encontramos un porcentaje cercano al 7,4%.

Sobre la base de los datos mencionados previamente, podemos plantear la hipótesis de que el porcentaje de desempleo, analfabetismo y soltería es mucho mayor en poblaciones de bajos recursos económicos, empeorando de esta forma el perfil de vulnerabilidad social y laboral. Sin embargo, estos datos deben ser confirmados con estudios que metodológicamente permitan corroborar este concepto.

El perfil clínico de los pacientes con epilepsia documentado en nuestro estudio es similar al observado en poblaciones de altos recursos económicos. Con respecto al tipo de crisis epilépticas, la mayoría de nuestros pacientes presentan crisis de inicio focal en un 77,2%, mientras que las crisis de inicio generalizado representan un 22,6%. La epidemiología de los tipos de crisis epilépticas es muy variable y depende de múltiples condiciones como una historia clínica verídica, los métodos diagnósticos utilizados, la edad del paciente y las probables etiologías de la epilepsia, es por esto que no existe un patrón clínico específico que nos permita determinar cuáles son las crisis epilépticas más frecuentes¹². Sin embargo, al comparar nuestros datos con algunos estudios realizados en poblaciones de altos recursos económicos, no se encuentran mayores diferencias: Forsgren demostró en población sueca la presencia de crisis de inicio focal en un 60% y crisis de inicio generalizado en un 32%¹³, Luengo et al. demostraron en población española, la presencia de crisis de inicio focal en un 63% y crisis de inicio generalizado en un 37%¹⁴. Algunos estudios en Latinoamérica, en países como Chile, han demostrado porcentajes similares, con crisis de inicio focal en un 55% y crisis de inicio generalizado en un 40%¹⁵.

En cuanto a la etiología de la epilepsia, utilizando la clasificación propuesta por la ILAE en el año 2010, documentamos que la mayoría de nuestros pacientes tienen una causa estructural o metabólica en un 47,6%, seguido de la etiología de causa no conocida en un 45,7%, mientras que la etiología genética representa solamente un 6,5%. En comparación con algunos estudios realizados en poblaciones de altos recursos económicos, este perfil etiológico tiene algunas similitudes. Torres-Ferrús et al. demostraron, en una población de Barcelona-España, que la mayoría de los pacientes tenían epilepsias sintomáticas en un 57,2%, seguidas de las epilepsias criptogénicas en un 19,2%¹⁶. El alto porcentaje de pacientes con epilepsia de causa no conocida se fundamenta en las limitaciones diagnósticas que no permiten establecer de forma adecuada una causa estructural o una causa genética¹⁷. Este perfil clínico es similar en otras poblaciones de bajos recursos económicos y en países africanos, como Etiopía, el porcentaje de pacientes con epilepsia de causa no conocida puede ser hasta del 86%¹⁸. En el perfil clínico de los pacientes con epilepsia valorados en este estudio es importante resaltar que la mayoría no tenían antecedentes familiares de epilepsia y los principales factores de riesgo documentados fueron: retraso en el desarrollo psicomotor, trauma craneoencefálico e infección del sistema nervioso central, apoyando la hipótesis de que la etiología estructural o sintomática podría ser más frecuente que la genética o idiópática.

El patrón de respuesta clínica a fármacos antiepilépticos de nuestra población es similar al documentado en poblaciones de altos recursos económicos. Sobre la base de la clasificación de respuesta a fármacos anticonvulsivos propuesta por la ILAE en el 2010, en nuestro estudio documentamos que el 70,1% de los pacientes estaban controlados, el 15,4% eran clasificados como resistentes a los fármacos anticonvulsivos y el 14,4% eran clasificados como «indefinidos». Estos datos son similares a los publicados por Brodie et al., en una población de Glasgow, Escocia¹⁹, en donde se documentó que cerca del 59% de los pacientes van

a permanecer sin crisis epilépticas, considerándose como controlados, un 25% van a ser resistentes a los fármacos anticonvulsivos y el 16% restante va a fluctuar entre periodos de libertad de crisis mayores de un año y recaídas¹⁹.

Limitaciones metodológicas

Este estudio tiene las limitaciones propias de los estudios descriptivos. Se trata de un estudio basado en un registro sanitario y no en un registro poblacional, por lo cual el tamaño de muestra y la estrategia de muestreo, que se fundamentaron en un muestreo consecutivo, no permiten extrapolar estos datos a toda la población. Tampoco se realizó un cálculo de muestra que permitiera realizar una aproximación estadísticamente significativa a la población estudiada (localidad de Kennedy en Bogotá, Colombia). Es por esto que este estudio no permite estimar el valor real de las variables medidas en dicha población. Existe un sesgo de selección debido a que se excluyó a 198 pacientes de los 305 evaluados inicialmente; esta exclusión se dividió así: 85 pacientes (42,9%) no desearon participar ni completar el formato de recolección de datos, 56 pacientes (28,2%) asistieron a la consulta sin un familiar o una persona que corroborara los datos suministrados por el paciente, 41 pacientes (20,7%) fueron excluidos por presentar un déficit cognitivo significativo que limitaba la calidad de la información, 16 pacientes (8,1%) fueron excluidos por tener el antecedente de haber sido llevados a cirugía de epilepsia.

Conclusión

El perfil demográfico y clínico de los pacientes incluidos en este estudio es similar a los datos publicados en poblaciones de altos recursos económicos; la diferencia parece fundamentarse en la clasificación etiológica y los factores de riesgo. El perfil social de los pacientes incluidos en este estudio se caracteriza por desempleo, analfabetismo y soltería. Estos datos, en comparación con poblaciones de altos recursos económicos, parecen ser más frecuentes y prevalentes. Se deben realizar estudios analíticos poblacionales que confirmen estas observaciones en pacientes con epilepsia de bajos ingresos económicos, con el objetivo de promover estrategias de atención integral acordes con el perfil clínico y demográfico de esta población.

Financiación

La fuente de financiación de este estudio es propia y personal de los autores.

Conflicto de intereses

No existe.

Agradecimientos

A los integrantes del Servicio de Neurología y el Programa de Posgrado de Neurología de la Universidad de la Sabana; Dr. Roberto Baquero, Dr. Erik Sánchez, Dr. Javier Vicini, Dr. Gustavo Barrios, Dra. María Claudia Angulo, Dr. Andrés Betancourt, Dra. Marta Ramos, Dra. Alejandra Guerrero, Dra. Luisa Echavarría, Dra. Adriana Casallas, Dr. Jorge Ruiz. A la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana; Dr. Camilo Osorio, Dr. Fernando Ríos, Dra. María José Maldonado. A los pacientes que asisten al Servicio de Neurología del Hospital Occidente de Kennedy. A las directivas del Hospital Occidente de Kennedy, Dr. Juan Ernesto Oviedo, Dr. Wilson Darío Bustos. Al personal de enfermería y médicos en formación del Hospital Occidente de Kennedy.

Bibliografía

1. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, Buchhalter J, Cross JH, van Emde Boas W, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia*. 2010;51:676-85.
2. Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I, Sander JW, Newton CR. Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. *Epilepsia*. 2010;51:883-90.
3. Velez A, Eslava-Cobos J. Epilepsy in Colombia: epidemiologic profile and classification of epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia*. 2006;47:193-201.
4. Kaiboriboon K, Bakaki PM, Lhatoo SD, Koroukian S. Incidence and prevalence of treated epilepsy among poor health and low-income Americans. *Neurology*. 2013;80:1942-9.
5. Pradilla A, Gustavo, Vesga A, Boris E, León-Sarmiento, Fidas E, et al. National neuroepidemiological study in Colombia (EPI-NEURO). *Pan am. j. public health*. 2003;14:104-11, ago.
6. The RESt-1, Group. Social aspects of epilepsy in the adult in seven European countries. *Epilepsia*. 2000;41:998-1004.
7. Callaghan N, Crowley M, Goggin T. Epilepsy and employment, marital, education and social status. *Ir Med J*. 1992;85:17-9.
8. de Boer HM. Overview and perspectives of employment in people with epilepsy. *Epilepsia*. 2005;46(Suppl 1):52-4.
9. Elwes RD, Marshall J, Beattie A, Newman PK. Epilepsy and employment. A community based survey in an area of high unemployment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1991;54:200-3.
10. Marinas A, Elices E, Gil-Nagel A, Salas-Puig J, Sánchez JC, Carreño M, et al. Socio-occupational and employment profile of patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2011;21:223-7.
11. Stavem K, Loge JH, Kaasa S. Health status of people with epilepsy compared with a general reference population. *Epilepsia*. 2000;41:85-90.
12. Banerjee PN, Filippi D, Allen Hauser W. The descriptive epidemiology of epilepsy-a review. *Epilepsy Res*. 2009;85:31-45.
13. Forsgren L. Prevalence of epilepsy in adults in northern Sweden. *Epilepsia*. 1992;33:450-8.
14. Luengo A, Parra J, Colás J, Ramos F, Carreras T, Fernández-Pozos MJ, et al. Prevalence of epilepsy in northeast Madrid. *J Neurol*. 2001;248:762-7.
15. Lavados J, Germain L, Morales A, Campero M, Lavados P. A descriptive study of epilepsy in the district of El Salvador. Chile, 1984-1988. *Acta Neurol Scand*. 1992;85:249-56.
16. Torres-Ferrús M, Toledo M, González-Cuevas M, Seró-Ballesteros L, Santamarina E, Raspall-Chaure M, et al. Aetiology and treatment of epilepsy in a series of 1. 557 patients, *Rev Neurol*. 2013;57:306-12.
17. Newton CR, Garcia HH. Epilepsy in poor regions of the world. *Lancet*. 2012;380:1193-201.
18. Tekle-Haimanot R, Forsgren L, Ekstedt J. Incidence of epilepsy in rural central Ethiopia. *Epilepsia*. 1997;38:541-6.
19. Brodie MJ, Barry SJ, Bamagous GA, Norrie JD, Kwan P. Patterns of treatment response in newly diagnosed epilepsy. *Neurology*. 2012;78:1548-54.