

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## FACULTAD DE ENFERMERÍA



INFLUENCIA DE LOS CONTROLES PERIÓDICOS EN LA CALIDAD  
DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE  
SALUD MENTAL MOISES HERESI AREQUIPA-2014.

**TESIS PRESENTADO POR LA BACHILLER  
DE ENFERMERÍA:**

IORELLA CARMEN PAUCAR CUTIPA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL  
DE:**

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AREQUIPA-PERU

2014

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ASUNTO: (Decreto N° 045 –DFENF – 2014, Expediente N° 14014327)**

### DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

**A** : **Magister Ruth Romero de Rodríguez**

**Decana de la Facultad de Enfermería**

**DE** : **Jurado Dictaminador**

**ASUNTO:** **Dictamen de Borrador de Tesis Titulado:**

**“INFLUENCIA DE LOS CONTROLES PERIÓDICOS EN LA CALIDAD DE**

**VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD**

**MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014”**

**FECHA** : 25 de abril, 2014

---

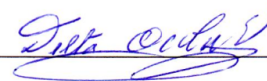
Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador, y revisado el borrador de tesis presentado por la señorita: **IORELLA CARMEN, PAUCAR CUTIPA**; luego de haberse levantado las observaciones hechas por el jurado, el mismo da pase a la fase de sustentación.



**Dra. Teresa Chocano Rosas**



**Dra. Susana Díaz de Bellido**



**Dra. Delta Ocola Villanueva**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ASUNTO: (Decreto N° 045 –DFENF – 2014, Expediente N° 14014327)

### DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Magister Ruth Romero de Rodríguez  
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador

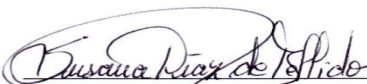
ASUNTO: Dictamen de Borrador de Tesis Titulado:  
"INFLUENCIA DE LOS CONTROLES PERIÓDICOS EN LA CALIDAD DE  
VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD  
MENTAL MOISES HERESI. AREQUIPA 2014"

FECHA : 04 de abril, 2014

Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador, y revisado el borrador de tesis presentado por la señorita: **IORELLA CARMEN, PAUCAR CUTIPA**; se exponen las observaciones que deben ser levantadas antes de aprobar el presente documento.

1. **Resumen:** Incluir metodología y la redacción debe ser literaria y sin cortes.
2. **Introducción:** Considerar la importancia de los controles en la patología.
3. **Objetivos:** Reformular el primer objetivo de acuerdo a la interrogante.
4. **Marco Teórico:** El proceso de Enfermería debe enfatizar la intervención; considerar cuales son los aspectos específicos de los controles periódicos. Considerar las notas a pie de página de la bibliografía consultada, con la debida numeración.
5. **Instrumentos:** Anotar el nombre y la especialidad del autor en el instrumento de Calidad de Vida, así como la ponderación. En el instrumento de la variable Controles Periódicos, debe figurar entre paréntesis, que se obtuvieron de la historia clínica las preguntas 6, 7, 9, 11. pues son de difícil respuesta de parte del paciente epiléptico.
6. **Cronograma:** Retirarlo.
7. **Resultados:** El cuadro 9 donde se da cuenta de la influencia, debe ir al final. Mejorar redacción de los títulos y completar el formato de los cuadros.
8. **Conclusiones:** Responder a los objetivos.
9. **Recomendaciones:** Unir la primera con la segunda recomendación; redactarlas de acuerdo a los resultados.
10. **Consentimiento Informado:** Adicionarlo.
11. **Anexos:** Retirar fotografías.

  
Dra. Teresa Chocano Rosas

  
Dra. Susana Díaz de Bellido

  
Dra. Delta Ocola Villanueva

## INFORME DE ASESORIA DE TESIS

**A** : **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**  
Decana de la Facultad de Enfermería

**DE** : **Lic. Yeny Valdivia de Ibarra**  
Asesora del estudio de Investigación

**ASUNTO** : **Asesoría de Tesis Titulada:**  
INFLUENCIA DE LOS CONTROLES PERIÓDICOS EN LA  
CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL  
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI AREQUIPA-  
2014

**AUTORA** : FIORELLA CARMEN PAUCAR CUTIPA

**FECHA** : Arequipa, 19 de Marzo del 2014

---

**Antecedentes:** La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de Enero a Marzo del 2014, tiempo en el que se revisó el Enunciado, los Objetivos, Variables, Justificación, Hipótesis, Marco Teórico y el Contenido Operacional; revisión que demandó la reestructuración tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se ha considerado tablas y gráficos estadísticos.

**Apreciación Personal:**

- La señorita Bachiller, ha demostrado durante el tiempo de la asesoría responsabilidad e interés.
- Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería.

Atentamente,



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra

### DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

**A :** Mgter. Ruth Romero de Rodríguez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la UCSM

**De :** Jurado Dictaminador

**Asunto:** Dictamen de Proyecto de Tesis: "INFLUENCIA DE LOS CONTROLES PERIÓDICOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2014"

Autora : FIORELLA CARMEN PAUCAR CUTIPA

**Fecha :** 30 de Diciembre del 2013

---

Habiendo subsanado las observaciones hechas por el jurado dictaminador, el proyecto queda en condiciones de ser ejecutado de acuerdo al reglamento de grados y títulos de la facultad de enfermería de la UCSM.

Atentamente,



---

Dra . Teresa Chocano Rosas  
Miembro del jurado Dictaminador



---

Dra. Delta Ocoña de Martínez  
Miembro del jurado Dictaminador

### DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la UCSM  
De : Jurado Dictaminador  
Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis: "INFLUENCIA DE LOS  
CONTROLES PERIÓDICOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS  
PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL  
MOISÉS HERESI AREQUIPA 2014"  
Autora : FIORELLA CARMEN PAUCAR CUTIPA

Fecha : 13 de Diciembre del 2013

---

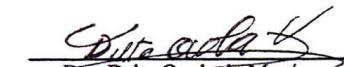
Reuniones los miembros del jurado dictaminador para la revisión del Proyecto de Tesis hacen llegar las siguientes observaciones:

1. Considerar introducción.
2. Planteamiento Teórico
  - Operacionalización de variables: Se sugiere incluir en la variable controles periódicos datos sociodemográficos, tipo de crisis, especificar tratamiento anticonvulsivante y otros esquemas.
  - En Tipo y nivel: Descriptivo, explicativo, relacional.
  - Justificación: Notas al pie de página.
  - Tener en cuenta algunos cambios de terminología que se sugieren en el ejemplar.
  - Hipótesis: En la deducción mejorar la redacción.
3. Planteamiento Operacional
  - Con respecto al instrumento considerar el autor y describir la escala Q-10 a utilizar.
  - Unidades de Estudio: precisar
  - Estrategias de Recolección de datos: Explicar cada una.
  - Actualizar cronograma.

Una vez realizadas las observaciones, presentar a los miembros del jurado dictaminador para su revisión y aprobación respectiva; de acuerdo al reglamento de grados y títulos de la Facultad de Enfermería de la UCSM.

Atentamente

  
Dra. Teresa Chocano Rosas  
Miembro del Jurado Dictaminador

  
Dra. Delta Ocola de Martinez  
Miembro del Jurado Dictaminador

## PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.

S.D.

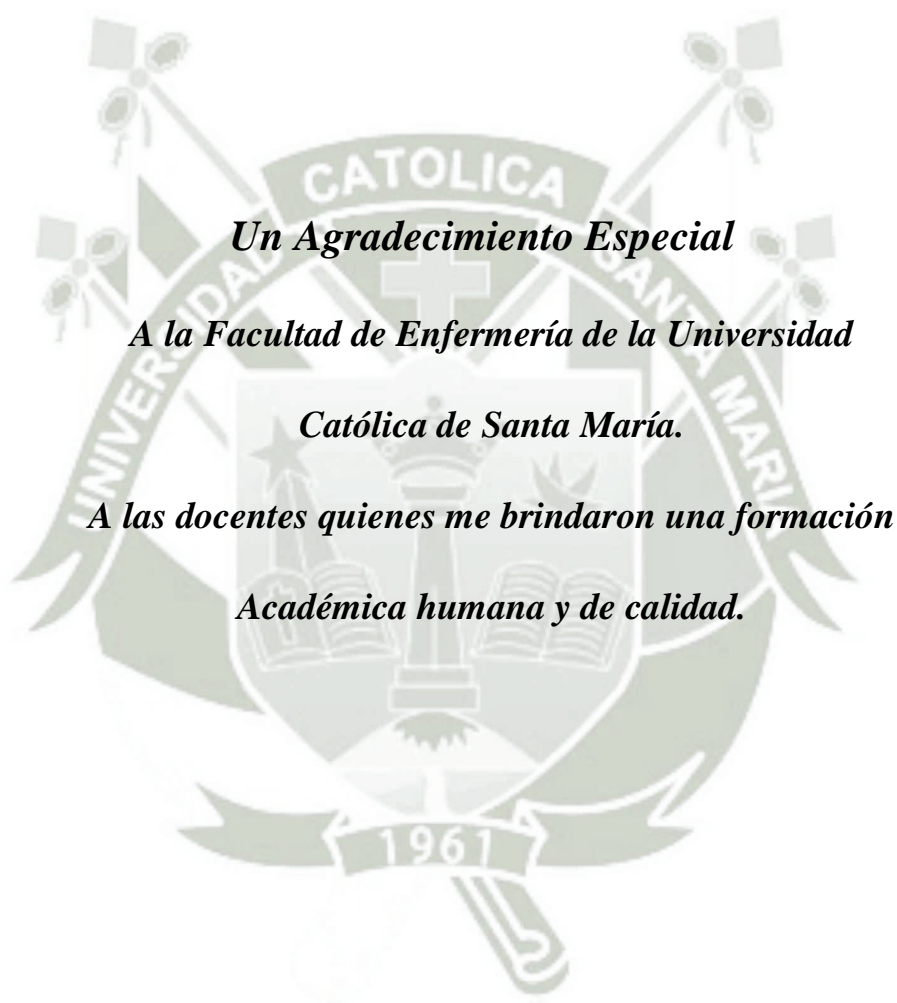
De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. Tan acertadamente dirige, presento a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **INFLUENCIA DE LOS CONTROLES PERIÓDICOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI AREQUIPA 2014**, requisito necesario para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería.

Se espera que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Abril del 2014

---

**IORELLA CARMEN PAUCAR  
CUTIPA**



***Un Agradecimiento Especial***

***A la Facultad de Enfermería de la Universidad***

***Católica de Santa María.***

***A las docentes quienes me brindaron una formación***

***Académica humana y de calidad.***

*Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.*

*A mis queridos padres:*

***VALENTÍN Y JACKELINE**, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.*

*A mi hermana:*

***VALERIA**, por ser mi compañía en todo momento y por ser parte importante de mi vida.*

## INDICE

<b>INDICE DE ILUSTRACIONES</b>	<b>I</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>II</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>III</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>IV</b>

### CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO TEÓRICO

<b>1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>5</b>
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	5
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
3.1 DEFINICIÓN	9
3.2 FOCO EPILEPTÓGENO	10
3.3 ETIOLOGÍA	10
3.4 EPIDEMIOLOGIA	12
3.5 FISIOPATOLOGIA DE LA EPILEPSIA	14
3.6 CLASIFICACION	16
3.7 DIAGNOSTICO	24
3.8 TRATAMIENTO MEDICO DE LA EPILEPSIA	26
3.9 PROCESO DE ENFERMERIA	30
3.10 CALIDAD DE VIDA	38
3.11 CALIDAD DE VIDA EN LA EPILEPSIA	40
3.12 CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS	48
<b>4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS</b>	<b>52</b>
<b>5. HIPÓTESIS</b>	<b>55</b>

## CAPÍTULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO	56
2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN	56
2.1 Ubicación Geográfica	56
2.2 Ubicación Temporal	56
2.3 Unidades de Estudio	56
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

1. Resultados, Análisis e Interpretación	58
<b>CONCLUSIONES</b>	74
<b>RECOMENDACIONES</b>	75
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	76
<b>ANEXOS</b>	78

## INDICE DE ILUSTRACIONES

<b>TABLA N°</b>	<b>Pag.</b>
1. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014.	59
2. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014.	60
3. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA- 2014.	61
4. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014.	62
5. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014.	63
6. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE CRISIS EPILÉPTICA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉSHERESI AREQUIPA-2014.	64
7. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FRECUENCIA DE CRISIS EPILÉPTICAS DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014.	65

- |   |    |
|---|----|
| 8. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FRECUENCIA DE CONTROLES MÉDICOS DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014.                    | 66 |
| 9. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTICONVULSIVANTE DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014.           | 67 |
| 10. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESIAREQUIPA-2014.                                    | 68 |
| 11. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014.                            | 69 |
| 12. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014.            | 70 |
| 13. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE CRISIS EPILEPTICA Y CALIDAD DE VIDADE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014.        | 71 |
| 14. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FRECUENCIA DE CRISIS EPILÉPTICA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014. | 72 |
| 15. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FRECUENCIA DE CONTROLES MÉDICOS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014. | 73 |

## RESUMEN

Se realizó el estudio de investigación sobre Influencia de los Controles Periódicos en la Calidad de Vida de los Pacientes Epilépticos. Estudio realizado en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi de Arequipa. Los objetivos a lograr en dicho estudio fueron: precisar los controles periódicos, precisar la calidad de vida y establecer la influencia de los controles periódicos en la calidad de vida de este. Investigación se ubica en el campo salud mental y psiquiatría y en nivel descriptivo, explicativo, relacional. La metodología que se utilizó para la variable controles periódicos fue como técnica la observación y como instrumento la ficha de observación documental (historia clínica), para la variable calidad de vida se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento la Cédula de entrevista QOLIE-10, consta de 10 ítems y se divide en dimensiones generales y específicas agrupadas en tres factores: concentración, memoria y estado de salud. Los instrumentos que fueron aplicados a 30 pacientes epilépticos que acuden a consulta externa y hospitalización.

Los datos fueron procesados estadísticamente e interpretados, proceso que indujo a las conclusiones. Primera: Los resultados muestran que los controles médicos periódicos de los pacientes epilépticos son en su mayoría mensuales, siguiendo los controles médicos semanales y algunos pacientes sin control médico. De acuerdo a los datos sociodemográficos cabe señalar que la mayoría de la población de estudio se ubica en el grupo etareo de 33 años a más, son de sexo masculino proceden de Arequipa, viven con la madre con un tiempo de enfermedad de 12 a 17 años a más, con crisis generalizada y frecuencia de crisis mensuales. Segunda: La calidad de vida encontrada en la población de estudio de los pacientes epilépticos es en su mayoría mala calidad de vida y un menor porcentaje buena calidad de vida. Tercera: Los controles médicos periódicos influyen en la calidad de vida de los pacientes epilépticos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

De acuerdo a los resultados obtenidos se da las siguientes recomendaciones. Se recomienda al Director del Centro De Salud Mental Moisés Heresi coordinar con las enfermeras responsables de consultorios externos y salud pública en el manejo de estrategias, tales como acciones de seguimiento, visitas domiciliarias y acciones educativas para lograr una mayor asistencia a sus controles médicos y mejorar su estilo de calidad de vida.

**Palabras claves:** controles periódicos – calidad de vida de los pacientes epilépticos

Fiorella Carmen Paucar Cutipa, fiorellapc20@hotmail.com, Calle José Antonio Taboada, Quinta Montebello II, B-3, Sachaca. Telf. 961808088.

## ABSTRACT

Research study on Influence of Periodic Checks in the Quality of Life of Epileptic Patients was performed. Study in the Mental Health Center Moisés Heresi from Arequipa. The objective to be achieved in this study was to clarify the periodic monitoring, specify the quality of life and to establish the influence of periodic checks on the quality of life of them. Research that is located in mental health and psychiatry field and descriptive, explanatory, relational level. The methodology used to the variable regular checks was as technique the observation and as instrument documentary record of observation (medical record), to the variable quality of life was as technique the interview and as an instrument the Certificate of interview QOLIE -10, consists of 10 items and is divided into general and specific dimensions grouped in three factors: concentration, memory and health. The instruments which were applied to 30 epileptic patients attending outpatient and hospitalization.

Data were statistically processed and interpreted, a process that led to the conclusions. First: The results show the regular medical checks of epileptic patients most are in their monthly, following the weekly and some patients do not have any medical control. Importantly, most of the study population is located in the age group of 33 years and older, are men come from Arequipa, living with mother with a time of disease 12 to 17 years later, with widespread crisis and a frequency of monthly crisis. Second: the quality of life found in the study population is mostly poor quality of life but there are epileptic patients who have good quality of life. Third: periodic medical checks in epileptic patients influence their quality of life as the results.

According to the results suggest a package to the following recommendations. First: It is recommended to the Director of Mental Health Center Moises Heresi coordinate with outpatient nurse and public health nurse to strengthen educational programs about epilepsy in the outpatient clinic and through home visits.

**Keywords** : periodic inspection - quality of life of epileptic patients  
Fiorella Carmen Paucar Cutipa , fiorellapc20@hotmail.com , street José Antonio Taboada , Fifth Montebello II , B -3, Sachaca . Telephone: 961808088

## INTRODUCCIÓN

La sociedad peruana, especialmente las ciudades con alta densidad poblacional se hallan sometida a una serie de cambios repentinos y fortuitos, lo cual provoca un agotamiento físico constante o estrés a causa de cambios y alteraciones ambientales, problemas socioeconómicos y emocionales que predispone a desencadenar una serie de trastornos de la función cerebral, motivando la aparición súbita de lo que comúnmente se conoce como epilepsia.

La epilepsia es una enfermedad neurológica heterogénea que traduce una disfunción cerebral y se manifiesta por la repetición de crisis. Las personas con epilepsia presentan frecuentemente trastornos que son más discapacitantes que las convulsiones en sí mismos. Estos requieren tratamiento y supervisión médica durante muchos años, con frecuencia para toda la vida, por esto la vida del paciente debe organizarse de manera tal que se evite hasta donde sea posible cualquier factor de provocar un ataque y que no quede expuesto a situaciones que pudieran ser peligrosas si sufriera una convulsión. Los controles médicos periódicos en los paciente epilépticos son importantes, para lograr su bienestar, dándole al paciente ayuda especializada para que así tenga un desenvolvimiento eficaz en la sociedad.

La capacitación a través de educación e información acerca de su enfermedad contribuyen a que las personas que la padecen puedan desarrollar condiciones

favorables en su calidad de vida y su entorno familiar. Las consecuencias psicosociales de la epilepsia son múltiples y complejas. Estudios previos señalan la importancia de factores que afectan la calidad de vida, como la duración de la enfermedad, edad del paciente, frecuencia de crisis y el tipo de ellas, entre otros<sup>1</sup>. Los prejuicios acerca de esta enfermedad deben desaparecer puesto que no se trata de una enfermedad vergonzosa no oculta, sino más bien de una enfermedad que tiene tratamiento y permite llevar una vida útil y productiva para la sociedad.

Una de las funciones de enfermería es la de educar al paciente, familia y sociedad a través de diversas estrategias y difundir que el hecho de tener epilepsia no impide a las personas a tener una vida normal, como la de cualquier individuo aparentemente sano.

Este trabajo de Investigación servirá de apoyo y ayuda en gran medida a la recuperación del paciente epiléptico. Se espera que este aporte contribuya a la mejora de la calidad de vida del paciente epiléptico, se presenta el presente trabajo de investigación titulado **“INFLUENCIA DE LOS CONTROLES PERIÓDICOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI AREQUIPA – 2014”**, como una contribución a la especialidad.

---

<sup>1</sup> Cramer J.A. Calidad de vida para personas con epilepsia. Clin Neurol (Nort) 2002; 1 (1): 5-7.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

#### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

##### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

INFLUENCIA DE LOS CONTROLES PERIÓDICOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI AREQUIPA 2014.

##### 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

###### 1.2.1. Ubicación del problema:

- a. Área : Salud
- b. Campo : Salud Mental y Psiquiatría
- c. Línea : Epilepsia

###### 1.2.2 Variables:

El estudio tiene dos variables

- **Independiente** : Controles periódicos
- **Dependiente** : Calidad de vida

1.2.3. Análisis u operacionalización de variables:

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<b>CONTROLES PERIÓDICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 16 – 21</li> <li>- 22 - 27</li> <li>- 28 -33</li> <li>- 33 a mas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Femenino</li> <li>- Masculino</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugar de procedencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arequipa, Puno, Cusco, Tacna.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convivencia familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambos padres, Madre, Padre, Hermanos, otros familiares, solo.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 - 5</li> <li>- 6 - 11</li> <li>- 12 – 17</li> <li>- 17 a mas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de crisis epiléptica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crisis Generalizada</li> <li>- Crisis Jacksoniana</li> <li>- Crisis Psicomotoras</li> <li>- otros</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de crisis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diaria</li> <li>- Semanal</li> <li>- Mensual</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de Controles Médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semanal</li> <li>- Mensual</li> <li>- Trimestral</li> <li>- Nunca</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento Anticonvulsivante que recibe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carbamazepina + Fenobarbital</li> <li>- Valprax + Fenitoina</li> <li>- Valprax +Diazepam</li> </ul>
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentración</li> <li>• Memoria</li> <li>• Estado de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mala calidad de vida</li> <li>- Buena calidad de vida</li> </ul>

#### 1.2.4. Interrogantes básicas:

- ¿Cómo son los controles periódicos de los pacientes epilépticos que se atiende en el centro de salud mental Moisés Heresi?
- ¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes epilépticos que se atiende en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
- ¿Cuál es la influencia de los controles periódicos en la calidad de vida de los pacientes epilépticos en el Centro de Salud Moisés Heresi?

#### 1.2.5. Tipo y nivel del problema:

Descriptivo, Explicativo, Relacional.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos crónicos más frecuentes. Se estima que unos 50 millones de personas en el mundo padecen epilepsia, 85% vive en regiones tropicales o en vías de desarrollo. El impacto de la epilepsia es mucho mayor, ya que afecta a 200 millones de familiares.<sup>2</sup>

La prevalencia en los países no desarrollados, oscila entre: 10-20/1000 hab. La incidencia en países subdesarrollados es de: 25-50/100,000 hab. La incidencia anual de las crisis epilépticas en la segunda década de la vida se estima en 190/100.000 hab. La mortalidad relacionada con la epilepsia se debe al riesgo de sufrir estados de mal epiléptico,

---

<sup>2</sup>Zarranz J. Neurología. 7a ed. Mexico D.F: Diana; 2011.

accidentes o asfixia, llegando a tasas de mortalidad de 0,4–4/100,000 habitantes.<sup>3</sup>

La calidad de vida es un concepto subjetivo, que se entiende como el grado de bienestar general que alcanza una persona en su aspecto físico, mental y social; los pacientes con epilepsia están expuestos a múltiples factores que pueden afectarla, dependientes de la enfermedad misma, deterioro cognitivo .sin embargo realizándose sus controles periódicos de manera adecuada mejoraran su calidad de vida proporcionándole al paciente conocimiento en cuanto a la evolución de su enfermedad y así poder integrarse de manera adecuada a la sociedad la Importancia radica en que un control, para que sea eficaz, necesita ser oportuno y consecutivo para que pueda establecerse medidas correctivas en el paciente.<sup>4</sup>

Proporcionando información acerca de la situación del paciente para la ejecución de nuevos planes de tratamiento, fundamentalmente al reiniciarse el proceso de cambio.

Esta investigación tiene relevancia científica por que aportará nuevos conocimientos a la comunidad, es un estudio viable ya que se tiene recepción y colaboración de la institución.

## 2. OBJETIVOS

- Precisar los Controles Periódicos de los Pacientes epilépticos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa-2014.
- Precisar la Calidad de Vida de los Pacientes epilépticos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa-2014.
- Establecer la influencia de los Controles Periódicos en la Calidad de Vida de los Pacientes epilépticos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa-2014.

<sup>3</sup>Berg A, Francine M. Epidemiología de la Epilepsia. Rev. ClinNeurol (Nort) 2001; 2 (2): 413-424.

<sup>4</sup>Cramer J.A. Calidad de vida para personas con epilepsia. ClinNeurol (Nort) 2002; 1 (1): 5-7.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### EPILEPSIA

##### 3.1 DEFINICIÓN

La epilepsia es un grupo de síndromes caracterizados por convulsiones recurrentes. Los síndromes epilépticos se clasifican por los patrones específicos de manifestaciones clínicas, lo que incluye edad de inicio, antecedentes familiares y tipo de convulsión.

Es una enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes, que suelen dejar consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales. Una convulsión, crisis epiléptica o comicial es un evento súbito y de corta duración, caracterizado por una anormal y excesiva o bien sincrónica actividad neuronal en el cerebro. Las crisis epilépticas suelen ser transitorias, con o sin disminución el nivel de consciencia y/o movimientos convulsivos y otras manifestaciones clínicas.<sup>5</sup>

El término epilepsia puede resultar confuso, ya que en el ámbito coloquial se suele utilizar indiscriminadamente para toda aquella persona que presenta una convulsión. De tal manera que un individuo puede haber tenido una convulsión por niveles bajos de azúcar en la sangre o un niño con una fiebre alta. No obstante, la epilepsia describe a un trastorno en el que una persona tiene convulsiones recurrentes en el tiempo debido a un proceso crónico subyacente, de causa desconocida o no.

No todas las personas que padecen una convulsión se diagnostican de epilepsia. Habitualmente es necesario haber presentado al menos 2 episodios de crisis epilépticas o 1 episodio asociado a hallazgos

---

<sup>5</sup>Adams RD, Victor M, Ropper A. Principios de Neurología. 6ª ed. Mc Graw- Hill: Interamericana; 2002. p. 275 – 280.

patológicos en el electroencefalograma interictal, es decir, entre una convulsión y la otra que no está precedida por una causa identificable, por ejemplo, una inflamación aguda, una descarga eléctrica o envenenamiento, tumores o hemorragias intracraneales.

### **3.2. FOCO EPILEPTÓGENO**

Se dice que un foco epileptógeno es cuando las convulsiones nacen en un punto concreto de la corteza cerebral, y produce unas manifestaciones siempre iguales (son las llamadas crisis parciales); pero la excitación y la descarga eléctrica de las neuronas de este foco pueden extenderse hacia otras zonas contiguas y acabar afectando a la totalidad del cerebro (son las crisis parciales secundariamente generalizadas). En otras ocasiones, ya desde el principio se excita la totalidad de las neuronas de la corteza cerebral, tanto las del hemisferio cerebral derecho como del hemisferio cerebral izquierdo (son las crisis generalizadas). Ésta es una clasificación teórica de las crisis, pues en la práctica puede ser muy difícil diferenciar una crisis generalizada de una crisis parcial secundariamente generalizada. En un mismo paciente las convulsiones suelen ser siempre iguales, pero la presencia de cualquier factor o agente que facilite o bloquee a las neuronas que rodean al foco epileptógeno pueden hacer que la crisis varíe en su extensión y, por ello, en sus manifestaciones.<sup>6</sup>

### **3.3. ETIOLOGÍA**

Las crisis son la consecuencia de un desequilibrio entre la excitación e inhibición dentro del SNC. Teniendo en cuenta el gran número de factores que controla la excitabilidad neuronal, no sorprende que existan muchas formas diferentes de alterar este

---

<sup>6</sup>Uribe C. Fundamento de medicina. 5ª ed. Colombia: Rojo; 2005. p. 268-269.

equilibrio y, por tanto, muchas causas distintas de convulsiones y de epilepsia. Tres observaciones clínicas destacan la forma en que factores diversos son los que median algunas situaciones que originan crisis o epilepsia en un paciente particular.

a) El cerebro normal es capaz de sufrir una crisis bajo determinadas circunstancias y existen diferencias entre las personas respecto a la susceptibilidad o el umbral para las crisis. Por ejemplo, la fiebre induce convulsiones en algunos niños que son sanos y que no presentaran nunca otros problemas neurológicos, incluida la epilepsia. Sin embargo, las convulsiones febriles aparecen solo en un porcentaje relativamente reducido de niños. Esto sugiere que existen diversos factores endógenos subyacentes que influyen sobre el umbral para sufrir una convulsión. Algunos de esos factores son claramente genéticos, ya que se ha demostrado que la existencia de antecedentes familiares de epilepsia influye sobre la probabilidad de que personas normales tengan convulsiones. El desarrollo normal también participa de manera importante, pues parece ser que en los diferentes estadios de maduración el cerebro tiene diferentes umbrales convulsivos.<sup>7</sup>

b) Algunos procesos tienen muchas probabilidades de producir un trastorno convulsivo crónico. Uno de los mejores ejemplos lo constituyen los traumatismos craneales penetrantes graves, que se asocian a un riesgo de desarrollar epilepsia de hasta 50%. La gran propensión de las lesiones cerebrales traumáticas graves a desencadenar la aparición de la epilepsia sugiere que estas lesiones provocan alteraciones anatomopatológicas permanentes en el SNC, que a su vez transforman una red neuronal presumiblemente normal en una anormalmente hiperexcitable. Este proceso se conoce como epileptógenos.

---

<sup>7</sup>Adams R. Manual de principios de Neurología. 4ª ed. Mexico: interamericana; 2001. p. 150-159.

Otros procesos que se asocian con epileptogénesis son los accidentes cerebrales vasculares (apoplejías), las infecciones y las anomalías genéticas que se asocian a epilepsia probablemente con llevan a procesos que desencadenan la aparición de grupos específicos de factores epileptógenos.

### 3.4. EPIDEMIOLOGIA

La epilepsia es reconocida como un problema de Salud Pública en muchos países del mundo en razón de su alta incidencia, prevalencia e impacto social negativo en la vida del enfermo y su familia. El año 2006 la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó la evaluación de diversas enfermedades neurológicas desde la perspectiva de salud pública. Allí se consigna que el año 2005 las enfermedades neurológicas:

- Representaron el 6.3 % del total de enfermedades.
- Fueron responsables del 13.2% del total de muertes.
- Representaron el 6.29% del total de años perdidos por discapacidad, distribuidos de la siguiente manera:
  - Enfermedad cerebrovascular...3.46%
  - Enfermedad de Alzheimer y otras demencias... 0.75%
  - migraña... 0.52%
  - epilepsia... 0.50%
  - tétanos...0.44%
  - meningitis... 0.36%
  - enfermedad de Parkinson... 0.11%
  - esclerosis múltiple... 0.10
  - encefalitis japonesa... 0.04% y
  - polio... 0.01%.

En el mismo documento se indica que la incidencia promedio de epilepsia en Europa es de 24 y en América del Norte 53 por 100 mil. En los países en vías de desarrollo esta cifra alcanza hasta 190 por 100 mil habitantes. Se calcula que en el mundo existen 50 millones de personas con epilepsia, de las cuales sólo 10 millones reciben diagnóstico y tratamiento regular. La mayoría de las personas sin tratamiento viven en los países pobres de América Latina, África, Sudeste Asiático y Europa del Este. Se reporta que en Ecuador el 80 a 85% de pacientes no reciben tratamiento, principalmente por su pobreza.<sup>8</sup>

De otro lado, las causas de epilepsia varían de acuerdo al nivel de desarrollo del país. En los países ricos las principales causas de epilepsia son trauma craneal (TCE), enfermedad cerebro vascular, tumor e idiopática. El TCE, la infección del sistema nervioso, el daño cerebral perinatal y la parasitosis cerebral han sido identificados como factores importantes causantes de epilepsia en los países pobres. El hecho relevante es que estas causas son prevenibles a partir de programas de salud que aseguren el control del embarazo y atención profesional del parto a todas las gestantes, mejore el saneamiento básico, amplíe el acceso a los servicios de salud, y desarrolle programas de prevención con base en la comunidad.

---

<sup>8</sup>Berg A, Francine M. Epidemiología de la Epilepsia. Rev. ClinNeurol (Nort) 2008; 2 (2): 413-424.

### 3.5. FISIOPATOLOGÍA DE LA EPILEPSIA

#### 3.5.1. FISIOPATOLOGÍA DE LA EPILEPSIA

Las crisis epilépticas son el fenómeno clínico resultante de una hiperexcitabilidad neuronal anormal. Una crisis epiléptica es un disturbio intermitente y estereotipado de la conciencia, comportamiento, emoción, función motora, percepción o sensación, derivado de una súbita, ocasional y excesiva descarga neuronal. La epilepsia es la condición que se establece cuando estas crisis son recurrentes a lo largo del tiempo.

En la actividad epiléptica existe una descarga anormal e hipersincrónica de una población neuronal. Estas descargas eléctricas se producirían por un desbalance en los mecanismos excitatorios e inhibitorios cerebrales. Este hecho podría estar asociado a una disminución de los mecanismos inhibitorios centrales o a un aumento en la actividad excitatoria.<sup>9</sup>

##### **1) Disminución de los mecanismos inhibitorios centrales:**

El GABA tiene como función principal regular negativamente los fenómenos excitatorios cerebrales. Hay 3 tipos de receptores: GABA a, GABA b y GABA c.

El primero se encuentra postsinápticamente en las dendritas, en la membrana somática y en el segmento inicial del axón de todas las neuronas. Este neurotransmisor contiene sitios de unión para el GABA, picrotoxina, neuroesteroides, barbitúricos y benzodiazepinas y cierra un canal por el cloro. Al unirse el GABA a su sitio receptor se produce la apertura del canal y por lo tanto ingresa cloro al

---

<sup>9</sup>Smith H, Saraiy A.H. Fisiopatología. 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2004. p. 1042-1044.

interior celular ocasionando la hiperpolarización de la membrana celular y se inhibe la descarga neuronal.<sup>10</sup>

El GABA b se encuentra en la membrana post sináptica y en los terminales pre sinápticos y probablemente se halle acoplado a canales de K Y Ca. La activación del receptor post sináptico incrementa la conductancia al K produciendo un potencial inhibitorio lento. La activación del receptor presináptico disminuye la entrada de calcio y en consecuencia la liberación de neurotransmisores monoaminérgicos y aminoácidos excitatorios.

El GABA c es también un ionoforo al Cl pero insensible a las benzodiazepinas.

## **2) Aumento de la actividad excitatoria central:**

Hay evidencias de la existencia de alteraciones en los receptores para aminoácidos excitatorios, en especial del receptor NMDA. Se trata de proteína que contiene sitios de reconocimiento al Glu y a otras sustancias tales como la Gly y las poliaminas. El receptor cierra un canal para Na, K y Ca. La activación del receptor NMDA por Glu produce la apertura del canal iónico central que produce la despolarización y excitación neuronal. La activación de los receptores NMDA en el hipocampo, la corteza cerebral o en cuerpo estriado produce un patrón de descargas intermitentes que se encuentra relacionado con el paroxismo de despolarización del potencial de acción. Dicho patrón es similar a la actividad que se observa durante la descarga de un foco epiléptico.

---

<sup>10</sup>Egidio S, Mazzei L. Tratado de Semiología y Fisiopatología. 5ª ed. España: El atena; 2006.

### 3.6. CLASIFICACIÓN

La identificación del tipo de crisis que ha ocurrido es esencial para enfocar la estrategia diagnóstica a causas particulares, escoger la terapia apropiada y aportar información útil para el pronóstico.

Un principio fundamental es que existen dos tipos de convulsiones (crisis focales y generalizadas). Las *crisis focales* se originan en las redes limitadas a un hemisferio cerebral. Las *Crisis Generalizadas* se originan en el interior y se conectan rápidamente con las redes distribuidas en ambos hemisferios cerebrales.<sup>11</sup>

La primera por lo general aparecen en caso de anomalías estructurales del encéfalo, en tanto que la segunda, son consecuencia de anomalías celulares, bioquímicas o estructurales que tienen una distribución más amplia. Sin embargo hay claras excepciones en ambos casos. Las crisis convulsivas se clasifican de diversas maneras: de acuerdo a su etiología primaria o sintomática secundaria, su sitio de origen, base clínica, se frecuencia o según sus correlaciones electrofisiológicas.

**Clasificación internacional de convulsiones epilépticas (se basa en la forma clínica de la crisis y sus aspectos electroencefalográficos)**

➤ **Generalizadas**

- Tónicas, clónicas o tónico-clónicas
- Ausencias
- Lennox-Gastaut
- Epilepsia mioclónica juvenil
- Sme. de West
- Atónicas

---

<sup>11</sup>Alarcón, V. *Psiquiatría*. 3ª ed. Madrid : Médica Panamericana S.A; 2004.

➤ **Parciales**

- *Simples*

I) Motoras (tónicas, clónicas o tónico-clónicas, jacksonianas, epilepsia benigna de la infancia, epilepsia parcial continua)

II) Somatosensoriales o sensoriales

III) Vegetativas

IV) Psíquicas

- *Complejas*

I) Con trastorno del conocimiento desde el inicio

II) Inicio como parcial simple y progresan con trastorno del conocimiento

➤ **Síndromes Epilépticos especiales**

- Mioclono y crisis mioclónicas
- Epilepsia refleja
- Afasia adquirida con trastorno convulsivo
- Crisis febriles y de otras de la lactancia y la infancia
- Crisis histéricas

Esta clasificación divide a las convulsiones en dos tipos: parciales en la que puede discernirse un inicio focal y generalizadas que son las que se inician en ambos lados.

Las crisis focales pueden evolucionar hasta crisis tónico-clónicas generalizadas, en cuyo caso se clasifican como crisis secundariamente generalizadas.

Las crisis parciales se clasifican como simples cuando el estado de conciencia no se alterado y como complejas cuando hay alteración o pérdida de la misma. Estas crisis pueden tener manifestaciones motoras, sensitivas, autónomas, vegetativas o psíquicas.

Cuando una de estas manifestaciones precede al progreso del ataque hasta la pérdida de la conciencia se conoce como **aura**. En realidad el aura representa la fase inicial de una crisis focal o parcial y en algunos casos constituyen el ataque epiléptico mismo.

Las crisis generalizadas son de dos tipos: convulsivas (gran mal) y no convulsivas (pequeño mal, crisis mioclónicas, atónicas o tónicas breves)

### **3.6.1 Convulsiones Generalizadas o Gran Mal**

Se cree que las crisis generalizadas se originan en el mismo punto del encéfalo pero conectan de inmediato y con rapidez las redes neuronales en ambos hemisferios cerebrales. Diversos tipos de convulsiones generalizadas tienen características que las colocan ciertas categorías y facilitan su diagnóstico clínico.

#### **a) Crisis convulsivas tónico-clónicas**

Las crisis convulsivas tónico-clónicas de inicio generalizado son el tipo de crisis principal en aproximadamente 10% de todas las personas que sufren epilepsia. Suelen ser también el tipo de crisis más frecuentes como consecuencia de trastornos metabólicos y, por este motivo, aparecen con frecuencia en situaciones clínicas muy diversas. La convulsión suele comenzar de forma brusca sin previo aviso, aunque algunos pacientes refieren algunos síntomas premonitorios vagos en las horas previas a la convulsión. Este pródromo se debe distinguir de las auras estereotípicas que se asocian a las crisis focales que se generalizan en forma secundaria.

La fase inicial de la convulsión suele ser una contracción tónica de los músculos de todo el cuerpo, de manera que es causa de gran parte de las características típicas de estos episodios. La contracción tónica inicial de los músculos de la espiración y de la laringe produce un gruñido o “grito ictal”. Se altera la respiración, las secreciones se acumulan en la orofaringe y el paciente se torna cianótico. La contracción de los músculos mandibulares provoca mordedura de la lengua.

El considerable incremento del tono simpático origina aumento del ritmo cardiaco, de la presión arterial y del tamaño pupilar.

Durante la fase tónica de la convulsión el EEG muestra un aumento progresivo de una actividad generalizada rápida de bajo voltaje, seguida de descargas generalizadas y poliespigas de gran amplitud. En la fase clónica, la actividad de gran amplitud se sustituye característicamente por ondas lentas originándose una configuración de espiga y onda. El EEG posictal muestra un lentitud difusa que se normaliza gradualmente a medida que el paciente se despierta.

Existen muchas variantes de las crisis generalizadas tónico-clónicas, entre ellas las crisis tónicas puras y clónicas puras. Las crisis tónicas breves, que duran únicamente algunos segundos, tienen un interés especial puesto que se asocian a síndromes epilépticos conocidos con fenotipos de convulsiones mixtos, como el síndrome de Lennox-Gataut

#### **b) Convulsiones de ausencia típicas (Pequeño mal)**

Las crisis de ausencia se caracterizan por breves y repentinos lapsos de pérdida de conciencia sin pérdida de

control postural. De forma característica la crisis dura solo unos segundos, la conciencia se recupera tan rápido como se perdió y no hay confusión posictal. La pérdida breve de la conciencia puede pasar inadvertida o bien ser la única manifestación de la descarga, pero las crisis de ausencia se suelen acompañar de signos motores bilaterales sutiles, como movimientos rápidos de los parpados, movimientos de masticación o clónicos de pequeña amplitud de las manos.

La crisis de ausencia típicas constituyen un grupo de epilepsia de origen genético que casi siempre empiezan durante la niñez (edad de 4 a 8 años) o al principio de la adolescencia y constituyen la variedad principal de crisis en 15 a 20% de los niños con epilepsia. En ocasiones se producen cientos de crisis al día, aunque el niño no se dé cuenta o sea incapaz de comunicarlo. Ya que los signos clínicos de las crisis son muy sutiles, especialmente para los padres que se enfrentan por primera vez, a esta experiencia, no es de extrañar que la primera pista de la existencia de una epilepsia con ausencias suele ser un “ensimismamiento” y una disminución del rendimiento escolar que son reconocidos por un profesor.

### c) **Convulsiones de ausencias atípicas (Pequeño Mal)**

Las crisis de ausencias atípicas tienen características algo diferentes, tanto desde el punto de vista clínico, como en el EEG, de las que presentan las crisis de ausencia típicas. Por ejemplo, la pérdida de conciencia suele ser de mayor duración y tienen un comienzo y un final menos bruscos y la crisis se acompaña de signos motores más evidentes que comprenden signos focales o lateralizadores. El EEG

muestra una configuración de espiga y onda lenta, generalizada, con una frecuencia de 2.5/s o menos, así como otras actividades anormales. Las crisis de ausencia atípica se suelen acompañar de anomalías estructurales difusas o multifocales del cerebro y, por tanto, se acompañan de otros signos de disfunción neurológica, como retraso mental. Además, en comparación con las crisis de ausencia típicas, estas crisis no responden bien a los anticonvulsivos.

#### d) **Convulsiones mioclónicas**

Una micología es una contracción muscular breve y repentina de una parte del cuerpo o del cuerpo entero. Una forma fisiológica frecuente y característica de mioclonía es el movimiento brusco de sacudida que aparece cuando alguien se queda dormido. Las mioclonías patológicas aparecen asociadas a trastornos metabólicos, enfermedades degenerativas del SNC o a lesiones cerebrales anoxicas. Aunque la diferenciación con otras formas de mioclonías es poco precisa, las crisis mioclónicas se consideran verdaderos fenómenos epilépticos, puestas que están originadas por una disfunción cortical

#### e) **Convulsiones atónicas**

La crisis atónicas se caracterizan por una pérdida repentina, durante 1 a 2 s, del tono muscular postural. La conciencia se altera brevemente, pero no suele haber confusión posictal. Algunas convulsiones breves provocan solo una rápida caída de la cabeza, como un asentamiento, mientras que las convulsiones más prolongadas harán que el paciente se caiga. Este fenómeno es muy espectacular y extremadamente peligroso, ya que existe riesgo de golpearse la cabeza con la caída.

El EEG muestra descargas generalizadas y breves de espiga y onda, seguidas inmediatamente de ondas lentas difusas que tienen relación con la pérdida del tono muscular. Al igual que las convulsiones tónicas puras, las convulsiones se acompañan de síndromes epilépticos conocidos.

### **3.6.2 Crisis parciales o focales**

#### **a) Crisis parciales del lóbulo frontal (crisis focales motoras y jacksonianas)**

Se atribuyen a una lesión del lóbulo frontal contra lateral que produce descargas.

Se produce giro de la cabeza y de los ojos hacia el lado opuesto (crisis adversivas) con contracción tónica del tronco y de las extremidades de ese lado. A veces puede ir seguido por movimientos clónicos focales y después generalizados.

Las crisis motoras jacksonianas inicia con una contracción tónica de los dedos de una mano, un lado de la cara o de los músculos de un pie, luego se transforma en movimientos clónicos, que pueden ser localizados o diseminarse (en marcha) hacia otros músculos del mismo lado del cuerpo. El foco de excitación están en corteza prerrolandica (área 4 de Brodmann).

Las descargas ictales que se originan en las áreas corticales del lenguaje pueden producir una afasia ictal o con más frecuencia perdida del habla. La afasia postictal es más común.

**b) Crisis parciales complejas (crisis psicomotoras, crisis del lóbulo temporal)**

En este tipo de crisis el aura puede ser una crisis focal o una alucinación o ilusión perceptual con trastorno de la conducta y la conciencia acerca del cual el paciente no recuerda.

Las alteraciones psíquicas más frecuentes son las ilusiones sensoriales o distorsión de las percepciones, las más comunes son las micropsias y macropsias, alucinaciones auditivas o visuales, olfatorias, gustativas o vertiginosas. Presencia de sensaciones de familiaridad (deja vu) o de extrañeza (jamaisvu) o incluso estado de despersonalización, fragmentos de memoria pasada o interrupción de la misma, sensaciones epigástricas y abdominales. Pueden aparecer sensaciones emocionales como miedo, ansiedad, tristeza, ira, soledad, excitación sexual y pudiendo estas experiencias constituir toda la crisis convulsiva.

Dentro de las alteraciones motoras aparecen en forma de automatismos, como chasquear los labios, movimientos de masticación o deglución, salivación, arrastrar los pies, movimientos torpes en miembros superiores, actos complejos que inicio el paciente antes de las crisis, presencia de risa (epilepsia gelastica), caminar de manera en pequeños círculos (epilepsia volvular), correr (epilepsia prokursiva) o vagar sin rumbo (poriomania).

Pueden aparecer en cualquier etapa de la vida, pero son mas frecuentes en la adolescencia y adultez.

Los automatismos duran más de 1 o 2 minutos, aunque la confusión y la amnesia postictal pueden persistir durante

mucho más tiempo. Las posturas postictales y paresia de un brazo (parálisis de Todd) o la dificultad afásica sirven para identificar el lado en que se localiza la lesión. Cerca de un tercio de los pacientes tienen antecedentes psiquiátricos como enfermedad depresiva mayor, ansiedad, síntomas psicóticos. En el estado posictal puede presentarse un estado paranoide ilusorio prolongado, asimismo algunos pacientes se mantienen en una psicosis paranoide ilusoria o amnésica que dura de días a semanas.

Algunos pacientes presentan trastornos de la personalidad durante el periodo interictal. A menudo son lentos, rígidos en su pensamiento, verborragicos, inclinación al misticismo y se preocupan por ideas religiosas y filosóficas ingenuas. También presentan agresividad, obsesión, emocionalidad y tendencia a la paranoia.

La disminución del interés y la potencia sexual en los hombres y los problemas menstruales en las mujeres se manifiestan con frecuencia.

### **3. 7. DIAGNOSTICO: PRUEBAS Y EXÁMENES**

Un examen físico (que comprende una evaluación neuromuscular detallada) puede ser normal o puede mostrar funcionamiento cerebral anormal en relación con áreas específicas del cerebro.

Las personas con epilepsia tendrán con frecuencia actividad eléctrica anormal que se observa en una electroencefalografía (EEG). (Una EEG es una lectura de la actividad eléctrica en el cerebro). En algunos casos, el examen puede mostrar dónde empiezan las convulsiones en el cerebro. Las EEG a menudo pueden ser normales entre convulsiones, por lo que puede ser necesario efectuar un examen prolongado.

Los exámenes pueden abarcar diversas pruebas de sangre para descartar otras causas temporales y reversibles de las convulsiones, incluyendo:

- Análisis bioquímico de la sangre
- Glucemia
- CSC (conteo sanguíneo completo)
- Análisis del LCR (líquido cefalorraquídeo)
- Pruebas de la función renal
- Pruebas de la función hepática
- Pruebas para enfermedades infecciosas

Los exámenes para determinar la causa y localización del problema pueden incluir:

- Electroencefalografía (EEG)
- Resonancia magnética o tomografía computarizada de la cabeza
- Punción lumbar (punción raquídea)
- **El EEG:** método complementario de elección para demostrar el carácter epiléptico de una crisis y es esencial para definir algunos síndromes epilépticos.

No es un test que permita diagnosticar o excluir epilepsia por sí mismo (pueden aparecer alteraciones EEG en individuos normales (10-15%): si aparece un EEG anormal en ausencia de clínica no se debe tratar con anticomiciales.

- **Neuroimagen (TAC/RM):** indicada en casi todos los pacientes con crisis epilépticas de comienzo reciente (excepción: niños con trastorno epiléptico generalizado benigno).
- **RM:** es más sensible para detectar alteraciones estructurales del sistema nervioso central.

- **Diagnóstico diferencial:** síncope, pseudocrisis, AIT, migraña, narcolepsia e hipoglucemia.
- Para el diagnóstico, resulta de utilidad el análisis del **LCR** (presencia de la proteína 14-3-3), diversas pruebas de imagen (TC o RM), el EEG (muestra un patrón típico con brotes de ondas agudas bilaterales y sincronas sobre una actividad de base lentificada) y, en especial, el estudio anatomopatológico, que constituye el método diagnóstico de elección (ya sea en la biopsia o en la necropsia).
- Se caracteriza por una degeneración espongiiforme máxima en la corteza cerebral, pero también prominente en ganglios basales, tálamo y cerebelo. No suelen afectarse ni el tronco cerebral ni la médula espinal. La detección de placas de amiloide compuestas de PrPsc puede ser considerada diagnóstica.<sup>12</sup>

### 3.8 TRATAMIENTO MÉDICO DE LA EPILEPSIA

El tratamiento de la epilepsia se individualiza para satisfacer las necesidades especiales de cada paciente y no solo controlar o evitar las convulsiones. El método terapéutico difiere porque algunas formas de la enfermedad son originadas por lesiones del encéfalo y otras dependen de alteraciones de la química cerebral.

#### FARMACOTERAPIA

Muchos medicamentos se encuentran disponibles para el control de las convulsiones, aunque se desconoce su mecanismo de acción (Karch, 2002). El objetivo es obtener control de las convulsiones con mínimos efectos secundarios. El tratamiento medicamentoso controla las convulsiones, no las cura. Los fármacos se eligen con

---

<sup>12</sup>Frank G, Elaine W. Métodos diagnósticos en trastornos convulsivos. Rev. Clin Neurol (Nort) 2002; 1 (1): 67-68.

base en el tipo de convulsión que se va a tratar y la eficacia y la seguridad de los medicamentos. Si los medicamentos se prescribieron y tomaron en forma apropiada, estos controlan las convulsiones en 50 a 60% de los pacientes con convulsiones recurrentes, proporcionan control parcial en otro 15 a 35%. En 20 y 35% de los pacientes con epilepsia generalizada y parcial, respectivamente, la enfermedad no mejora con ningún medicamento disponible.<sup>13</sup>

Por lo general, se inicia el tratamiento con un solo fármaco. La dosis de comienzo y la frecuencia de administración se aumentan según haya o no efectos secundarios. Las concentraciones del medicamento en sangre se miden porque la velocidad de absorción varía de una persona a otra. A veces se necesita cambiar a otro fármaco si no se logra controlar las crisis o los signos de toxicidad impiden aumentar las dosis. En ocasiones hay que las dosis por enfermedad concurrente, aumento de peso o aumento de la tensión. La interrupción repentina de un antiepiléptico puede hacer que las convulsiones reaparezcan con mayor frecuencia e incluso causar el desarrollo del estado epiléptico.

Los efectos secundarios de los antiepilépticos pueden dividirse en tres grupos: 1) trastornos por idiosincrasia o alergia, que toman fundamentalmente la forma de reacciones cutáneas, 2) toxicidad aguda, que suele manifestarse al inicio del tratamiento o 3) toxicidad crónica, que parece en forma tardía durante el curso de la terapéutica.

Las manifestaciones de toxicidad medicamentosa son variables y puede afectarse cualquier sistema orgánico. Por ejemplo, la hiperplasia gingival (encías hinchadas y dolorosas) puede relacionarse con el uso prolongado de difenilhidantoinato

---

<sup>13</sup>Beato Mateos. Avances terapéuticos en Epilepsia. Rev. Clin (Esp) 2006; 199 (7): 413 – 414.

(Dilantin). Se realizan exámenes físicos, dentales y de laboratorio periódicos para los pacientes que reciben medicamentos con efectos conocidos sobre los aparatos hematopoyéticos, genitourinario o hepático.

### FÁRMACOS ANTICONVULSIVANTES:

- Principales medicamentos anticonvulsivos

MEDICAMENTO	EFFECTOS SECUNDARIOS RELACIONADOS CON LA DOSIS	EFFECTOS TOXICOS
Carbamazepina(Tegretol)	Mareo, somnolencia marcha inestable, nausea, vomito, diplopía, leucopenia leve	Exantema cutáneo intensivo, discrasias sanguíneas , hepatitis
Clonazepam(Klonopin)	Somnolencia, cambios de conducta,cefalea,hirsutismo, alopecia, palpitaciones)	Hepatotoxicidad, trombocitopenia, insuficiencia de medula ósea, ataxia
Difenilhidantomato (Dilantin)	Problemas visuales , hirsutismo,hiperpalsia gingival, arritmias, disartria, nistagino	Reacción cutánea intensa, neuropatía periférica ,ataxia, somnolencia, discrasias sanguíneas
Etosuximida( Zarontin)	Nausea , vomito , cefalea, molestias gástricas	Exantema , discrasias sanguíneas , hepatitis , lupus eritematoso
Felbamato(Felbatol)	Trastornos cognitivos , insomnio , nausea, cefalea, fatiga	Anemia aplasicahepatoroxicidad
Fenobarbital(Luminal)	Sedación , irritabilidad, diplopía, ataxia	Exantema cutáneo, anemia

Gabapentina(Neurotonin)	Mareo , somnolencia , fatiga , ataxia , aumento de peso , nausea	Leucopenia, hepatotoxicidad
Lamotrigina(Lamictal)	Somnolencia , temblor , nausea , ataxia , mareo , cefalea ,aumento de peso	Exantema intenso(Síndrome de Stevens-Johnson)
Levetiracetam(Keppra)	Somnolencia . mareo , fatiga	Desconocidos
Oxacarbazepina(Trileptal)	Mareo , somnolencia , diplopía , fatiga , nausea, vomito , perdida de coordinación , visión anormal, dolor abdominal , temblor , marcha anormal	Hepatotoxicidad
Primidona(Mysoline)	Letargo , irritabilidad , diplopía , ataxia , impotencias	Exantema
Tiagabina(Gabrilil)	Mareo ,fatiga, nerviosismo , temblor , dificultad para concentrarse, disartria , dificultad en las rodillas, dolor abdominal	Desconocida
Topiromato(Topamax)	Fatiga, somnolencia, confusión, ataxia, anorexia, depresión, pérdida de peso.	Nefrolitiasis
Valproato (Depakote,Depakene)	Nausea, vomito, aumento de peso, pérdida de cabello, temblor, irregularidades menstruales.	Hepatotoxicidad , exantema, discrasias sanguíneas, nefritis
Zonisamida ( Zonegran, Excegram)	Somnolencia , mareo , anorexia , cefalea , nausea, agitación , exantema	Leucopenia , hepatotoxicidad

### 3.9. PROCESO DE ENFERMERIA: EL PACIENTE CON EPILEPSIA

#### Valoración

La enfermera obtiene información sobre los antecedentes convulsivos del individuo. Se le pregunta sobre los factores o eventos que precipitan los ataques, asimismo, se documenta su consumo de alcohol. También es importante determinar si la persona ha percibido un aura, es decir, una sensación de premonición o advertencia antes de una convulsión epiléptica, lo cual puede indicar el origen de las convulsiones epiléptica, lo cual puede indicar el origen de convulsiones (ver una luz parpadeante a menudo indica que la convulsión se originó en el lóbulo occipital). La observación y valorización por la enfermera durante una convulsión y después de ella son importantes para identificar el tipo y tratamiento.<sup>14</sup>

Se valoran los efectos de la epilepsia sobre el estilo de vida: ¿Que limitaciones imponen las crisis convulsivas?, ¿Tiene el paciente algún tipo de recreación, contactos sociales, satisfacción en trabajo y mecanismos adecuados de resolución de problema?

#### Diagnóstico

##### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

De acuerdo con los datos de la valoración, entre los diagnósticos de enfermería suelen incluirse los siguientes:

---

<sup>14</sup>Brunner L, Suddarth D. Enfermería Psiquiátrica. 4ª ed. España: Iberoamericana; 2001.

- Riesgo de lesiones relacionadas con la actividad convulsiva.
- Temor relacionado con la posibilidad de convulsiones.
- Afrontamiento individual ineficaz relacionado con el estrés impuesto por la epilepsia.
- Conocimiento deficiente de la epilepsia y su control.

### **PROBLEMAS EN COLABORACION / COMPLICACIONES POTENCIALES**

La principal complicación para los pacientes con epilepsia es:

- Estado epiléptico.

#### **Planeación Y Objetivos**

Entre los principales objetivos están en control permanente de las convulsiones, ajustes psicosocial satisfactorio, adquisición de conocimientos sobre el trastorno, comprensión de la condición y ausencia de complicaciones.

#### **Intervención De Enfermería**

##### **- PREVENCIÓN DE LAS LESIONES**

La prevención de lesiones en pacientes con convulsiones es una prioridad. Si el paciente corre riesgo de lesionarse (dependiendo del tipo de convulsiones); es necesario colocarlo en el piso y eliminar cualquier objeto que cause obstrucción. El individuo nunca debe mantenerse en una posición de manera forzada. Ni se intentara insertar ningún objeto en la boca del paciente una vez que ha iniciado la convulsión. En el caso de sujetos en quienes se esperan convulsiones es indispensable colocar almohadillas en los barandales de la cama.

#### - REDUCCIÓN DEL MEDIO A LAS CONVULSIONES

El temor de que ocurra un ataque de manera inesperada se reduce si el paciente cumple con el tratamiento prescrito. En este sentido, adquiere máxima importancia la colaboración absoluta del enfermo y su familia, que deben tener confianza en el régimen prescrito por el médico.

Se destaca que los medicamentos antiepilépticos prescritos de bien tomarse en forma continúan sin miedo de dependencia farmacológica o adicción. Se requiere de vigilancia periódica para asegurar lo adecuado del régimen terapéutico y prevenir efectos secundarios.

En un esfuerzo por controlar las convulsiones, se identifican los factores que pueden precipitarlas: alteración emocionales, nuevos factores ambientales de tensión, inicio de la menstruación en pacientes del sexo femenino o fiebre. Se pide al sujeto que siga una rutina regular y moderada en su vida diaria, dieta (evitar estimulantes excesivos); ejercicio y reposo (la privacidad del sueño puede disminuir el umbral de las convulsiones). La actividad moderada es adecuada; pero reviste importancia no gastar demasiada energía.

La estimulación luminosa (luces brillantes intermitentes; televisor) puede precipitar convulsiones; el uso de lentes oscuros o cubrir un ojo puede tener efectos preventivos. Los estados de tensión (ansiedad; frustración) inducen convulsiones en algunos pacientes. Recibir clases de manejo de estrés puede ser la utilidad. Se sabe que las convulsiones ocurren con el consumo de alcohol por lo que deben evitarse las bebidas alcohólicas.

## - MEJORAMIENTO DE LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO

Los problemas sociales, psicológicos y conductuales que a menudo acompañan a la epilepsia pueden causar más incapacidad que las convulsiones. Estas generan sentimientos de miedo aislamiento, depresión e incertidumbre, pues el individuo debe enfrentarse siempre al temor constante de sufrir una crisis con sus consecuencias. Los niños epilépticos suelen padecer ostracismo y quedar excluidos de actividades escolares y de la compañía de otros de su misma edad.

Estos problemas se complican con la adolescencia y se suman a las grandes dificultades para establecer relaciones con el sexo opuesto, la imposibilidad de conducir automóviles y el hecho de sentirse diferente. Los adultos arrostran todos los problemas citados, además de la necesidad de encontrar empleo, toma decisiones sobre el matrimonio y procreación, enfrentar el hecho de que las compañías aseguradoras no les otorguen pólizas así como enfrentar todo tipo de estigmas y barreras legales. El abuso del alcohol puede complicar el problema las reacciones familiares varían desde el rechazo directo hasta la sobreprotección. Como resultado, muchos epilépticos tienen problemas psicológicos y conductuales.

El asesoramiento permite al individuo y su familia comprender el trastorno y las limitaciones impuestas por este. Son necesarias las oportunidades sociales y recreativas para un buen estado de salud mental. Las enfermeras pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes con epilepsia al instruirlos a ellos y a sus familiares con respecto a los síntomas y su tratamiento.

#### - INSTRUCCIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

El más útil de todos los servicios de enfermería en la atención del sujeto con epilepsia quizá sea el esfuerzo para reorientar su actitud y la de sus familiares en relación con la enfermedad.

La persona que sufre un ataque epiléptico puede considerarlo como una fuente potencial de humillación y vergüenza esto suele ocasionar ansiedad, depresión, hostilidad y reserva por parte del paciente y los miembros de la familia. Los enfermos deben ser alentados continuamente para que logren superar los sentimientos de inferioridad y de timidez provocados por los ataques. Por otra parte, deben de llevar una identificación médica de urgencia en la cartera o bolso de mano o usar un brazalete de identificación en la muñeca. El paciente y su familia necesitan recibir instrucción con respecto a los medicamentos así como la atención en una convulsión.<sup>15</sup>

#### - VIGILANCIA Y TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES POTENCIALES

Más adelante se describe el estado epiléptico, una complicación importante. Otra complicación es toxicidad medicamentosa. Los pacientes y sus familiares reciben información con respecto a los efectos secundarios y se les proporciona pautas específicas para valorar y reportar signos y síntomas que indican dosificación excesiva de medicamentos. Muchos medicamentos anticonvulsivos requieren vigilancia cuidadosa de las concentraciones terapéuticas se debe planificar la medición de

---

<sup>15</sup>Cook J, Fontaine K. Enfermería Psiquiátrica. 4ª ed. España: Interamericana; 2004.

concentraciones de fármacos a intervalos regulares. También hay muchas interacciones farmacológicas conocidas con los medicamentos anticonvulsivos. Se revisara el paciente el perfil farmacológico completo para evitar interacciones ya sea de potenciación o inhibición de la eficacia de los medicamentos.

## - CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD

### **Recomendaciones sobre los cuidados personales**

La higiene oral después de cada comida, el uso diario de hilo dental regular, son esenciales para prevenir o controlar la hiperplasia gingival en sujetos que reciben fenitoina (dilantin).

Se aconseja al enfermo que avise a todos sus proveedores de servicios asistenciales sobre el medicamento que está tomando debido a la posibilidad de interacción farmacológica.

Se requiere de un plan de enseñanza amplio e individualizado para ayudar al sujeto y a su familia a encarar esta enfermedad crónica. Los instructivos por escrito que se entregan al paciente debe ser adecuados a su nivel de lectura.

### **Cuidados en el hogar**

Evitar que la persona con epilepsia este a solas.

No que no realice actividades que requieran mucha preocupación como trabajos con maquinarias, con fuego (cocinar), sustancias químicas u otros materiales peligrosos.

Evitar que la persona este ansioso o en situaciones de estrés.

Supervisar la ingesta de medicación antiepiléptica a las horas indicadas.

Si el paciente sale a la calle debe de llevar un brazalete con su nombre y dirección o identificación.

### **Cuidados continuos**

Debido a que la epilepsia es un trastorno de largo plazo, el uso de medicamentos costosos puede representar una carga financiera considerable. Epilepsy foundation of america ofrece un programa por correo para proporcionar medicamentos a un costo mínimo, así como acceso a un seguro de vida. Esta organización sirve como una fuente de referencias para servicios especiales destinados para sujetos con epilepsia para muchos, el problema laboral sigue siendo el principal obstáculo que debe enfrentarse si padece de epilepsia. Las agencias estatales de rehabilitación vocacional proporcionan información sobre de entrenamiento laboral. La epilepsia foundation of américa tiene servicio de entrenamiento y de colocación. Si las convulsiones del individuo no están bien controladas, debe obtenerse información sobre sitios de trabajo protegidos o programas de empleo para trabajar en el hogar. Las agencias federales y estatales, así como la legislación federal de estados unidos pueden ser de apoyo para personas con epilepsia que sufren por discriminación laboral. Como resultado de la ley de estadounidenses incapacitados (americanswithdisabilitiesAct), el número de patrones que contrata personal a sabiendas que padece de epilepsia se está incrementando ,pero aún existen barreras para que estas persona logren un empleo, las personas con convulsiones incontrolables acompañadas de dificultades psicológicas y sociales se envían a centros especializados en epilepsia donde se dispongan de vigilancia continua de audio ,video y electroencefalografía ,tratamiento especializado y servicios de rehabilitación. Se recuerda a los enfermos y sus

familiares la importancia de seguir el régimen terapéutico prescrito y de acudir a las visitas de seguimiento. Además, se les recomienda la importancia de participar en actividades que favorezcan la salud que se recomienda fomentar un estilo de vida saludable y realizar los métodos de detección de enfermedades para llevar una vida sana.<sup>16</sup>

## **Evaluación**

### **RESULTADOS ESPERADOS**

Los resultados esperados incluyen:

1. No sufre lesiones durante la actividad convulsiva
2. Cumple con un régimen terapéutico e identifica los peligros de interrumpir el medicamento
3. El paciente y sus familiares pueden identificarse la atención apropiada durante una convulsión
4. Disminución del temor
5. Muestra afrontamiento individual y eficaz
6. Conoce y comprende la epilepsia
7. Identifica los efectos secundarios de los medicamentos.
8. Evita factores o situaciones que pueden precipitar con convulsiones (luces brillantes, hiperventilación, alcohol)
9. Sigue un estilo de vida saludable al dormir en forma adecuada y consumir alimentos a intervalos regulares para evitar la hipoglucemia
10. Ausencia de complicaciones.

---

<sup>16</sup>Epilepsia ideas generales [en línea]. España; 2010. [Fecha de acceso 22 de noviembre del 2013]. <http://dl.dropboxusercontent.com/u/21972726/textos/EPILEPSIA%20IDEAS%20GENERALES.pdf>

### 3.10 CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

#### 3.10.1 CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA:

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.

- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

### 3.10.2 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA:

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

### 3.11 CALIDAD DE VIDA EN LA EPILEPSIA

La calidad de vida del paciente con epilepsia depende del control de sus crisis y los efectos secundarios de la medicación. Los sufrimientos no sólo son físicos sino que las barreras impuestas en su vida laboral y personal suelen acarrear serias consecuencias psicosociales.

La epilepsia es una enfermedad que es afectada por diversas variables tanto individuales como la presencia de las crisis mismas, pero también por el conjunto de situaciones sociales que en diversa forma afectan al paciente en su autoestima, independencia personal, relación con los otros, etc.

Este concepto de calidad de vida como se ha dicho es relativo, ya que las apreciaciones subjetivas en oportunidades no coinciden con las objetivas proporcionadas por los que lo rodean.

De hecho, pacientes con epilepsias graves en oportunidades se aprecian así mismos como portadores de una calidad de vida aceptable, lo que no se encuentra en otros pacientes con crisis esporádicas, pero que las experimentan como gravemente perturbadoras para su desarrollo personal.

El tipo de crisis es un factor a considerar en la medida que aquellos que poseen crisis con compromiso del sistema motor afectan en mayor forma el desempeño social al ser comparadas con crisis parciales simples sin mayor compromiso de la conciencia y de la conducta.

De este modo, el cuantificar el nivel de calidad de vida en el sujeto con epilepsia requiere de instrumentos capaces de incorporar la multiplicidad de variables que intervienen tanto en la apreciación objetiva como subjetiva del epiléptico. Pocos instrumentos existen en la actualidad para la epilepsia, siendo los más destacados el

Washintong Psychosocial Seizure Inventory (W.P.S.I.) y el Quality of life in Epilepsy (Q.O.L.I.E).

El primero aporta información general sobre las percepciones del sujeto ante su enfermedad y entorno, el segundo es útil para conocer el impacto de los tratamientos sobre el sujeto y el estudio comparativo de los procedimientos terapéuticos.

Las dificultades en la adaptación social de las personas con epilepsia muestran cifras altas, tanto en pacientes con epilepsia psicóticos como no psicóticos. Los sujetos provenientes de estratos bajos poseen una particular dificultad en la adaptación social.

Por lo que implementar mayores facilidades en la rehabilitación es una alternativa de utilidad para mejorar estos índices. Países donde existen programas de rehabilitación con mayores recursos, las dificultades de adaptación son menores, ya que tanto el apoyo médico como social fomentan una mejor adaptación ante las dificultades a que se ven expuestos.

La rehabilitación implica no sólo tratar las crisis epilépticas, sino implementar un conjunto de medidas que van más allá del uso correcto de los anticonvulsivantes que permitan incorporar al sujeto con epilepsia a la sociedad en forma efectiva y duradera. La epilepsia sigue siendo en la actualidad una enfermedad incomprendida que genera miedo, rechazo o temor a quien la padece debido a las manifestaciones clínicas de las crisis, en especial las convulsiones.

Como consecuencia, en ocasiones este rechazo se traduce en aislamiento, baja autoestima y depresión que afecta muy negativamente a la calidad de vida del paciente.

## DURANTE LA CONVULSIÓN

- Procurar que el sujeto este a salvo de miradas curiosas y protegido (si el enfermo tiene un aura [signo de la inminencia del ataque] quizás tenga tiempo suficiente para resguardarse en un sitio seguro y privado).
- Colocar con cuidado al individuo en el suelo si hay tiempo suficiente.
- Proteger la cabeza del sujeto con algún objeto suave, como una toalla para evitar lesiones (por golpes contra una superficie dura).
- Aflojar la ropa constrictiva.
- Hacer a un lado cualquier mueble contra el cual pudiera golpearse el sujeto durante el ataque.
- Si el paciente está en cama, retirar las almohadas y elevar los barandales.
- Si aún ahora precede al ataque, introducir un baja lenguas entre los dientes para reducir la posibilidad de morder la lengua o las mejillas.
- No tratar de mantener abiertos los maxilares que están apretados en un espasmo para introducir algo. Si se intenta tal medida, puede romperse algún diente y lesionar los labios y la lengua.
- No tratar de sujetar al individuo durante la crisis, pues sus contracciones musculares son potentes y al sujetarlo puede producirse una lesión.
- De ser posible, hay que colocarlo sobre su costado con la cabeza flexionada hacia adelante para que la lengua se desplace en tal dirección y se facilite el drenaje de saliva y moco. Si se dispone de equipo de succión, utilizarlo en caso necesario para limpiar las secreciones.

## DESPUÉS DE LA CONVULSIÓN

- Mantener al paciente recostado sobre un lado para evitar la aspiración. Asegurarse que la vía respiratoria es permeable.
- Por lo regular hay un periodo de confusión después de los ataques epilépticos.
- Hay un periodo apneico breve durante o inmediatamente después del ataque generalizado.
- Cuando el paciente recupera la conciencia, hay que reorientarlo en relación con el medio.
- Si el sujeto tiene notable excitación después de la convulsión, hay que calmarlo por medio de persuasión tranquila y sujeción suave.

## QUÉ NO SE DEBE HACER

- No es necesario realizar respiración artificial.
- Los cambios de coloración de la piel se producen a causa de la reactividad de los vasos cutáneos.
- No hay riesgo de que la persona se ahogue con su lengua.
- Los ruidos se deben a la falta de coordinación de la respiración y al aumento de secreciones.
- No se debe sacudir o golpear al epiléptico.
- La crisis comienza y se interrumpe de forma espontánea.
- No hay que ponerle alcohol en la frente.
- No hay razón para frotarle la frente con alcohol.
- Esta medida no tiene ninguna utilidad para controlar las crisis convulsivas, y en cambio se corre el riesgo de que se produzcan lesiones químicas si el alcohol entra en contacto con los ojos.

- No es útil administrarle medicamentos por la boca.
- El epiléptico está inconsciente, el mecanismo para tragar está falto de coordinación en ese momento. Además, los medicamentos anticonvulsivos no hacen efecto inmediatamente; los cambios en el control de las crisis se aprecian cuando los fármacos ya han llegado a la sangre en cantidades suficientes y tras 7 días como mínimo.
- Pasada la crisis no se necesita ningún sedante.
- Una vez que el epiléptico deja de convulsionarse y está dormido, ya no es necesario. Los medicamentos que se usan para interrumpir las crisis son sedantes de acción corta (su efecto dura entre 20-40 minutos), por lo que una vez pasada la crisis no tienen utilidad.

### ASPECTOS A EVALUAR EN LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA

- **Somáticos:** Crisis epilépticas, salud general, desempeño general, actividades diarias, síntomas físicos, ritmicidad sueño-vigilia, efectos laterales de fármacos.
- **Psicológicos:** Autopercepción, autoestima, sensación de bienestar, satisfacción, presencia de psicopatología.
- **Social:** Familia, Relación y comunicación con los otros, Género, recreación, roles.
- **Cognitivos:** Memoria, alerta, juicio
- **Económicos:** Ingresos, actividad laboral

### 3.11.1 ROL DE LA FAMILIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON EPILEPSIA

La epilepsia irrumpe en la vida de una familia de manera brusca e inesperada provocando multitud de reacciones: tristeza, rabia, dolor, indignación, etc. Cada núcleo familiar es diferente y, por tanto, reaccionará de distinta manera ante el diagnóstico. Hay dos actitudes que la familia debe evitar para conseguir el desarrollo personal, social y familiar del paciente:

- **Sobreprotección:** los familiares cometen el error de mimarlos y sobreprotegerlos en exceso, privándolos de llevar una vida normal.
- **Rechazo:** el cambio en la calidad de vida de la familia origina en algunos familiares incomprensión, desconcierto y ofuscación, lo que hace que el paciente se sienta mal.

#### **Posibles cambios en la unidad familiar.**

- Disminuye la atención de los/as otros/as hijos/as.
- Se produce un rechazo a tener más.
- Cambia la dinámica de la pareja en cuanto a relaciones, roles.
- Cambios de residencia y hábitos de la familia: horarios de sueño, sexualidad, actividades de ocio, etc.
- Reajuste de las expectativas.
- Dudas y dificultades en cuanto a la comunicación del problema y participación de otros familiares.

- Se produce una carga económica y social muy importante en la familia y en la sociedad. Una persona con epilepsia tiene unos gastos extras.
- Los ingresos se reducen: se produce absentismo laboral, bajas prolongadas, etc

### **Búsqueda de soluciones.**

La familia debe buscar soluciones, pedir ayuda y aceptar la enfermedad como una etapa más de la vida.

- Confiar en el equipo de profesionales que le atienden.
- Buscar ayuda e información veraz de la enfermedad.
- Acudir a las Asociaciones.
- Aprender a convivir con la enfermedad.
- Llevar la enfermedad con dignidad.
- Hablar de epilepsia con naturalidad.

### **3.11.2 REPERCUSIONES FAMILIARES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON EPILEPSIA**

Los cuidados de un afectado por epilepsia grave suponen para el cuidador y la familia una carga tanto física como emocional que a veces rompe todas las estructuras, creando un verdadero caos familiar. La familia debe aprender a convivir con la epilepsia y los problemas que conlleva: cognitivos, emocionales y alteraciones del comportamiento. En ocasiones es más difícil convivir con estos trastornos que con la propia enfermedad. Durante ésta el cuidador debe afrontar todos los problemas que se presentan con habilidad, entereza, arrojo y pensar siempre en positivo para conseguir los objetivos marcados.

El familiar atravesará por tantas etapas o fases como el enfermo. Las primeras fases de la enfermedad serán más llevaderas. Se debe trabajar pensando que todo lo que se hace será efectivo y positivo para conseguir el bienestar del enfermo. Se debe facilitar la comunicación, escuchando y compartiendo sus sentimientos y emociones. El trato al enfermo debe estar lleno de ternura, cariño y comprensión.

El 80% de los familiares experimentan estrés, cansancio, agotamiento, ansiedad, depresión, entre otros trastornos. En ocasiones se pierde la ilusión por vivir y se cae en un aislamiento progresivo, tanto familiar como social. Llegados a este punto es necesario pedir ayuda, entendiendo que pedirla no es fracasar sino una estrategia para poder sobrellevar la enfermedad. La familia debe apoyarse, unirse, dialogar y discutir la mejor forma de cuidar al paciente. Si se crea tensión y conflictos familiares se debe pedir ayuda a un profesional.

### **3.11.3 ACTITUDES DE LA FAMILIA FRENTE AL PACIENTE CON EPILEPSIA**

- Escuchar, observar y comprender lo que le está sucediendo.
- Respetar su silencio y mostrarnos disponibles cuando desee hablar.
- No imponer lo que tiene que hacer.
- Evitar las frases hechas: "hay que ser fuerte", "esto no es nada", "hay otros que están peor", etc. La mayor parte de las veces suelen provocar incomodidad y malestar.

### 3.12 CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS EN LOS PACIENTES EPILÉPTICOS

Los controles médicos periódicos en los pacientes epilépticos son importantes, para lograr su bienestar, siendo necesaria la participación de un grupo multidisciplinario (Neurólogos, Psicólogos, Psiquiatras, enfermeras, Trabajadora Social, etc.), dándole al paciente una ayuda especializada para que tenga un desenvolvimiento eficaz en la sociedad.

Los pacientes epilépticos en tratamiento están bien controlados y libres de crisis. Sin embargo, algunos factores pueden precipitar las crisis y hay que estar atentos a que esto no ocurra.

Es necesario llevar un control detallado de la frecuencia de crisis epiléptica, que es uno de los aspectos más influyentes en la percepción de calidad de vida del paciente. En caso de persistencia de crisis epiléptica es útil recomendar la utilización de calendarios donde se registren las crisis epilépticas. Insistir en el buen cumplimiento de sus controles, las recomendaciones terapéuticas farmacológicas y de estilo de vida, aconsejándole una serie de medidas oportunas para evitar el olvido de la toma de medicamentos.

Al inicio del tratamiento se debe informar sobre las posibles manifestaciones clínicas de intolerancia, como somnolencia, astenia, anorexia, manifestaciones digestivas u otros efectos dosis dependiente o idiosincrásicos. Toda la información que reciba el paciente y familiares sobre su afección será de gran utilidad para que la adherencia al tratamiento sea máxima.

Desde el punto de vista médico se utilizan esquemas de tratamiento anticonvulsivante para el control de las crisis. El

anticonvulsivante ideal sería aquella capaz de curar definitivamente al paciente, pero esto no es posible de obtenerse sino con un tratamiento prolongado de varios años.

A las personas con Epilepsia, se les inicia con un esquema de tratamiento y sólo el médico está capacitado para seleccionarla. Es importante recalcar que no todos los pacientes se controlan con el mismo esquema de tratamiento y dosis siendo necesario los controles médicos periódicos, semanal, mensual y trimestral según el médico lo indique.

La duración del tratamiento en promedio es de 4 a 5 años tomando el esquema de tratamiento anticonvulsivante indicado, dándole al paciente una probabilidad de curación cercana al 70%, si toma la droga ininterrumpidamente.

### **3.12.1 Primer Control Médico Del Paciente Epiléptico**

Se realiza habitualmente a las cuatro semanas de tomar la dosis total de fármaco, puesto que entonces todos los antiepilépticos han alcanzado el nivel plasmático estable, que puede determinarse al mismo tiempo que se obtiene información sobre la eficacia y la tolerabilidad del fármaco, habiendo desaparecido, si los hubo, los efectos adversos iniciales relacionados con la introducción del fármaco. En este control se realiza la primera determinación del nivel plasmático del antiepiléptico, con extracción de la muestra de sangre antes de tomar la dosis de la mañana, aproximadamente 12 horas después de la dosis de la noche. La observación de este horario para la extracción de la muestra sanguínea es especialmente importante en fármacos de vida media corta, como valproato o carbamacepina, pero es conveniente adoptarlo para todos los antiepilépticos,

puesto que los rangos terapéuticos aceptados son los de los niveles mínimos de los mismos. Con la información sobre la eficacia y la tolerabilidad del fármaco, y con el dato del nivel plasmático alcanzado, se mantiene o se modifica la dosis, procurando que el nivel sérico esté dentro del rango terapéutico, para minimizar el riesgo de recidivas por niveles séricos insuficientes, o de efectos adversos por niveles séricos excesivos.

### **3.12.2 Causas que pueden contribuir a que aparezcan las crisis**

La primera causa es el abandono de la medicación o el olvido de las tomas. Es importante recalcar que el paciente en tratamiento debe evitar el consumo de bebidas embriagantes o psicoestimulantes, pues estos pueden precipitar crisis convulsivas. Igual cosa ocurre con la falta de sueño (no dormir una noche completa).

La medicación antiepiléptica debe tomarse de forma regular y a las horas prescritas ya que el medicamento tiene una vida media en la sangre y debe cubrir las veinticuatro horas del día, puesto que pueden ocurrir también crisis durante la noche.

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

La cirugía está indicada en sujetos con epilepsia cuyo mal es consecuencia de tumores intracraneales, abscesos, quistes o anomalías vasculares. Algunos individuos tienen crisis convulsivas intratables que no mejoran con la farmacoterapia. Puede haber un proceso focal de atrofia como consecuencia de traumatismo, inflamación, apoplejía o anoxemia.

Si las convulsiones nacen en una zona circunscrita del encéfalo que pueda extirparse sin producir un déficit neurológico notable, la eliminación del foco epileptógeno al parecer permite el control a largo plazo y la mejoría del cuadro clínico.

Este tipo de neurocirugía se ha facilitado por los avances modernos, que incluyen técnicas microquirúrgicas, EEG profunda, mejor iluminación y hemostasia y neuroleptoanalgesia (droperidol y fentanil). Si se combinan estas técnicas con el uso de anestésicos locales, el neurocirujano puede operar a un sujeto consciente y respuesta del paciente a la estimulación, se determinan los márgenes del foco epileptógeno. Cualquier foco epileptógeno anormal (es decir, zona anormal en el encéfalo) se extrae.

Como un adjunto a los medicamentos y cirugía en adolescentes y adultos con convulsiones parciales, puede implantarse un generador por debajo de la clavícula. Este dispositivo se conecta al nervio vago en el arco cervical, donde envía señales eléctricas al cerebro para controlar y reducir la actividad convulsiva. El médico utiliza un sistema de programación externo para combatir el ajuste del estimulador. Los pacientes pueden prender y apagar el estimulador con un imán.

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS CRISIS EPILEPTICAS

<b>TÓNICO-CLÓNICAS GENERALIZADAS</b>	INDISTINTAMENTE: fenitoína, carbamacepina, fenobarbital o valproato.
<b>PARCIALES</b>	1. Carbamacepina 2. Fenitoína
<b>MIOCLÓNICAS</b>	1. Clonacepam 2. Valproato
<b>AUSENCIAS</b>	1. Etosuximida (típicas) 2. Valproato (atípicas)
<b>STATUS EPILEPTICO</b>	3. Diacepam IV, fenitoína IV, fenobarbital IV 4. Anestesia con propofol o midazolam

#### 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

ROSAS SÁNCHEZ, LUCI ELIZABETH. En el año 2005 se realizó un estudio de investigación sobre **“La enfermera frente al paciente epiléptico y su familia en el C.S.M. Moisés Heresi, Arequipa- 2005”**. Concluyendo que los pacientes epilépticos del C.S.M. “Moisés Heresi” de Arequipa, en el 80% tienen edades entre los 11 y 30 años, el 62,07% pertenecen al sexo masculino y con un grado de instrucción del 83% que va desde analfabetos hasta secundaria completa, el 86.20% son solteros.

LOAYZA GONZALES, KARINA OLIMPIA. En el año 2003 se realizó un estudio de investigación sobre **“Programas Piloto de Atención Farmacéutica a Pacientes epilépticos Ambulatorios de 3-17 años en el Hospital de Apoyo III Sullana – Piura 2003”**. Concluyendo que existe un desconocimiento general de la patología que presentan los pacientes epilépticos ambulatorios que asisten al hospital de apoyo III Sullana – Piura. Hubo un predominio de pacientes que no conocen la medicación que reciben a pesar de que la mayoría recibió indicaciones médicas que son entendidas por la mayoría de los pacientes.

MANTILLA PAREDES, CINTHYA YOVELI.

TERAN ALIAGA, URSULA AURORA.

En el año 2012 se realizó un estudio de investigación sobre **“Importancia del soporte familiar en la rehabilitación del paciente epiléptico del centro de salud Mental Moisés Heresi Arequipa-2012”**. Concluyendo que las edades de los pacientes son entre 21 y 30 años; la mayoría de sexo masculino, con grado de instrucción secundaria, sin trabajo, con diagnóstico de epilepsia tipo gran mal y un tiempo de enfermedad de 11 años a más, siendo el familiar responsable la madre, la mayoría de las familias está conformada por la madre y hermanos, con problemas de

adaptación a las crisis y no acepta el tratamiento y rehabilitación. Las necesidades principales que presenta el paciente epiléptico son: importancia de sus controles periódicos, rehabilitación y resocialización, adaptación a sus crisis y conocimiento sobre su enfermedad.

PAUCAR GUTIERREZ, ALFREDO. En el año 2000 se realizó un estudio de investigación sobre **“Factores que condicionan o provocan el fracaso del tratamiento antiepiléptico (Hospital III, Yanahuara ESSALUD) Enero Abril- 2000”**. Concluyendo que el presente estudio de tipo descriptivo transversal retrospectivo se realizó con el objetivo de determinar los factores asociados al fracaso del tratamiento antiepiléptico; se consideraron 263 pacientes de ambos sexos, que consultaron en el servicio de neurología del Hospital III, Yanahuara que acudieron por presentar crisis epilépticas. La incidencia del fracaso de tratamiento antiepiléptico fue de 14.45% siendo más frecuente en los pacientes jóvenes 10-19 años, predominando el sexo masculino, en cuanto al estado civil se mencionó que el 39.47% de pacientes del grupo de fracaso de tratamiento antiepiléptico forma parte de la población de solteros y lo referente a ocupación destacan los estudiantes. El factor asociado al fracaso del tratamiento antiepiléptico más frecuente fue medicación irregular seguido de la dosis insuficiente, esto obligo a trabajar más sobre campañas que incentiven al paciente a seguir las indicaciones médicas.

SALCEDO CATAFORA, MARIO ENRIQUE. En el año 2002 se realizó un estudio de investigación sobre **“Factores Administrativos Asociados con el Fracaso en el tratamiento de Pacientes con Epilepsia en la Red Asistencial Arequipa de ESSALUD Arequipa-2002”**. Concluyendo que el presente estudio se realizó con la finalidad de determinar la asociación entre los factores administrativos (admisión, personal, infraestructura y abastecimiento) y el fracaso del tratamiento en los pacientes con epilepsia en los establecimientos de la Red asistencial Arequipa de ESSALUD

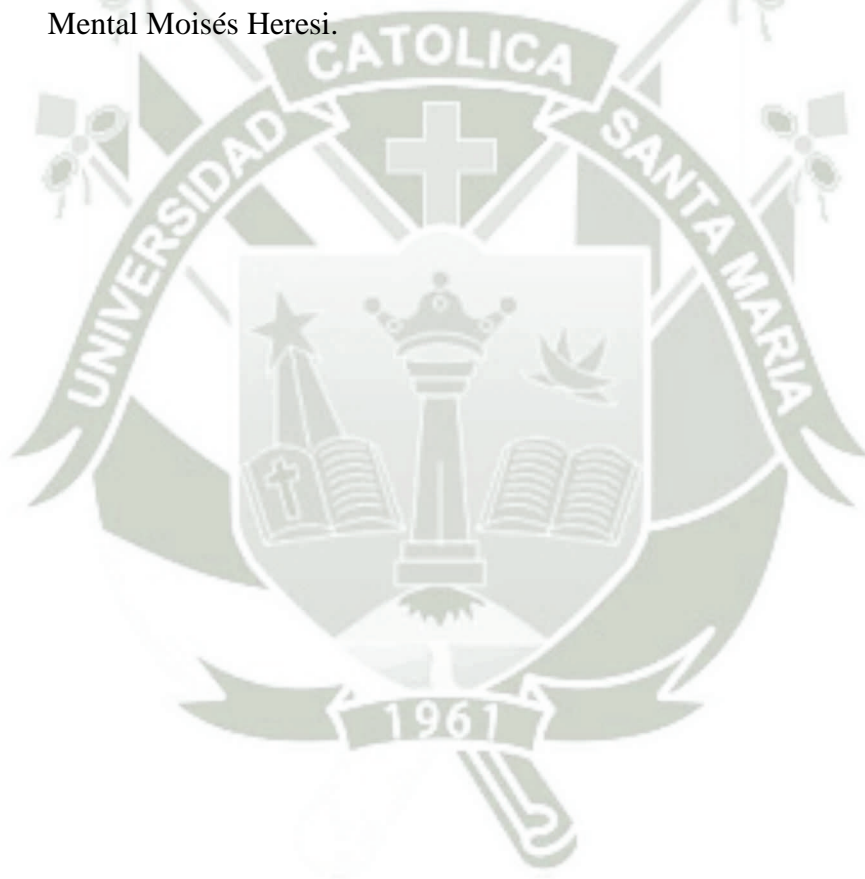
(Hospital III Yanahuara, Hospital II Edmundo Escomel, Policlínico Metropolitano y Centro de Salud Melitón Salas) en un periodo de tiempo comprendido entre marzo a julio del 2002. El grupo etéreo en el que predominó el fracaso del tratamiento de la epilepsia, en todos los establecimientos de salud de la gerencia departamental de Arequipa, fue entre 10 a 19 años, siendo similar en ambos sexos. El establecimiento de salud en el que se encontró más frecuentemente el fracaso del tratamiento de la epilepsia, fue el Hospital III Yanahuara (39.9%) la falta de turno y el desabastecimiento en farmacia son los factores más frecuentes hallados en el estudio.

ZEGARRA SERRANO, MIGUEL ÁNGEL. En el año 2001 – 2003 se realizó un estudio de investigación sobre **“Prevalencia de Trastornos de Salud Mental que influyen en las relaciones interpersonales de pareja en pacientes con epilepsia en el Hospital III ESSALUD Yanahuara, Arequipa- 2003”**. Concluyendo que el Paciente con epilepsia es un individuo susceptible de sufrir de manera asociada a su enfermedad, alteraciones de tipo psicológico psiquiátricas; desde el momento de darse por enterado que es portador de dicha patología. Dichos trastornos de salud mental pueden influenciar de manera directa sobre el desarrollo propio al tratar de formalizar una vida en común con su pareja. Dentro de los trastornos más frecuentes se puede mencionar la Ansiedad y Depresión, además de la disminución del libido, Dispareunia, Vaginismo e impotencia sexual. Muchos de los cuales podrían también ser causados por el tratamiento farmacológico que estos pacientes suelen recibir desde el momento del diagnóstico.

## 5. HIPÓTESIS

Dado que la epilepsia es una enfermedad crónica caracterizada por ataques o crisis de convulsiones que ceden espontáneamente, y se repiten de manera periódica, alterando el funcionamiento eléctrico del cerebro, poniendo en riesgo la integridad del paciente.

Es probable que controles periódicos frecuentes influyan favorablemente en la calidad de vida de los pacientes epilépticos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.



## CAPÍTULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICA E INSTRUMENTO :

Para la variable CONTROLES PERIÓDICOS se utilizó como técnica la observación y como instrumento la ficha de observación documental (historia clínica). Para la variable CALIDAD DE VIDA se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento la Cédula de entrevista: QOLIE-10, Autor: Cesar Viteri Torres, consta de 10 ítems y se divide en dimensiones generales y específicas agrupadas en tres factores: concentración, memoria y estado de salud. La ponderación para los resultados de la escala se considera 18 – 20: Buena calidad de vida y 21 – 50: Mala calidad de vida.

#### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

##### 2.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA:

Esta investigación se llevará a cabo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi el cuál se encuentra ubicado en el distrito de Cerro Colorado en la AV. Pumacahua el cual nos brinda servicios de hospitalización y consulta externa a pacientes con problemas mentales.

##### 2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:

El estudio es coyuntural para el 2014

##### 2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

Las unidades de estudios estarán conformados por pacientes epilépticos que acuden a consulta externa y hospitalización en el mes de Enero 2014 que corresponde al 100%, en número de 30.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes diagnosticados con las diferentes crisis de epilepsia
- Pacientes que acepten participar en la investigación
- Pacientes que reciben diferentes esquemas de tratamiento
- Pacientes mayores de 15 años

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que no aceptan participar del estudio
- Pacientes epilépticos con problemas de retardo mental y otras patologías
- Pacientes menores de 15 años

### **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Se realizará la respectiva coordinación con el Decanato de la Facultad de Enfermería, previa presentación de los dictámenes aprobado para que se nos emita la carta de presentación.
- Coordinación con el Director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, el cual realizará coordinaciones con la enfermera encargada del servicio de consultorios externos.
- Motivación a los pacientes para la aplicación del instrumento.
- El horario de trabajo será mañana – tarde.
- La sistematización de datos a través de tablas estadísticas.



TABLA N° 1

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES  
EPILEPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL  
MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014**

<b>EDAD</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
16 a 21	6	20%
22 a 27	6	20%
28 a 33	6	20%
33 a más	12	40%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Elaborado por la investigadora.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 40% corresponde al grupo etareo de 33 años a más y un acumulado del 60 % entre las edades de 16 a 33 años.

De lo que deducimos que más de la mitad de los pacientes epilépticos están entre las edades de 16 a 33 años considerando ser adultos jóvenes que constituye para efecto de sus controles.

TABLA N° 2

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES  
EPILEPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL  
MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014**

<b>SEXO</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Femenino	14	47%
Masculino	16	53%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Elaborado por la investigadora.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 53% son de sexo masculino y un menor porcentaje de sexo femenino con 47%.

De lo que deducimos que más de la mitad representa al sexo masculino.

TABLA N° 3

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA DE  
LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD  
MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014**

LUGAR DE PROCEDENCIA	Fr	%
Arequipa	19	63%
Puno	2	7%
Cuzco	0	0%
Tacna	1	3%
Otros	8	27%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Elaborado por la investigadora.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 63% proceden de Arequipa y un menor porcentaje de 3% proceden de Tacna.

De lo que deducimos que más de la mitad proceden de Arequipa lo que les facilita para acudir a sus controles médicos periódicos.

**TABLA N° 4**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR DE LOS  
PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL  
MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014**

<b>CONVIVENCIA FAMILIAR</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
Ambos Padres	10	33%
Madre	12	40%
Padre	0	0%
Hermanos	2	7%
Otros familiares	2	7%
Solo	4	13%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Elaborado por la investigadora.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 40% conviven con la madre y un menor porcentaje de 7% conviven con otros familiares.

De lo que deducimos que casi la mitad de la población conviven con la madre revelando la importancia del soporte de la madre.

TABLA N° 5

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD  
DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO  
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI  
AREQUIPA-2014**

<b>TIEMPO DE ENFERMEDAD</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
1 a 5 años	7	23%
6 a 11 años	2	7%
12 a 17 años	9	30%
17 a más	12	40%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Elaborado por la investigadora.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 40 % tienen un tiempo de enfermedad de 17 años a más y un menor porcentaje de 7% tiene un tiempo de enfermedad de 6 a 11 años.

De lo que deducimos que casi la mitad de la población son pacientes crónicos con un tiempo de enfermedad de 17 años a más, resultando que los controles médicos periódicos son de por vida.

TABLA N° 6

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE CRISIS EPILÉPTICA DE  
LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD  
MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014**

<b>TIPO DE CRISIS EPILÉPTICA</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Crisis Generalizada	23	77%
Crisis Jacksoniana	7	23%
Crisis Psicomotoras	0	0%
Otros	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Elaborado por la investigadora.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 77% presentan el tipo de crisis generalizada y un menor porcentaje de 23 % presentan crisis jacksonianas.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población presentan crisis generalizadas por lo tanto deben tener controles médicos periódicos.

**TABLA N° 7**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FRECUENCIA DE CRISIS  
EPILEPTICAS DE LOS PACIENTES EPILEPTICOS DEL  
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI  
AREQUIPA-2014**

<b>FRECUENCIA DE CRISIS EPILEPTICAS</b>	<b>FR</b>	<b>%</b>
Diaria	1	3%
Semanal	6	20%
Mensual	23	77%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Elaborado por la investigadora.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 77% tienen crisis epiléptica cada mes y un menor porcentaje de 3% presentan crisis en frecuencia diaria.

De lo que deducimos que casi la mitad de la población tiene frecuencia de crisis mensuales.

TABLA N° 8

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FRECUENCIA DE CONTROLES  
MÉDICOS DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL  
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS  
HERESI AREQUIPA-2014**

<b>FRECUENCIA DE SUS CONTROLES</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Semanal	5	17%
Mensual	14	47%
Trimestral	4	13%
Nunca	7	23%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Elaborado por la investigadora.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 47% tienen controles mensuales y un menor porcentaje de 13% con controles trimestrales y un 23% no se ha controlado nunca.

De lo que deducimos que casi la mitad de la población tiene controles mensuales lo cual se consideran positivos para una mejor calidad de vida, pero es preocupante que algunos pacientes no sé controlen nunca.

TABLA N° 9

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO  
ANTICONVULSIVANTE DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS  
DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS  
HERESI AREQUIPA-2014**

<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Carbamazepina + Fenobarbital	20	67%
Valprax + Fenitoina	7	23%
Valprax + Diazepam	3	10%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Elaborado por la investigadora.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 67% recibe el esquema de tratamiento con Carbamazepina y Fenobarbital, un 23 % Valprax y Fenitoina, y un 10% Valprax y Diazepam.

De lo que deducimos que más de la mitad reciben tratamiento anticonvulsivante con Carbamazepina y Fenobarbital, el resto de pacientes con otros esquemas como valprax + fenitoina, valprax + diazepam.

**TABLA N° 10**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CALIDAD DE VIDA DE LOS  
PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD**

**MENTAL MOISÉS HERESI**

**AREQUIPA-2014**

<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Buena calidad de vida	13	43%
Mala calidad de vida	17	57%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Instrumento aplicado por la Escala QOLIE-10.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 57% presentan una mala calidad de vida y un 43% se ubican en una mejor calidad de vida.

De lo que deducimos que más de la mitad de los pacientes en estudio presentan mala calidad de vida.

**TABLA N° 11**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD Y CALIDAD DE VIDA  
DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL CENTRO  
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI  
AREQUIPA-2014**

	16 a 21 años		22 a 27 años		28 a 33 años		33 a más		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Buena calidad de vida	2	7%	3	10%	4	13%	4	13%	13	43%
Mala calidad de vida	4	13%	3	10%	2	7%	8	27%	17	57%
									<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Instrumento aplicado por la Escala QOLIE-10.

En la tabla se observa que un acumulado de 26% tienen buena calidad de vida entre las edades de 28 a 33 años a más, un 27% en las edades de 33 años a más, un 13% en las edades de 16 a 21 años y un 10% en las edades de 22 a 27 años tienen mala calidad de vida.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudio tienen mala calidad de vida en el grupo etareo de 33 años a más, siguiendo el grupo de 16 a 21 años y 22 a 27 años.

**TABLA N° 12**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD Y  
CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL  
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI  
AREQUIPA-2014**

	<b>1 a 5 años</b>		<b>6 a 11 años</b>		<b>12 a 17 años</b>		<b>17 a más</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Buena calidad de vida	4	13%	0	0%	4	13%	5	17%	13	43%
Mala calidad de vida	3	10%	2	7%	5	17%	7	23%	17	57%
									<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Instrumento aplicado por la Escala QOLIE-10.

En la tabla se observa que el mayor porcentaje de 17% tienen buena calidad de vida con un tiempo de enfermedad de 17 años a más, sin embargo un 23% en su misma edad presentan mala calidad de vida.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudio tienen mala calidad de vida con un tiempo de enfermedad de 17 años a más.

**TABLA N° 13**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE CRISIS EPILÉPTICA Y  
CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS DEL  
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI  
AREQUIPA-2014**

	Crisis Generalizada		Crisis Jacksoniana		Crisis Psicomotoras		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Buena calidad de vida	9	30%	4	13%	0	0%	13	43%
Mala calidad de vida	14	47%	3	10%	0	0%	17	57%
							<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Instrumento aplicado por la Escala QOLIE-10.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 30% a pesar de tener crisis generalizadas tienen buena calidad de vida, sin embargo un acumulado de 57% con el mismo tipo de crisis tienen mala calidad de vida.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población de estudio tienen mala calidad de vida, predominando en ellos las Crisis Generalizadas, siguiendo Crisis Jacksonianas y Crisis Psicomotoras.

**TABLA N° 14**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FRECUENCIA DE CRISIS  
EPILÉPTICA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES  
EPILÉPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL  
MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014**

	Diaria		Semanal		Mensual		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Buena calidad de vida	0	0%	1	3%	12	40%	13	43%
Mala calidad de vida	1	3%	5	17%	11	37%	17	57%
							<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Instrumento aplicado por la Escala QOLIE-10.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 40% presentan buena calidad de vida y con frecuencia de crisis mensuales, así mismo un 37% con la misma frecuencia de crisis tienen mala calidad de vida, y un 17 % con crisis semanales presentan mala calidad de vida.

De lo que deducimos que más de la mitad de los pacientes con crisis mensuales, semanales y diarias tienen mala calidad de vida.

**TABLA N° 15**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FRECUENCIA DE CONTROLES  
MÉDICOS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES  
EPILEPTICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL  
MOISÉS HERESI AREQUIPA-2014**

	Semanal		Mensual		Trimestral		Nunca		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Buena calidad de vida	3	10%	9	30%	1	3%	0	0%	13	43%
Mala calidad de vida	2	7%	5	17%	3	10%	7	23%	17	57%
									<b>30</b>	<b>100%</b>

➤ Instrumento aplicado por la Escala QOLIE-10.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 30% que tienen controles médicos mensuales tienen buena calidad de vida, un 10% con controles semanales tienen buena calidad de vida, así mismo un porcentaje alto de 23% que no tienen ningún tipo de control médico tienen mala calidad de vida y un acumulado de 34% que tienen controles médicos semanales, mensuales y trimestrales tienen mala calidad de vida.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población a pesar de tener controles semanales, mensuales y trimestrales tiene mala calidad de vida, es importante resaltar que la otra mitad de la población se percibe buena calidad de vida.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Los resultados muestran que los controles médicos periódicos de los pacientes epilépticos son en su mayoría mensuales, siguiendo los controles médicos semanales y algunos pacientes sin control médico. De acuerdo a los datos sociodemográficos cabe señalar que la mayoría de la población de estudio se ubica en el grupo etareo de 33 años a más, son de sexo masculino proceden de Arequipa, viven con la madre con un tiempo de enfermedad de 12 a 17 años a más, con crisis generalizada y frecuencia de crisis mensuales.

**SEGUNDA:** La calidad de vida encontrada en la población de estudio de los pacientes epilépticos es en su mayoría mala calidad de vida y un menor porcentaje buena calidad de vida.

**TERCERA:** Los controles médicos periódicos influyen en la calidad de vida de los pacientes epilépticos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

## RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se da las siguientes recomendaciones:

Se recomienda al Director del Centro De Salud Mental Moisés Heresi coordinar con las enfermeras responsables de consultorios externos y salud pública en el manejo de estrategias, tales como acciones de seguimiento, visitas domiciliarias y acciones educativas para lograr una mayor asistencia a sus controles médicos y mejorar su estilo de calidad de vida.

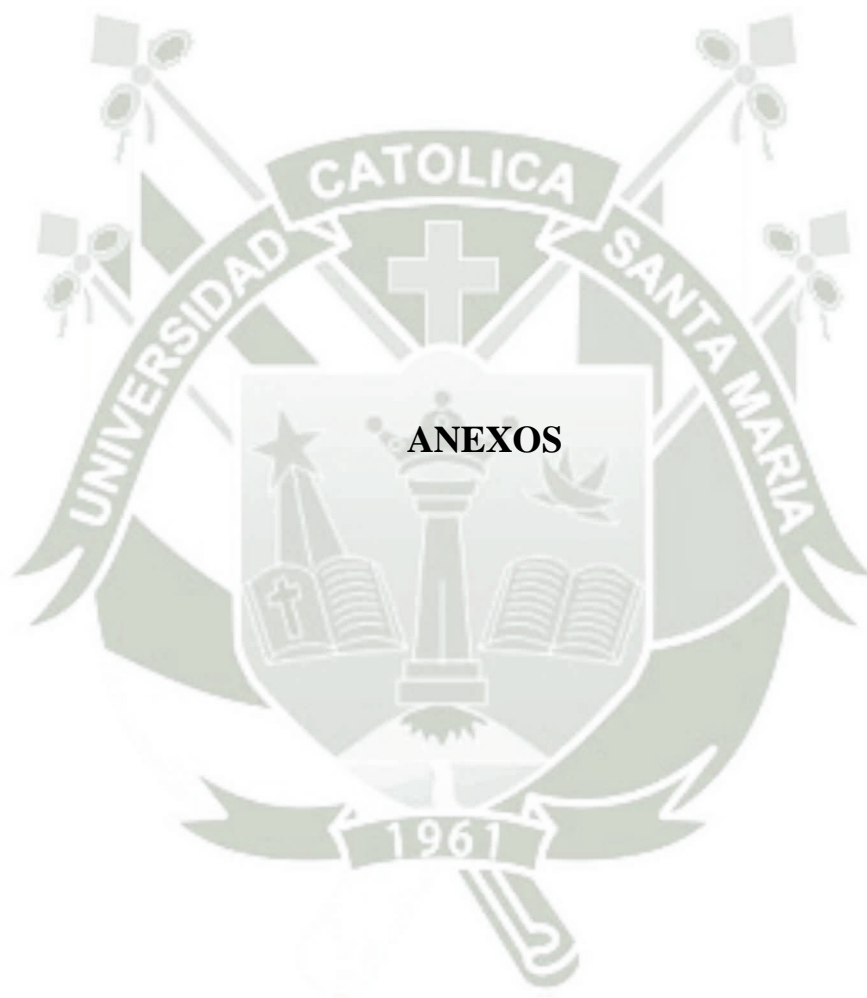


## BIBLIOGRAFÍA

1. Adams R. Manual de principios de Neurología. 4ª ed. Mexico: interamericana; 2001. p. 150-159.
2. Adams RD, Victor M, Ropper A. Principios de Neurología. 6ª ed. Mc Graw- Hill: Interamericana; 2002. p. 275 – 283 – 300.
3. Alarcón, V. Psiquiatría. 3ª ed. Madrid : Médica Panamericana S.A; 2004.
4. Beato Mateos. Avances terapéuticos en Epilepsia. Rev. Clin (Esp) 2006; 199 (7): 413 – 414.
5. Berg A, Francine M. Epidemiología de la Epilepsia. Rev. ClinNeurol (Nort) 2008; 2 (2): 413-424.
6. Brunner L, Suddarth D. Enfermería Psiquiátrica. 4ª ed. España: Iberoamericana; 2001.
7. Carrillo F. Como hacer la tesis. 8ª ed. Lima – Per: Horizonte; 2003.
8. Cook J, Fontaine K. Enfermería Psiquiátrica. 4ª ed. España: Interamericana; 2004.
9. Cramer J.A. Calidad de vida para personas con epilepsia. ClinNeurol (Nort) 2002; 1 (1): 5-7.
10. Egidio S, Mazzei L. Tratado de Semiología y Fisiopatología. 5ª ed. España: El atena; 2006.
11. Frank G, Elaine W. Métodos diagnósticos en trastornos convulsivos. Rev. ClinNeurol (Nort) 2002; 1 (1): 67-68.
12. Ortiz P, Ángeles M. Atención del paciente con crisis epilépticas. Rev. ClinNeurol (Esp) 2001; 4 (1-3): 22-28.
13. Smith H, Saraiy A.H. Fisiopatología. 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2004. p. 1042-1044.
14. Uribe C. Fundamento de medicina. 5ª ed. Colombia: Rojo; 2005. p. 268-289.
15. Zarranz J. Neurología. 7ª ed. Mexico D.F: Diana; 2011.

### PÁGINAS WEB:

- Canteras R, Barranco J. Guía Ápice de epilepsia [en línea]. España: Evans; 2011. [Fecha de acceso 22 de noviembre del 2013]. URL Disponible en: <http://www.apiceepilepsia.org/Descargas>
- Epilepsia ideas generales [en línea]. España; 2010. [Fecha de acceso 22 de noviembre del 2013]. URL Disponible en: <http://dl.dropboxusercontent.com/u/21972726/textos/EPILEPSIA%20IDEAS%20GENERALES.pdf>
- Mauri J. Libro Blanco de Epilepsia en España [en línea]. España: Inyecmedias.l; 2013. [Fecha de acceso 22 de noviembre del 2013]. URL Disponible en: <http://www.apiceepilepsia.org/Descargas>



## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA

Señores pacientes les agradecería contestar las siguientes preguntas con total honestidad marcando con una (x) en el espacio indicado, muchas gracias.

#### VARIABLE INDEPENDIENTE

##### Controles Periódicos

1. ¿Qué edad tiene usted ?

- 16 a 21 ( )
- 22 a 27 ( )
- 28 a 33 ( )
- 33 a mas ( )

2. Sexo

- Femenino ( )
- Masculino ( )

3. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

- Arequipa ( )
- Puno ( )
- Cuzco ( )
- Tacna ( )
- Otros ( )

4. ¿Con quién vive usted?

- Ambos padres ( )
- Madre ( )
- Padre ( )
- Hermanos ( )
- Otros familiares ( )
- Solo ( )

5. ¿Cuál es el tiempo de su enfermedad?

- 1 a 5 años ( )
- 6 a 11 años ( )
- 12 a 17 años ( )
- 17 a mas ( )
- Otros ( )

6. ¿Cuál es el tipo de crisis epiléptica? ( Historia clínica )

- Crisis generalizada ( )
- Crisis jacksonianas ( )
- Crisis psicomotoras ( )
- Otros ( )

7. ¿Cuál es la frecuencia de las crisis? ( Historia clínica)

- Diaria ( )
- Semanal ( )
- Mensual ( )

8. ¿Con que frecuencia son sus Controles Médicos? ( Historia clínica)

- Semanal ( )
- Mensual ( )
- Trimestral ( )
- Nunca ( )

9. ¿Qué esquema de tratamiento anticonvulsivante recibe? ( Historia clínica)

- Carbamazepina + Fenobarbital ( )
- Valprax + Fenitoina ( )
- Valprax + Diazepam ( )

10. ¿Cuál es la dosis de su medicación? ( Historia clínica)

.....  
.....

**VARIABLE DEPENDIENTE**

**Calidad De Vida**

<b>CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA EN EPILEPSIA QOLIE-10</b> <b>(Quality of life in epilepsy)</b>						
	¿Cuántas veces en las últimas 4 semanas se ha sentido?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
1	Lleno de vitalidad					

	¿Cuántas veces en las últimas 4 semanas se ha sentido?	Nunca	Solo alguna vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
2	Desanimado y triste					

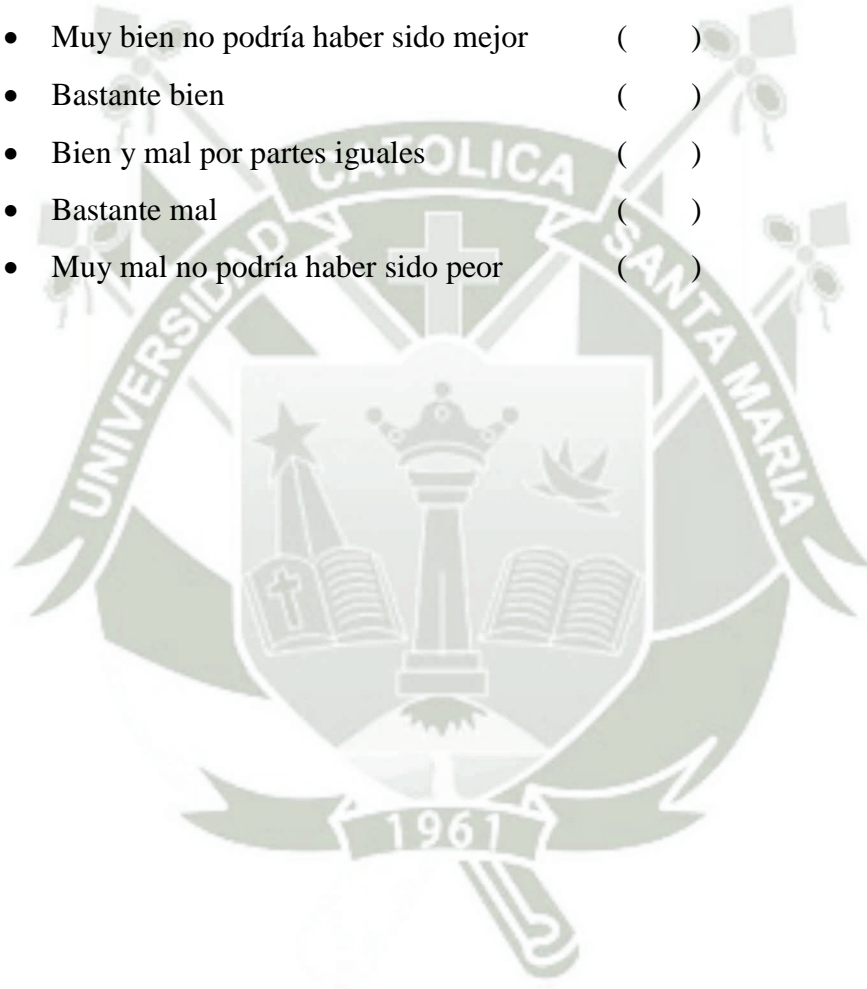
	¿Cuántas veces durante las últimas 4 semanas?	Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos
3	Le ha causado su epilepsia o medicación antiepiléptica problemas para desplazarse					

	Durante las últimas 4 semanas cuántas veces ha tenido problemas relacionados con...	Ninguno	Pocos	Algunos	Muchos	Muchísimos
4	Dificultades de memoria					
5	Limitaciones en el trabajo					
6	Limitaciones en su vida social					
7	Efectos físicos de la medicación antiepiléptica					
8	Efectos mentales de la medicación antiepiléptica					

		Nada de miedo	No mucho miedo	Bastante miedo	Mucho miedo	Muchísimo miedo
9	¿Le da miedo sufrir un ataque durante las próximas 4 semanas?					

10.¿Cómo ha sido su calidad de vida durante las últimas 4 semanas?

- Muy bien no podría haber sido mejor ( )
- Bastante bien ( )
- Bien y mal por partes iguales ( )
- Bastante mal ( )
- Muy mal no podría haber sido peor ( )



## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....identificado (a) con  
DNI..... Domiciliado en.....

Manifiesto que he sido informado respecto al trabajo de investigación que realiza la Srta. Fiorella Carmen Paucar Cutipa, titulado: **Influencia de los controles periódicos en la calidad de vida de los pacientes epilépticos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2014**, y manifiesto que estoy de acuerdo y aceptó participar en el estudio respondiendo con total honestidad, dado que la información proporcionada será confidencial y sólo para fines de investigación.

Arequipa,.....2014.

Firma \_\_\_\_\_

DNI

## SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



PERÚ

Ministerio  
de la Mujer y  
Poblaciones Vulnerables

DE LA CARIDAD AL BIENESTAR

### CONSTANCIA

EL MEDICO JEFE DEL CENTRO DE SALUD MENTAL "MOISES HERESI", DR. JOSE ALVARADO ACO HACE CONSTAR QUE :

FIGURELLA CARMEN PAUCAR CUTIPA, BACHILLER DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA, HA REALIZADO SU PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO : " INFLUENCIA DE LOS CONTROLES PERIODICOS EN CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EPILEPTICOS DE ESTE CENTRO DE SALUD MENTAL MEDIANTE REVISIÓN DE HISTORIAS CLINICAS Y VISITAS DOMICILIARIAS.

SE EXPEDIDE LA PRESENTE, A SOLICITUD DE LA INTERESADA, PARA LOS FINES CONSIGUIENTES.

AREQUIPA, 2014 MARZO 17.

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa  
C.S.M. "Moisés Heresi"

Dr. JOSE ALVARADO ACO  
MEDICO JEFE  
C M P 14051 R-E 9805