

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes pediátricos en el

Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo 2004 - 2014

Presentado por el Médico Cirujano:

ANIBAL ABRAHAM RAMÍREZ DE LA CRUZ

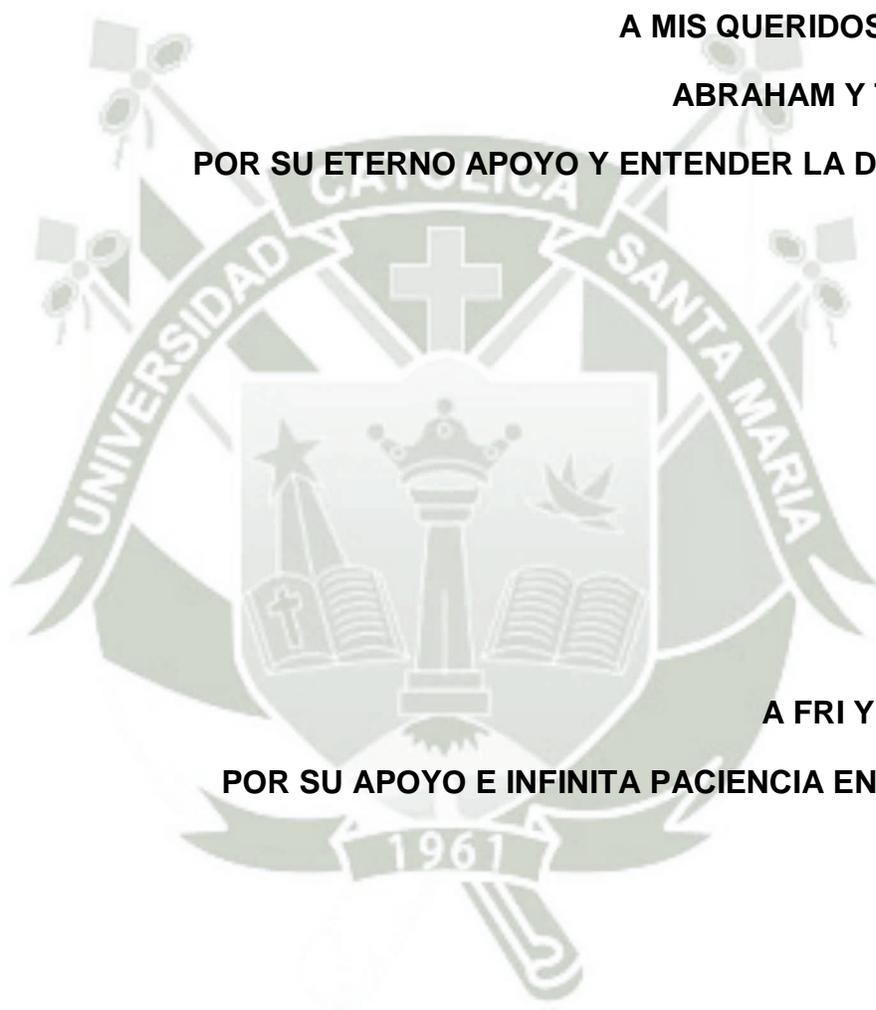
Para obtener el título profesional de:

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA

AREQUIPA - PERÚ

2014

**A MIS QUERIDOS PADRES
ABRAHAM Y TRINIDAD
POR SU ETERNO APOYO Y ENTENDER LA DISTANCIA**



**A FRI Y SANTINO
POR SU APOYO E INFINITA PACIENCIA EN MIS DIAS**

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	
CAPÍTULO I:	
MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
CAPÍTULO II:	
RESULTADOS.....	12
CAPÍTULO III:	
DISCUSIÓN Y COMENTARIO.....	32
CAPITULO IV:	
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXO:	
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	46
FICHA DE RECOLECCIÓN.....	66

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo 2004- 2014”, se realizó con la población pediátrica atendida en el área de consulta externa y hospitalización de Pediatría y se plantearon como objetivos describir las características epidemiológicas y clínicas así como la respuesta al tratamiento farmacológico en dichos pacientes.

De 104 pacientes con diagnóstico de convulsión atendidos en el periodo mencionado, 20 (19.23%), correspondieron a crisis de Ausencias, quedando un total de población de estudio de 18 (17.3%) pacientes ya que 2 no cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizó un estudio retrospectivo transversal observacional para determinar las características de las crisis de ausencias.

Los resultados indican que la edad de inicio de las crisis están entre los 5 a 10 años que representa el 61.11% y no se encontró un predominio de sexo para desarrollarlas. Se encontró antecedentes de convulsiones febriles en 22.2% y antecedentes familiares de convulsión en 27.8%. Asimismo se encontró un mayor porcentaje de crisis simples en 77.8% con un test de hiperventilación positivo en 72.2%. En la evaluación del EEG se encontró un trazado simétrico en un 77.8% con una respuesta a la monoterapia (ácido valproico) en un 88.9%.

Se concluye que las crisis de ausencia tienen características clínicas y epidemiológicas particulares en nuestra región que deben ser tomadas en cuenta para la implementación de un plan de atención en emergencia y consulta externa.

Palabras claves: Crisis de ausencia, Test de hiperventilación, electroencefalograma

ABSTRACT

This present research paper entitled “Clinical features of absence seizures in pediatric patients in the Carlos Seguin Escobedo Hospital 2004 – 2014” was performed with the pediatric population attended in the area of outpatient and inpatient pediatrics and raised as target describe the epidemiological and clinical characteristics and their response to drug treatment in such patients.

Of 104 patients with a diagnosis of seizure seen in the mentioned period, 20 (19.23%) were for absence seizures, leaving a total study population of 18 (17.3%) patients because 2 did not meet the inclusion criteria. An observational retrospective cross-sectional study was conducted to determine the characteristics of absence seizures.

The results indicate that the age of onset of seizures are between 5 to 10 years representing 61.11% also predominated sex was not found to develop them. History of febrile seizures of 22.2% and 27.8% family history in these patients was found. Also a higher percentage of 77.8% simple crisis in a positive hyperventilation test was found in 72.2%. In the assessment of a symmetrical layout EEG was found in 77.8% with a response to monotherapy (valproic acid) in 88.9%.

We conclude that absence seizures have clinical and epidemiological characteristics individuals on our region to be taken into account for the implementations of a plan of care in emergency and outpatient.

Keywords: Absence seizures, hyperventilation test, electroencephalogram.

INTRODUCCIÓN

Las crisis de ausencias ocupan una frecuencia entre el 8 y el 18% de todos los casos de epilepsia en niños. La Clasificación Internacional de las Crisis Epilépticas, de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE), reconoce dos tipos de crisis de Ausencia, dependiendo de patrones ictales observados en el EEG: Ausencias típicas, caracterizadas por un EEG, con descargas simétricas y sincrónicas de complejos punta-onda de un ritmo de 3 y 2 Hz, y las ausencias atípicas, asociadas con diferentes patrones en el EEG, los cuales incluyen brotes de complejos punta-onda, con ritmos de hasta 2.5 Hz, con ritmos rápidos, de baja amplitud. Tanto los ataques de ausencias típicas como los de ausencias atípicas, pueden ser clasificados como: a) simples, cuando hay una pérdida de la conciencia, posiblemente con simple y limitada actividad motora como parpadeo, o espasmos de los párpados, desviación de los globos oculares hacia arriba y b) complejas, cuando los automatismos, o componentes motores son prominentes (4).

Las ausencias típicas, designan no sólo a un tipo único de epilepsia, sino a un amplio grupo de síndromes epilépticos, con diferentes rangos de edades de inicio, varios tipos de crisis asociadas, curso y pronóstico diversos. En la edad pediátrica las ausencias atípicas también se asocian a diferentes tipos de crisis y el retardo mental, o bien retraso del desarrollo psicomotor; éstas entidades son más comunes que en los niños con ausencias típicas (7).

En nuestro medio no se encuentran publicaciones de características clínicas de epilepsias en edad pediátrica y sobre todo con énfasis en la evolución y tratamiento de las crisis de ausencia.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La incidencia de las crisis de ausencias varía en el rango de 1.9 a 8/100,000 cuando se trata de menores de 16 años, manteniéndose una media de 7/100,000 en el grupo de niños menores de los 16 años de edad. Del total de los pacientes con epilepsia de todas las edades, entre 2-10% cursan con crisis de ausencias. (10,11).

Debido a que no existen datos de la incidencia y características de estas crisis estudiadas en nuestra región se plantea la interrogante de conocer las características clínicas, epidemiológicas, electroencefalográficas y respuesta al tratamiento en nuestra población pediátrica.

Las manifestaciones clínicas y electroencefalográficas de las crisis de ausencias son particulares, de ahí la relevancia que representa para el médico y en especial el pediatra, en reconocerlas tempranamente e iniciar tratamiento y brindar apoyo psicológico, educativo, y orientación adecuada a los padres y a los niños. (1)

El diagnóstico precoz de este tipo de epilepsias permite reducir los efectos sobre el ausentismo escolar y desarrollo social de esta población pediátrica así como el entorno en el cual se desarrolla.



1.-Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

1.1. Técnicas:

En la presente investigación se aplicó la técnica de recolección de datos de las historias clínicas del HNCASE.

1.2. Instrumento:

Se diseñó una ficha de recolección para la obtención de datos de las historias clínicas de las variables correspondientes.

1.3. Materiales de Verificación

- Ficha de recolección de datos
- Material de escritorio
- PC Pentium D
- Impresora
- Sistema operativo Windows Vista
- Procesador de texto Word 2010.
- Soporte estadístico SPSS 20.0 for Windows

2.- Campo de Verificación

2.1.- Ubicación espacial

El presente estudio se realizó en el Servicio de Pediatría en el área de consulta externa de la Sub Especialidad de Neurología Pediátrica,

hospitalización y emergencia de Pediatría del Hospital Carlos Alberto
Según Escobedo Essalud Arequipa 2014.

2.2.- Ubicación temporal

El estudio se realizó de manera retrospectiva en el periodo comprendido entre el 01 Enero del 2004 al 31 Enero del 2014.

2.3.- Unidades de estudio

Pacientes atendidos en consulta externa en el servicio de pediatría en la Sub Especialidad de neurología pediátrica, atendidos en hospitalización y emergencia en la unidad de emergencia pediátrica con diagnóstico de Crisis de Ausencias. Se considero un total de 18 pacientes pediátricos.

Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de crisis de ausencias típicas en consulta externa de neuropediatría y en el servicio de hospitalización y emergencia tanto clínico como electroencefalográfico.
- Pacientes con un mínimo de un estudio de EEG
- Pacientes con asistencia a consulta en el último año para tener información relativa a su evolución.

Criterios de exclusión

- Pacientes con lesiones cerebrales, congénitas o adquiridas, confirmadas por neuroimágenes.
- Pacientes con diagnóstico de ausencias atípicas.

3.- TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Este estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal

4.- ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

4.1.- Organización

Elaboración y planteamiento del proyecto de investigación, solicitar la autorización a la oficina de capacitación y docencia del hospital CASE Arequipa, con jefe de servicio de pediatría, Neurólogo pediatra encargado del servicio, centro de archivos y estadística haciéndoles llegar los alcances del presente estudio para acceder anónimamente a los usuarios del servicio.

Solicitud formal para revisión y aprobación del presente proyecto de tesis a la Facultad de Medicina de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.

4.2.- Validación de instrumentos

Por tratarse de una ficha de recolección de datos, no se requiere de su validación.

4.3.-Criterios para el manejo de los resultados

4.3.1.-A nivel de recolección

Se revisará las historias y se consignarán los datos en las fichas de recolección para su posterior análisis.

4.3.2.-A nivel de sistematización

La información obtenida se procesó por medio del programa de Microsoft Office Excel 2010 y los paquetes estadísticos: SPSS versión 20.0 en Español para Windows y Minitab versión 14 para Windows en inglés.

4.3.3.- A nivel de estudio de datos

Para las variables categóricas: Los resultados se presentan en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas: Se utilizó la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas; así como los valores mínimos y máximos.



**Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes
pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 -
2014**

TABLA No1

PACIENTES PEDIATRICOS ATENDIDOS CON CRISIS DE AUSENCIAS

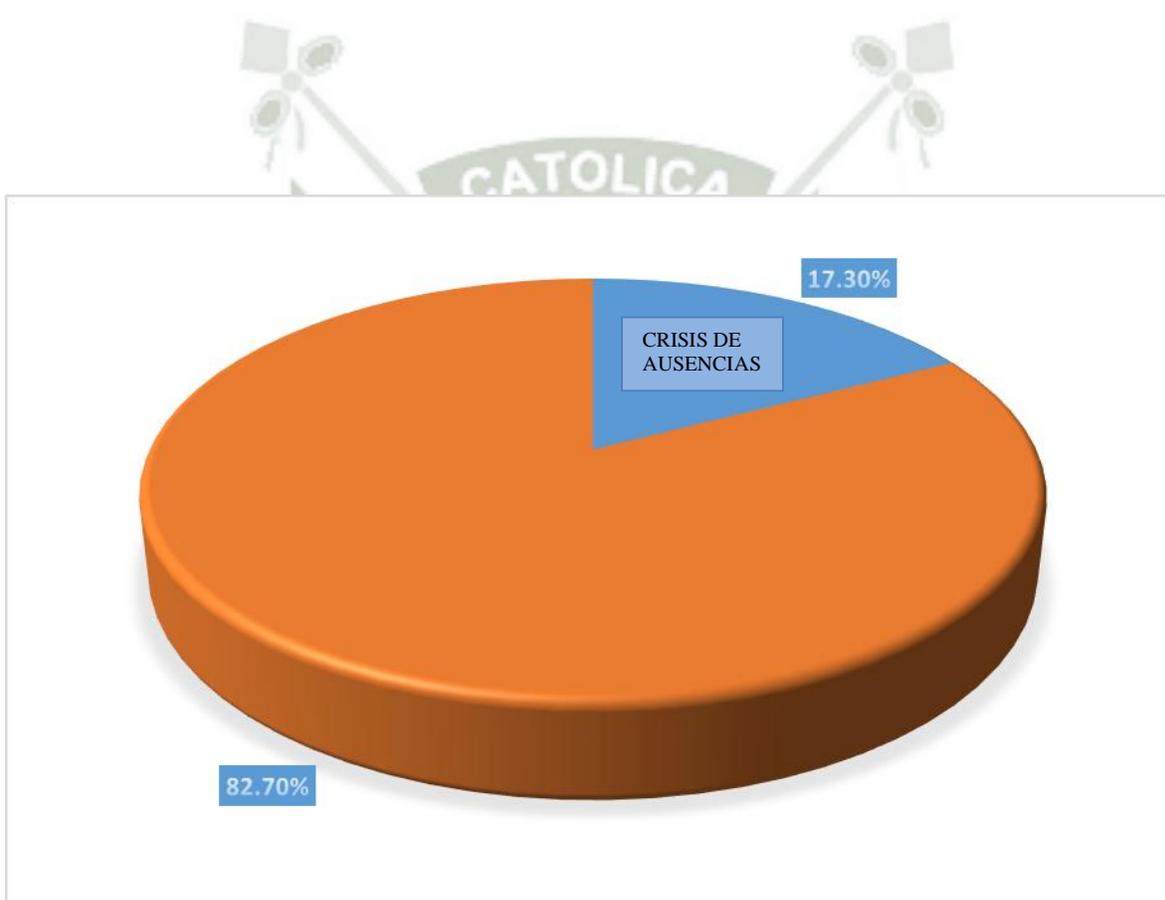
	INCLUIDOS		NO INCLUIDOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CRISIS DE AUSENCIAS	18	17.3	2	1.93	20	19.23
OTROS	-	-	84	80.77	84	80.77
TOTAL	18	17.3	86	82.7	104	100

En la tabla No1 y Grafico No1 indican que del total de 104 pacientes con diagnóstico de Síndrome Convulsivo el 19.23% correspondieron a Crisis de Ausencias.

**Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes
pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 -
2014**

GRAFICO No1

PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS CON CRISIS DE AUSENCIAS



**Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes
pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 -
2014**

TABLA No2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD

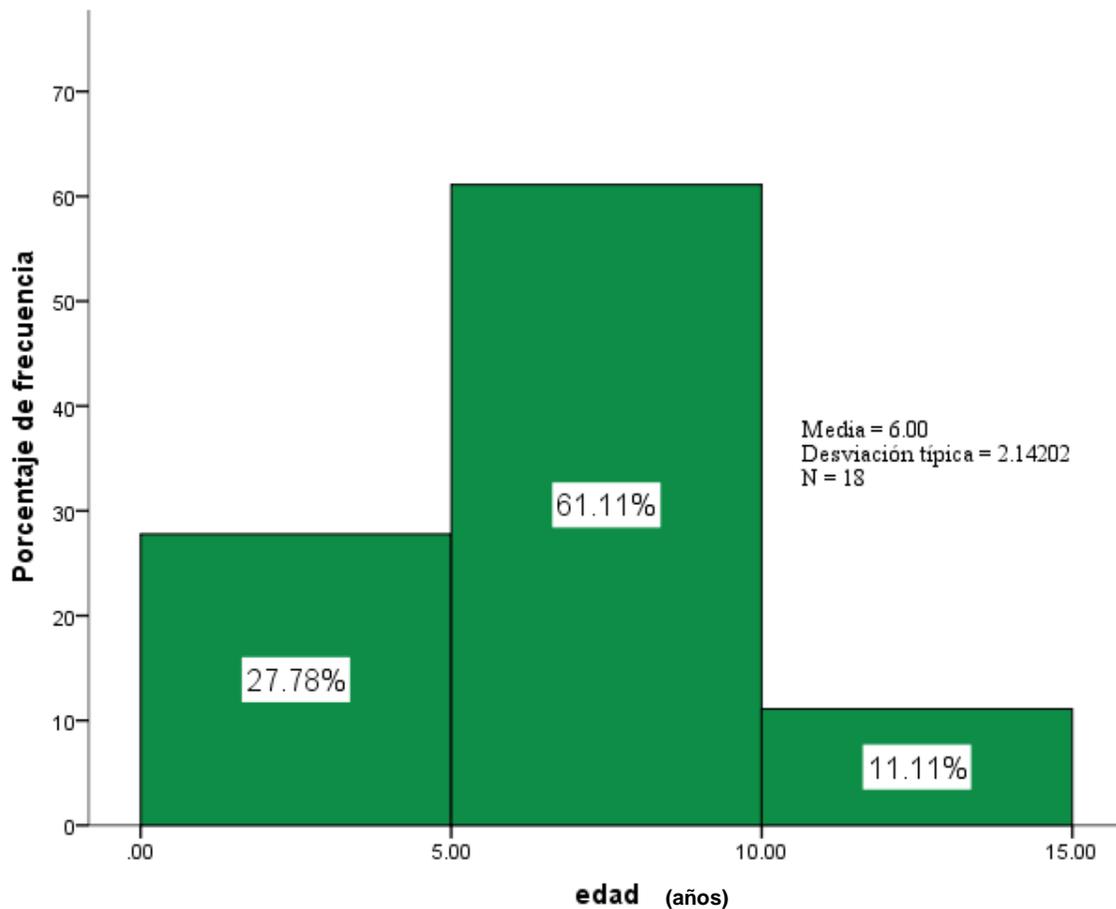
EDAD (AÑOS)	CRISIS DE AUSENCIAS	
	N	%
0 A 5	5	27.78
5 A 10	11	61.11
10 A 15	2	11.11

En la tabla No 2 y Grafico No 2 se observa que el 61.11% de crisis de ausencias se presenta entre las edades de 5 y 10 años.

Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 - 2014

GRAFICO No2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD



**Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes
pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 -
2014**

TABLA No 3

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO

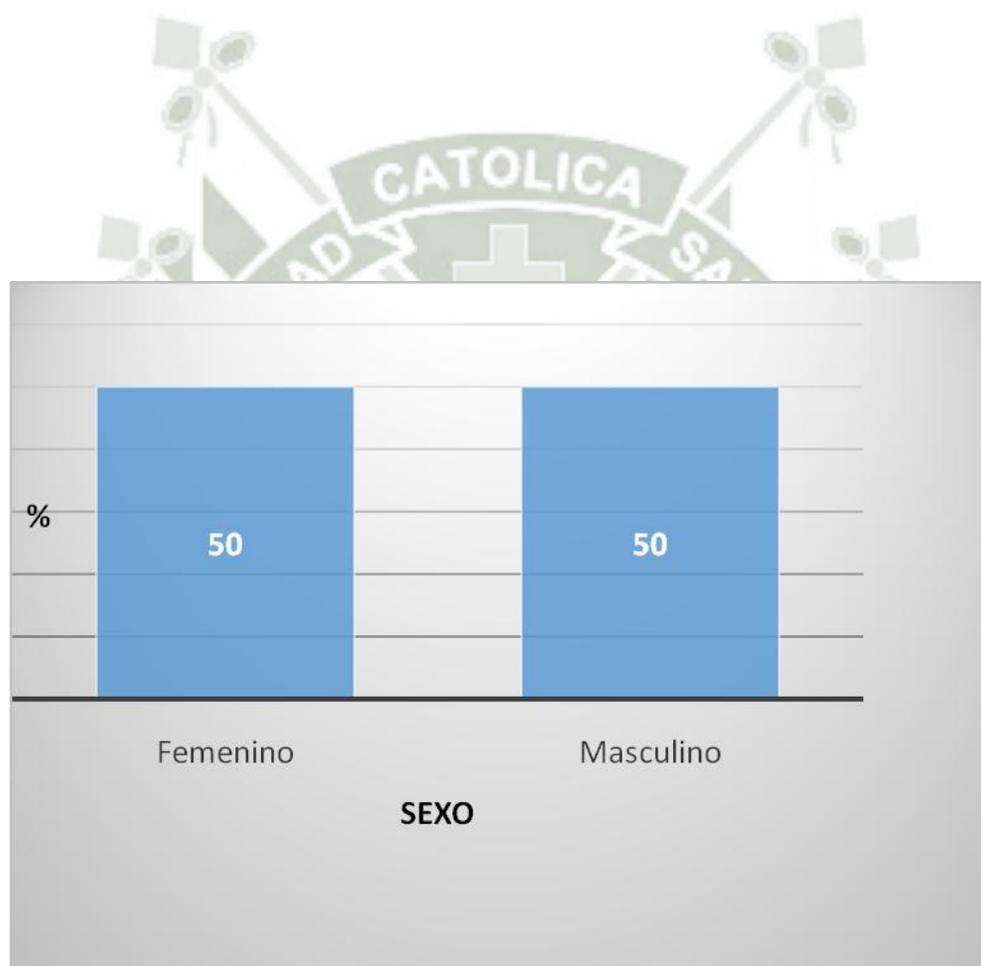
SEXO	N	%
FEMENINO	9	50.0
MASCULINO	9	50.0
TOTAL	18	100.0

Según tabla No 3 y Grafico No 3 no se encontró predominio de un sexo determinado para el desarrollo de crisis de ausencias.

Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 - 2014

GRAFICO No3

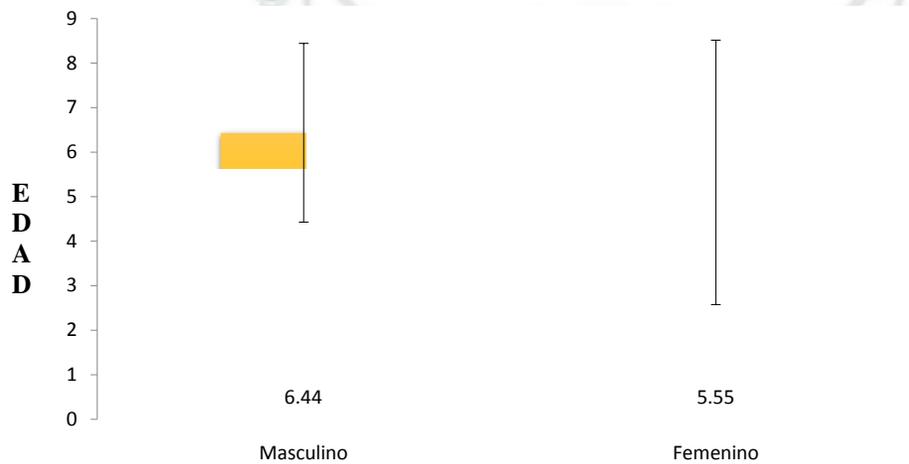
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO



Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 - 2014

GRAFICO No 4

SEXO Y EDAD DE PRESENTACIÓN DE LOS PACIENTES CON CRISIS DE AUSENCIAS



En el grafico No 4 indica el promedio de edad al momento de diagnostico, los cuales fueron en varones de 6.44 años y en mujeres de 5.55 años.

**Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes
pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 -
2014**

TABLA No 4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CRISIS FEBRIL

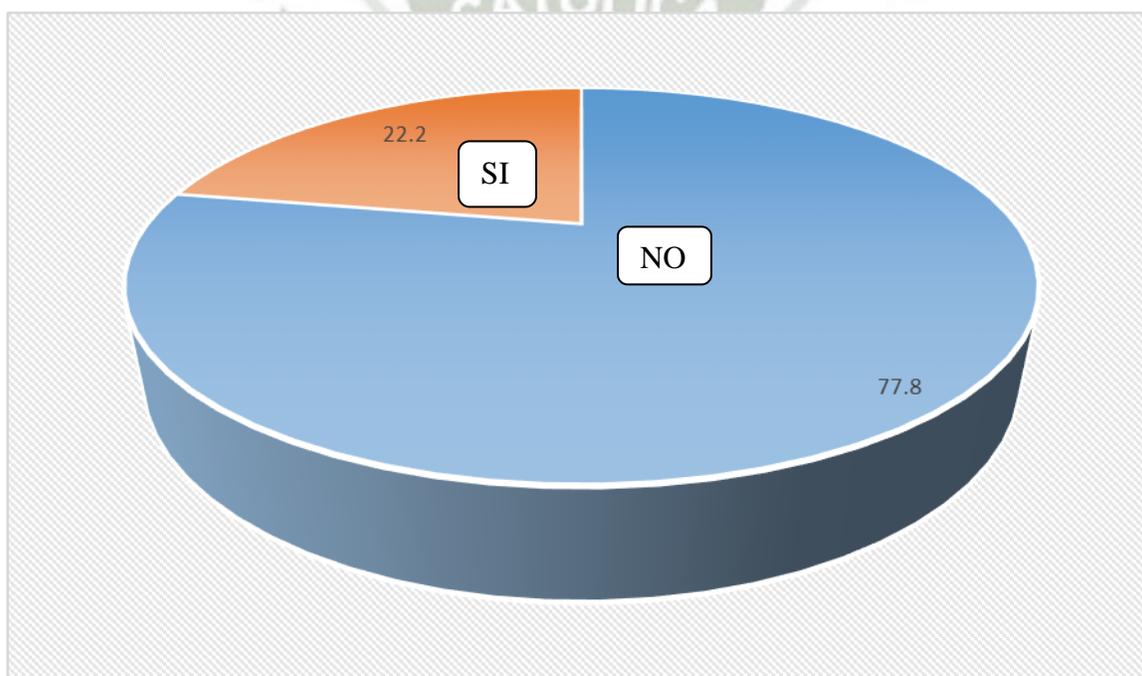
CRISIS FEBRIL	N	PORCENTAJE
SI	4	22.2
NO	14	77.8
TOTAL	18	100.0

Según la Tabla No 4 y Grafico No 5 muestra que el 22.2% de los pacientes tuvieron el antecedente de crisis febril y el 77.8% no presento crisis febriles.

Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 – 2014

GRAFICO No 5

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CRISIS FEBRIL



**Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes
pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 -
2014**

TABLA No 5

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ANTECEDENTE FAMILIAR DE
CONVULSIONES**

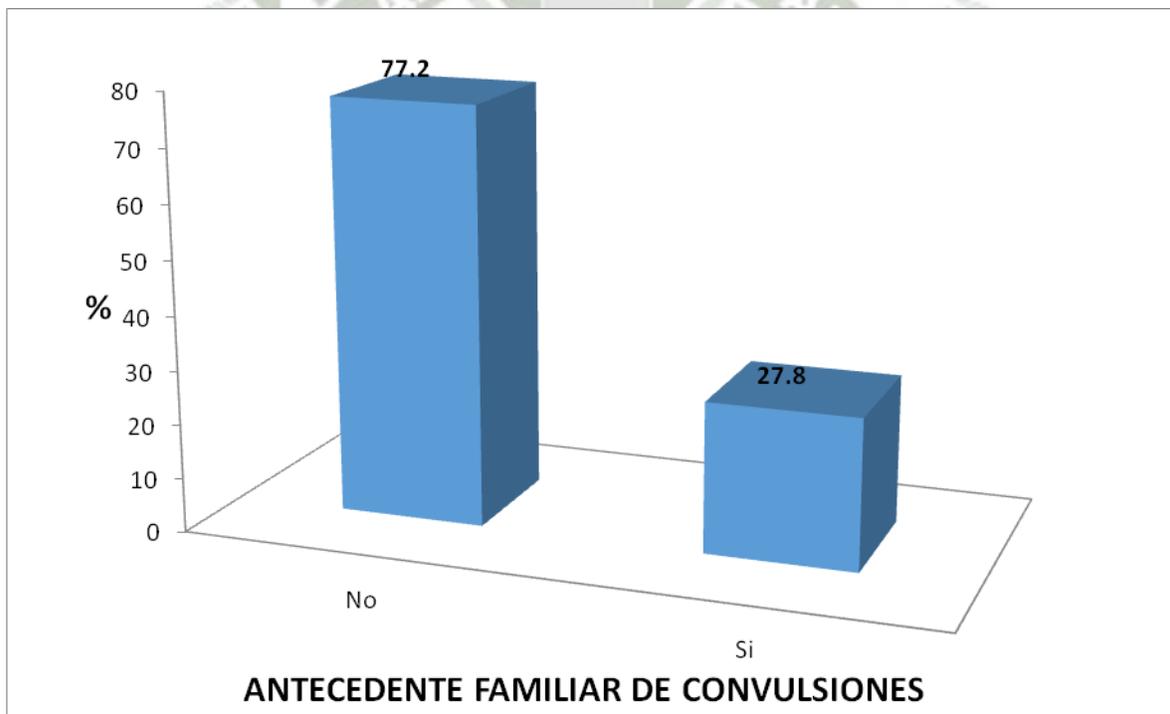
ANTECEDENTE FAMILIAR DE CONVULSIONES	N	PORCENTAJE
SI	5	27.8
NO	13	72.2
TOTAL	18	100.0

Según Tabla No 5 y Grafico No 6 se encontró que el 72.2% de lo pacientes que desarrollaron crisis de ausencias no tienen el antecedente familiar de algún tipo de convulsión.

Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 - 2014

GRAFICO No 6

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON ANTECEDENTE FAMILIAR DE
CONVULSIONES



**Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes
pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 -
2014**

TABLA No 6

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE CRISIS DE AUSENCIAS

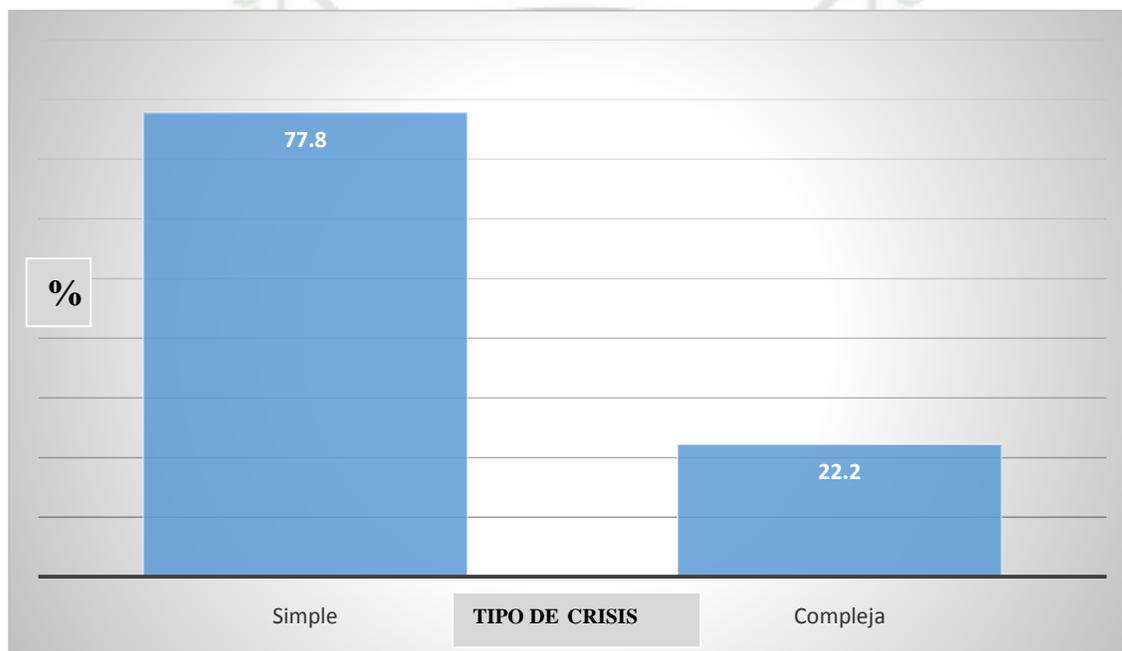
TIPO DE CRISIS	N	PORCENTAJE
SIMPLE	14	77.8
COMPLEJA	4	22.2
Total	18	100.0

Según la Tabla No 6 y grafico No 7 el 77.8% de los pacientes que desarrollaron crisis de ausencias fueron crisis simples.

Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 - 2014

GRAFICO No 7

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE CRISIS DE AUSENCIAS



**Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes
pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 -
2014**

TABLA NO 7

TEST DE HIPERVENTILACIÓN EN PACIENTES CON CRISIS DE AUSENCIAS

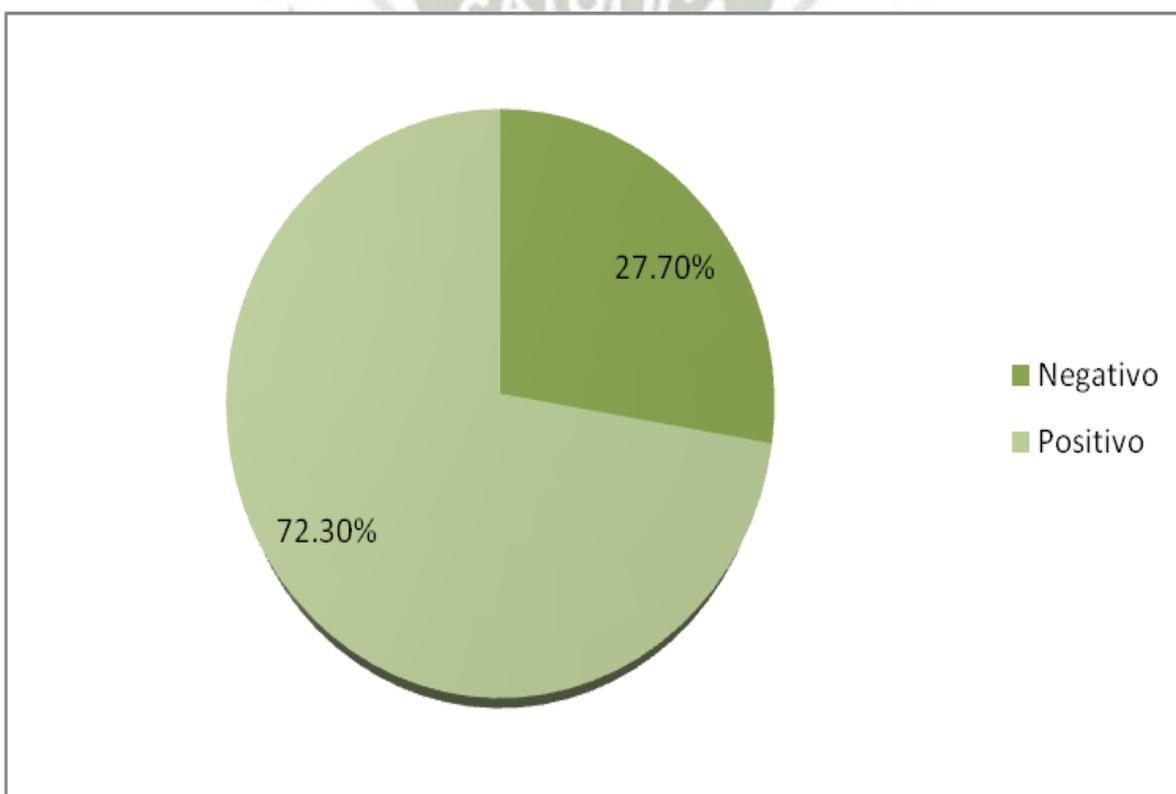
TEST DE HIPERVENTILACIÓN	N	PORCENTAJE
NEGATIVO	5	27.7
POSITIVO	13	72.3
TOTAL	18	100.0

Según Tabla No 7 y Grafico No 8 indica que al desarrollar el Test de Hiperventilación el 72.3% de los pacientes desencadenó crisis de ausencias.

Características clínicas de las crisis de ausencias en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 - 2014

GRAFICO No 8

TEST DE HIPERVENTILACIÓN EN PACIENTES CON CRISIS DE AUSENCIAS



**Características clínicas de las crisis de ausencia en pacientes
pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 -
2014**

TABLA No 8

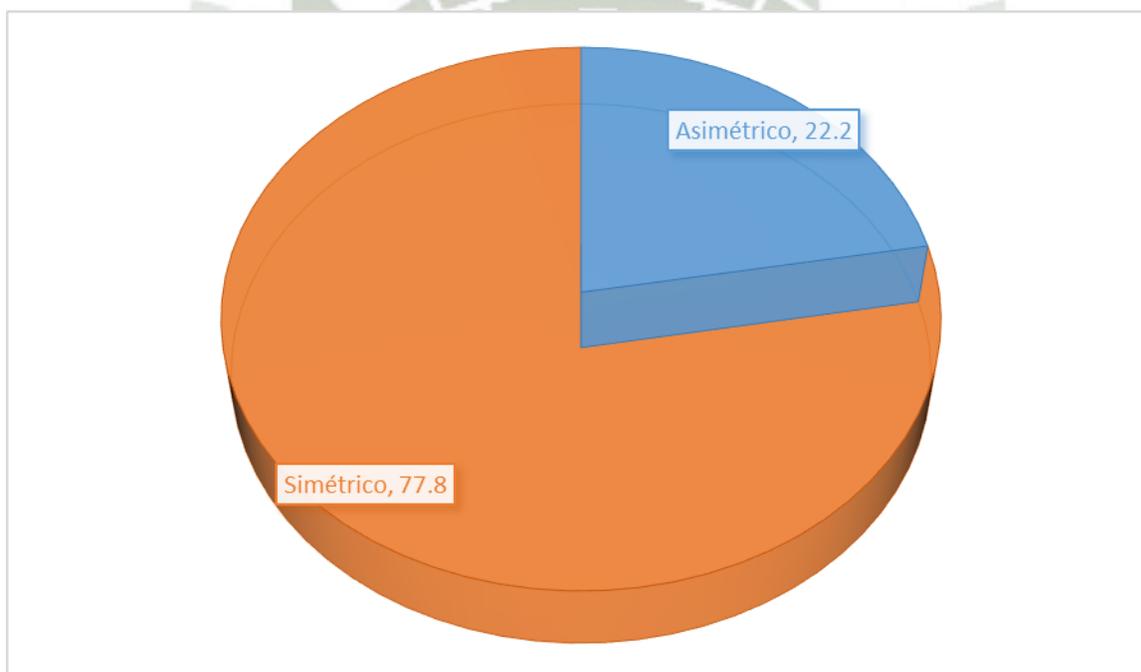
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE TRAZADO EN EL
ELETROENCEFALOGRAMA**

EEG	N	PORCENTAJE
ASIMÉTRICO	4	22.2
SIMÉTRICO	14	77.8
TOTAL	18	100.0

Según la Tabla No 8 y el Grafico No 9 muestra que en la interpretación del EEG de los pacientes con crisis de ausencia se encontró que el 77.8% presentaron un trazo simétrico.

Características clínicas de las crisis de ausencia en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 - 2014

GRAFICO No 9
DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE TRAZADO EN EL
ELETROENCEFALOGRAMA



**Características clínicas de las crisis de ausencia en pacientes
pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 -
2014**

TABLA No 9

CONTROL TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON CRISIS DE AUSENCIAS

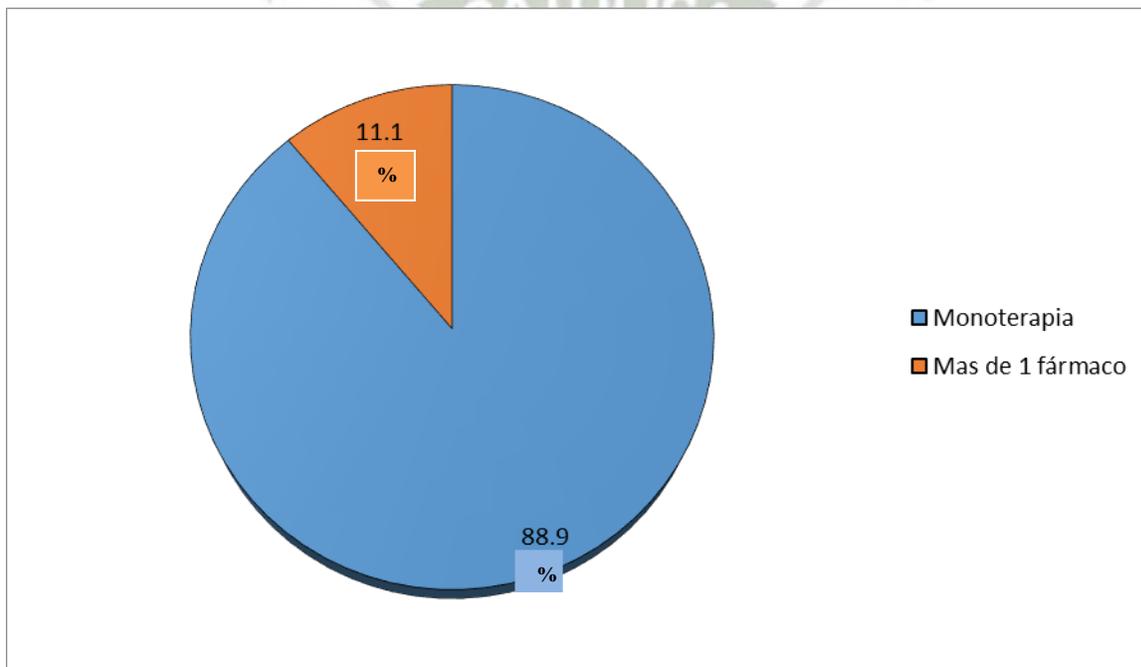
CONTROL TERAPÉUTICO	N	PORCENTAJE
MONOTERAPIA	16	88.9
MAS DE 1 FÁRMACO	2	11.1
Total	18	100.0

Según la Tabla No 9 y el Grafico No 10 nos muestra que el 88.9 % de los pacientes tuvo un buen control con un solo fármaco y solo el 11,1% requirió más de un fármaco para el control.

Características clínicas de las crisis de ausencia en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 - 2014

GRAFICO No 10

CONTROL TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON CRISIS DE AUSENCIAS





DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la tabla Nro1 y Grafico Nro1 nos muestra que el 19.23% de los pacientes pediátricos con diagnóstico de síndrome convulsivo presentó crisis de ausencias, sin embargo no se considero a 2 pacientes en este estudio siguiendo los criterios de exclusión, por presentar comorbilidades tales como Malformación Arterio Venosa y Traumatismo encéfalo craneano como antecedentes, quedando un total de población de estudio de 18 pacientes que representa el 17.3% de la población pediátrica atendida por síndrome convulsivo. Dicha cifra es superior a la encontrada en las series publicadas, cuyos valores oscilan entre el 5 y el 14,5% de las epilepsias en edades pediátricas (14). El porcentaje de ausencias con respecto al total de pacientes con epilepsia es superior al encontrado por Panayiotopoulos(3) quien señala un porcentaje de 10% para las ausencia. El 19.23% de pacientes con Crisis de Ausencias encontrado en este estudio podría explicarse debido que el HNCASE es un hospital de referencia en la macroregión sur, siendo el único que cuenta con la subespecialidad de neurología pediátrica en nuestra región. Es probable que esto haya ocurrido debido a que las crisis de ausencias pueden pasar desapercibidas por su breve duración, confundirse con tics, movimientos estereotipados o con simples despistes, lo cual pudo disminuir la prevalencia de las mismas en otros estudios. También se debe considerar que dichos estudios (3, 14 y 15) consideran diferentes poblaciones y tipos de Crisis de Ausencias por lo cual podría explicarse dicha diferencia porcentual con relación a este estudio.

En la tabla No2 y la figura No2 nos indica que el diagnóstico de crisis de ausencia es en mayor rango entre las edades de 5 a 10 años de la población pediátrica. Rango que es concordante con estudios que indican que la edad media en el momento del diagnóstico era de $7,5 \pm 2,7$ años, mientras que la edad media actual es de $13,9 \pm 3,2$ años (16). Dicho rango entre 5 a 10 años constituye el 61.11% de la población pediátrica atendida por crisis de ausencia sin embargo se debe

tener en cuenta que no está en relación directa con el tiempo de enfermedad antes del diagnóstico. Espinoza Quinteros (15) indica que 12.5 meses en promedio es el tiempo entre inicio de enfermedad y diagnóstico de Crisis de Ausencias.

En la tabla Nro3 y el gráfico Nro3 nos indican la distribución por sexos la cual no muestra un predominio determinado por alguno. La similitud de los porcentajes de pacientes de ambos sexos (50% mujeres versus 50% varones) dentro del grupo de pacientes con ausencias en general, coincide con los datos de Oller-Daurella(14) quien encontró 55% para el sexo femenino y 45% para el sexo masculino. Otros autores muestran un predominio mucho mayor para el sexo femenino en una relación 2 a 1 sobre todo cuando se tratan de ausencias típicas(2,1) mientras que otros estudios no muestran diferencias entre sexos (5). La mayoría de trabajos sin embargo, coinciden en el predominio del sexo femenino el cual no se confirma con los hallazgos encontrados en nuestro estudio (6,7) sin embargo los dos pacientes excluidos en este estudio tienen sexo femenino.

En el Gráfico No4 indica que al evaluar la asociación entre edad de presentación y el sexo de los pacientes observamos que en varones el promedio de edad al momento del diagnóstico de crisis de ausencia fue de 6.44 años y en las mujeres fue de 5.55 años.

La edad promedio cuando inició la enfermedad fue de 6 años y la mayoría de pacientes corresponden a menores de 10 años (88.89%) y es concordante en relación con los datos encontrados por Oller-Daurella(14) quien encontró que el 89% de pacientes con ausencias en general inician el cuadro antes de los 11 años. Otros autores también indican valores similares en cuanto a la edad de inicio en un 66% entre los 5 y los 10 años, con un pico a los 6-7 años, lo que concuerda con la literatura (11,14). No se encontraron estudios que relacionen la edad en el momento de diagnóstico con un sexo determinado.

La tabla Nro4 y el gráfico Nro5 indican que el antecedente personal de convulsión febril (22.2%) es elevado con respecto al reportado por otros autores variando entre el 7 y 15% (2,4). Esto podría deberse al concepto de Convulsión febril que se tendría en nuestro servicio de emergencia y por parte de los familiares de los pacientes pediátricos al momento de la anamnesis e inclusive el personal de salud que cataloga un cuadro febril como una crisis febril de manera errada.

Es frecuente en lo servicios de emergencia relacionar manifestaciones asociados a la fiebre con cuadros similares a crisis convulsivas tal como como sucede con los Trastorno Paroxísticos no Epilépticos, como el síncope febril en la cual, cuando desciende la temperatura de manera brusca, puede aparecer hipotonía y pérdida de conciencia habitualmente no asociada a manifestaciones motoras. El diagnóstico diferencial con las convulsiones febriles a veces no es fácil, sobre todo cuando se dan los dos fenómenos en el mismo paciente, estimándose que el 25% de las crisis febriles pueden corresponder, en realidad a síncope febriles.(17)

Según la tabla No 5 y Grafico No 6 los antecedentes familiares de enfermedades convulsivas en los pacientes con crisis de ausencia estuvieron presentes en 27.8% de nuestros pacientes. En la literatura se señalan porcentajes de antecedentes familiares positivos que varían del 10% al 40% (4,5,9). Estas diferencias dependen de las definiciones de ausencias y antecedentes familiares positivos empleadas en otros trabajos, pero todos los autores coinciden en que la predisposición familiar existe y se manifiesta básicamente por convulsiones de tipo ausencias y también como convulsiones Tónico Clónicas Generalizadas (1). El 22.2 % de pacientes con este antecedente encontrado en este estudio es concordante con los estudios mencionados. (4,5,9)

En el informe de la comisión de ILAE sobre clasificación y terminología 2005-2009 hace referencia a nuevas clasificaciones de las crisis convulsivas incluyendo a la crisis de ausencia como epilepsia de ausencia infantil dentro de la

clasificación de epilepsias genéticas. El concepto de epilepsia genética es que la epilepsia es, hasta donde se sabe, el resultado directo de un defecto genético que se conoce o se supone que existe, en el que las crisis son el síntoma fundamental de la alteración. El conocimiento sobre las contribuciones genéticas puede derivarse de estudios de genética molecular que se hayan replicado bien e incluso hayan llegado a ser la base de pruebas diagnósticas (18)

Actualmente, no se conocen las bases genéticas de la EA. Se sugiere un locus principal en la región cromosómica 8q24 como rasgo de la epilepsia generalizada idiopática. Se estudian posibles locus en los cromosomas 5, 10, 13, 14 y 15, y alteraciones en los canales de diferentes iones o receptores de glutamato, entre otros. (17)

Nos llama la atención en cuanto a los tipos de crisis de ausencias que el porcentaje encontrado en nuestra serie difiere de otros datos en el porcentaje elevado de convulsiones simples (77.8%) con relación al porcentaje de convulsiones complejas es decir por sus componentes atónicos, tónicos y automatismos (Tabla Nro 6 y Gráfico No 7). Estudios realizados como en el Hospital Cayetano Heredia (15) en el 2002 encontró que el 39.4% de sus pacientes presento crisis de ausencia simples y el 60.6% en ausencias complejas. Estas diferencias porcentuales probablemente en relación con un sub-registro en la revisión de la historias clínicas, mala referencia anamnésica por los familiares del paciente o características poblacionales que es atendida al minimizar los componentes que acompañan a la crisis de ausencias estudiadas.

En la tabla No 7 y el Grafico No 8 muestran los resultados al evaluar la efectividad del Test de Hiperventilación tanto en la consulta como en hospitalización, solicitando la hiperventilación por tres minutos al paciente y desencadenando dichas crisis. El test también se realizo al momento de la realización del electroencefalograma teniendo como resultado que el 72.2% la cual desencadenó crisis de ausencia al indicar la hiperventilación al paciente, dato que difiere del estudio realizado en el Hospital Cayetano Heredia (15) que fue del 100% positivo

para sus pacientes las cuales en su totalidad. Cabe señalar que el Test de Hiperventilación inducida no está considerado dentro de criterios para diagnóstico de la epilepsia de ausencia infantil.(18)

El EEG muestra por lo general paroxismos generalizados de complejos punta-onda con predominio frontal bilateral y a una velocidad que varía entre 2.5 y 6 Hz (mayormente 3 Hz) tales características fueron considerados como simétricos en nuestro estudio tales que el 77.8% de nuestros pacientes tuvieron este trazado y el 22.2% tuvieron un trazado asimétrico como muestran la Tabla Nro8 y el Gráfico Nro9. Los pacientes que presentaron un inicio asimétrico pasaron a mostrar el patrón bilateral característico de complejos punta-onda y el EEG terminó en forma simétrica también. Este estudio consideró a las crisis de ausencias típicas sin embargo como se indicó no todos los pacientes comenzaron con un trazado de EEG simétrico pero con el tiempo y tratamiento mostraron el patrón característico de las crisis de ausencia típicas. Estudios como Ureña- Hornos (17) y Espinoza Quinteros (15) obtuvieron como resultados en sus pacientes que el 25% y el 36.4% tuvieron inicialmente un patrón electroencefalográfico bilateral asimétrico que posteriormente se tornaron simétricos en sus respectivos estudios.

Los cambios en el trazado también fueron hallados en el estudio de Trave (16) en el EEG en la cual el trazado se caracterizaba por ráfagas generalizadas de complejos punta-onda (84,3 %) y polipuntas-onda (15,7 %) con una frecuencia de 3 Hz en el 88,1 % de los casos que, ocasionalmente, coexistían con puntas-ondas en regiones frontales, centrales o posteriores. Salvo en un caso, la hiperventilación intensificaba estos hallazgos (98%). Y que posteriormente se revaluó los EEG observándose los complejos punta onda de 3 Hz simétricos característicos en un 100% de los pacientes. Asimismo se debe tener en cuenta la existencia de las llamadas Crisis de ausencia adversivas las cuales son las Ausencias Típicas con EEG inusual.(18)

Las crisis de ausencia por lo general tienen buen pronóstico y se controlan bien con un anticonvulsivante (4,6). En la Tabla No 9 y el Gráfico No 10 indican que el

ácido valproico como monoterapia fue eficaz en el 88.9% de pacientes y en 2 pacientes que representa el 11.1% no pudo utilizarse debido a efectos adversos de tipo alérgico. Todos los pacientes recibieron ácido Valpróico sin embargo en los dos pacientes mencionados recibieron las combinaciones de ácido valproico mas clonazepan, y acido valproico, carbamazepina y fenitoina.

No se evidenciaron efectos de toxicidad hepática que es su mayor peligro. Sólo 11.1% de pacientes necesitaron combinar el ácido valproico con otro medicamento para un adecuado control de las crisis . La eficacia del ácido valproico es similar a la encontrada en la literatura (1,2,10,14,15).

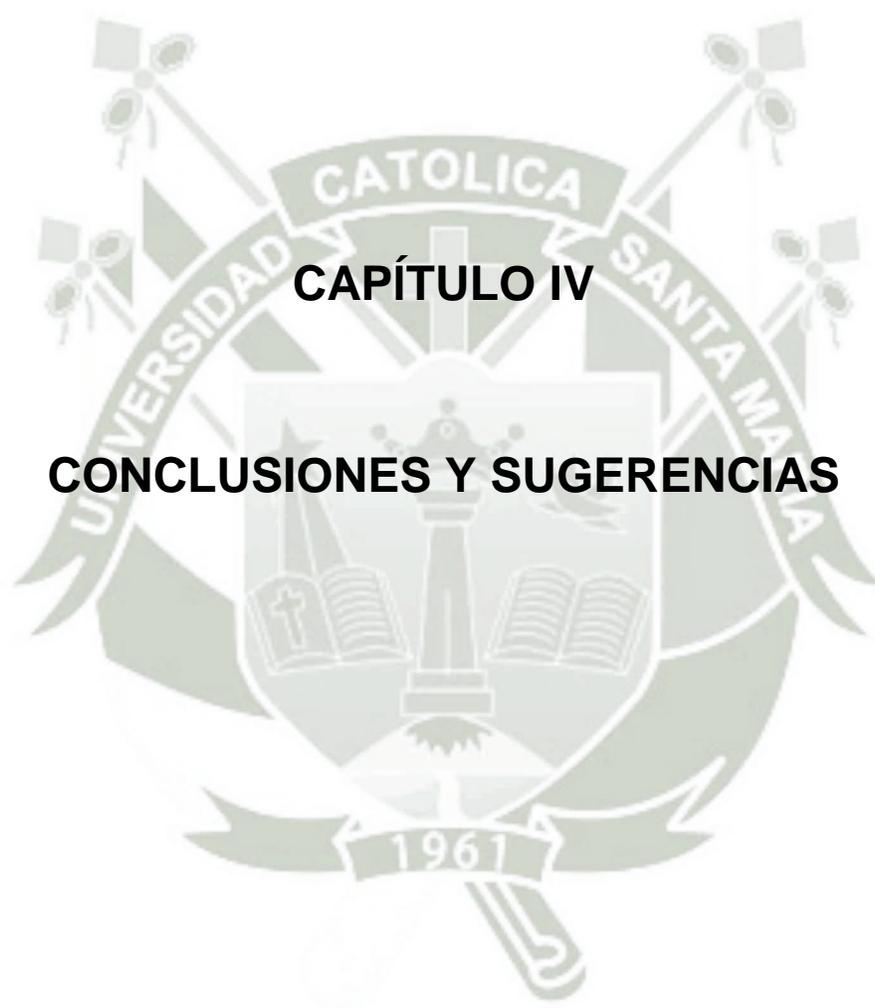
Segan y colaboradores (4) encuentran en pacientes con ausencias típicas una eficacia de 86% para el ácido valproico y 85% para etosuximida, mientras que Holmes (6), en niños entre 4 y 8 años, encuentra 70% de eficacia para el ácido valproico y 80% para etosuximida. Sin embargo, las dificultades en cuanto a la disponibilidad de la etosuximida en nuestro medio no permiten tenerlo como primera elección a diferencia de la disponibilidad del acido valproico en nuestro sistema de salud.

Cabe recordar que la eficacia de la etosuximida es muy reducida cuando la epilepsia ausencia se acompaña de convulsiones tónico clónicas generalizadas. Otros fármacos como la lamotrigina, el topiramato, el clonazepam y la vigabatrina también han demostrado eficacia en este tipo de epilepsia y son actualmente medicamentos de segunda línea (4).Varios autores muestran que cuando la epilepsia ausencia empieza entre los 4-8 años el pronóstico en cuanto a la respuesta al tratamiento y la desaparición de las crisis es favorable con respecto al grupo de inicio tardío (1,7-9).

La crisis de ausencia puede entrar en el diagnóstico diferencial de algunos casos de tos o pérdidas de orina. Hay pacientes que presentan crisis convulsivas generalizadas precediendo a las ausencias; se dan cifras del 40 al 60%. Parece que tienen peor pronóstico que el resto de ausencias, ya que no responden bien al tratamiento y tienen mayores problemas de integración social (8.12).

En la actualidad, el pronóstico de las crisis de ausencia se considera menos benigno que en otros tiempos. Cuando estos niños son adultos jóvenes, sobre todo aquellos en los que persisten las ausencias, tienen problemas psicosociales, particularmente en los estudios, en las relaciones sociales, de salud mental y en su comportamiento. (9,13) La remisión de las ausencias no asegura una buena evolución psicosocial, que puede plantear dificultades emocionales y psíquicas a pesar del adecuado control con la farmacoterapia (Gráfico Nro10)





CONCLUSIONES

PRIMERA

La frecuencia de Crisis de Ausencia en los pacientes pediátricos atendidos por crisis convulsivas en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo atendidos en el periodo de 2004 al 2014 fue del 19.23%

SEGUNDA

Las principales características epidemiológicas en el desarrollo de las Crisis de Ausencia fueron: Edad promedio de diagnóstico en el rango de 5 a 10 años (61.11%), No hay predominio por un sexo determinado (50%), Antecedente de crisis febriles (22.2%), Antecedente familiar de convulsiones (27.8%).

TERCERA

Las principales características clínicas en el desarrollo de las Crisis de Ausencia fueron: Las crisis simples se presentaron en un mayor porcentaje en un 77.8%, el Test de Hiperventilación resulto positivo en un 72.2% y el tipo de trazado de EEG inicial fue simétrico de 77.8%.

CUARTA

La característica evolutiva de control de las crisis de ausencia con tratamiento con un solo fármaco se encontró en un 88.9 % de los pacientes.

SUGERENCIAS

- 1.- Estudiar la relación con eventos perinatales que pueden asociarse al desarrollo de las crisis de ausencia en las áreas de Neonatología y Obstetricia de la red Arequipa.
- 2.- Relacionar las crisis de ausencia con trastornos de déficit de atención con Hiperactividad en los servicios de neuropediatría de Essalud Arequipa.
- 3.- Realizar estudios de seguimiento a largo plazo en pacientes con crisis de ausencia por parte de servicio de pediatría de Essalud Arequipa
- 4.- Realizar un diagnóstico precoz de esta entidad en los servicios de salud que reduzca los efectos de la misma sobre la escolaridad y la salud infantil.
- 5.- Implementar guías o protocolos para el diagnóstico y manejo precoz de las crisis de ausencias por parte de los servicios de Salud.
- 6.- Promover la formación de profesionales capacitados en el área de Neurología en la población pediátrica por parte de los Centros de Estudios de nuestra región.

7.- BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

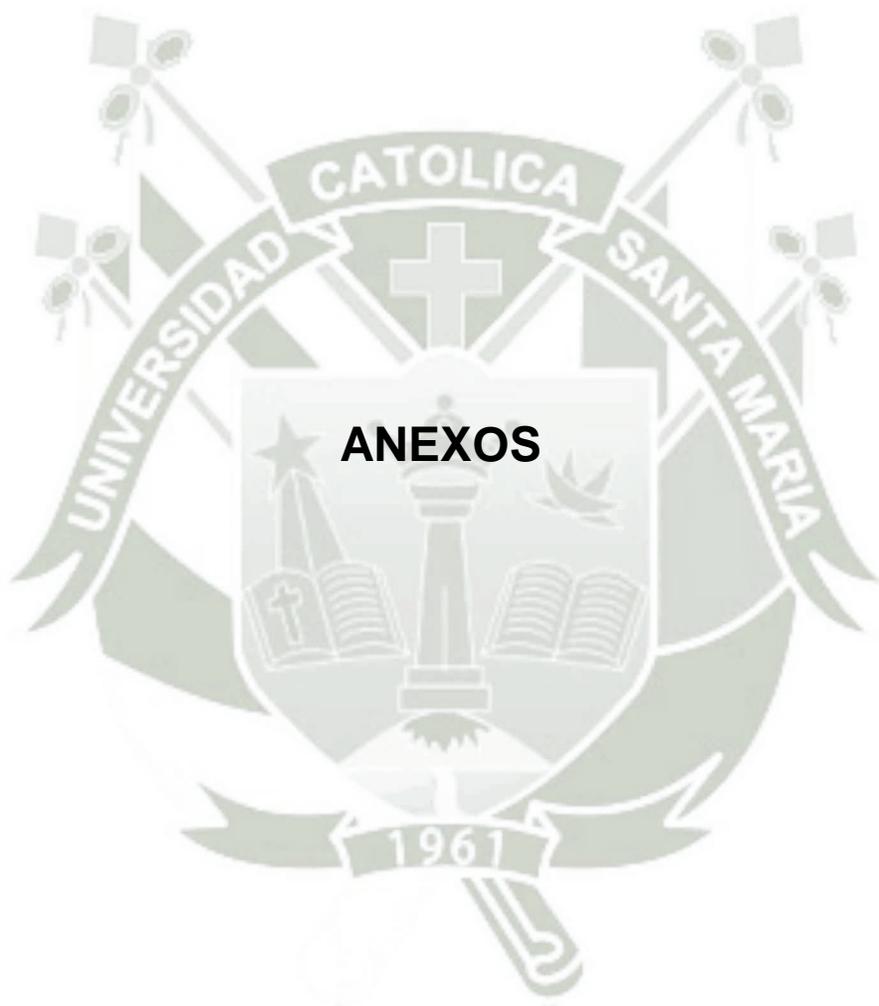
- 1.- Campbell-Araujo, OA, Figueroa-Duarte, AS. Crisis de ausencia. Análisis clínico de 22 casos. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2000;17:87-94
- 2.- Aicardi J. Epilepsy in children. The International Review of Child Neurology. Philadelphia: Lippincott-Raven 1996:94-116.
- 3.- Panayiotopoulos CP. Absence seizures. En: Engel J, Pedle A. Epilepsy. A comprehensive textbook. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers 1997:2327-2346.
- 4.- Segan S. Absence Seizures. [Sitio en internet] eMedicine World Medical Library. www.emedicine.com/neuro/topic3.htm Visionado el 12 de diciembre de 2001.
- 5.- Wolf P. The Treatment of the idiopathic (primary) generalized epilepsies. En: shorvon S, Dreifuss F, Fish D. Thomas D. The treatment of epilepsy New York: Blackwell science 1995:238-246.
- 6.- Holmes GL. McKeweer M, Adamson M. Absence seizures in children: clinical and electroencephalographic features. Ann Neurol 1987;21:268-273.
- 7.- Brailowsky S, Hirsh E, Marescoux C. Elementos fisiopatológicos de los procesos epilépticos. En: Feria VA, Martínez D, Rubio DF. Epilepsia. México: Instituto Nacional de Neurología y Neurociugía 1997:103-146.
- 8.- Strafstron CF, Holmes GI. Epileptic syndromes in children. En: Shinaar S, Amir N, Branski D (eds). Childhood seizures. Pediatric adolescent medicine. Basel. Karger 1995;6:47- 66.

- 9.- Nashef L. Definitions, etiologies and diagnosis. En: Willie E. The treatment of epilepsy. Principles and practice. Baltimore: Williams-Witkin. 1996:70-73 7
- 10.- Berg A, Hauser A, Shinnar S. The prognosis of childhood onset epilepsy. En: Shinnar S; Amir N, Branski D (eds.). Childhood Seizures. Pediatric adolescents medicine. Basel, Karger 1995;6:93-99.
- 11.- Kramer U, Nevo Y, Neufeld M, Fatal A, Leitner Y, Harel S. Epidemiology of epilepsy childhood: a cohort of 440 consecutive patients. *Pediatr Neurol* 1998;8:46-50.
- 12.- Buoni S, Grosso S, Di Cosmo G; Di Bartoto R, Di Marco V, Fois A. Segregation analysis in typical absence epilepsy *J Child Neurol* 1998;13:89-93.
- 13.- Anderson VE, Hauser WA. Genetics. In Laidlaw J, Richens A, Chadwick D, eds. *A textbook of epilepsy*. 4 ed. Edinburgh: Churchill-Livingstone; 1993. p. 47-75
- 14.- Oller-Daurella L, Oller LF. Revisión de la epilepsia generalizada idiopática: epilepsia ausencias. *Rev Neurol* 1998;27(155):125-132.
- 15.- Espinoza Quinteros Iván. *Epilepsias de Ausencias en Hospital Cayetano Heredia (1998 – 2002)* Lima Perú 2012.
- 16.- T. Durá Travé. Typical absence seizure. Epidemiological and clinical characteristics and outcome. *Anales de pediatría*. Pamplona España 2005

17.- T. de Santos Moreno , Ureña- Hornos, A. Manquillo Esteban , A. Barrio Nicolás , FM Oliete García. Trastornos Paroxiticos no Epilepticos. Centro Neurológico Madrid España 2012.

18.- Anne T. Berg, Samuel F. Berkovic Martin. INFORME DE LA COMISIÓN DE LA ILAE SOBRE CLASIFICACIÓN Y TERMINOLOGÍA, 2005-2009. Revisión 2014 ILAE





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE TESIS

“Características clínicas de las crisis de ausencia en pacientes pediátricos en el
Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 - 2014

Presentado por:

Anibal Abraham Ramírez De La Cruz

Para obtener el título de segunda
especialidad en Pediatría

AREQUIPA - PERÚ

2014

I PREÁMBULO

Las crisis de ausencias ocupan una frecuencia entre el 8 y el 18% de todos los casos de epilepsia en niños. Sus manifestaciones clínicas y electroencefalográficas son características, de ahí la relevancia que representa para el médico y en especial el pediatra, en reconocerlas tempranamente e iniciar tratamiento y brindar apoyo psicológico, educativo, y orientación adecuada a los padres y a los niños.(1)

La epilepsia es una condición clínica crónica, caracterizada por la presencia generalmente repetida de crisis epilépticas (convulsivas o no), las cuales en algunas ocasiones son inducidas por ciertos factores precipitantes. Se ha postulado que una descarga anormal y excesiva de las neuronas es expresada en el electroencefalograma (EEG), aunque no siempre está asociada con las manifestaciones clínicas, y no necesariamente con el diagnóstico. Como consecuencia, el diagnóstico de epilepsia y crisis epilépticas, se fundamenta principalmente en la historia clínica y una correcta interpretación del EEG (2). En nuestro medio no se encuentran publicaciones de características clínicas de epilepsias en edad pediátrica y sobre todo con énfasis en la evolución y tratamiento de este tipo especial de crisis epilépticas.

II .- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

“¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de las crisis de ausencia en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 – 2014?”

1.2. Descripción del problema

a. *Área del conocimiento*

Campo : Ciencias de la salud

Área : Medicina Humana

Especialidad : Pediatría

Línea : Epilepsias generalizadas

Análisis y operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valores o categorías	Escala de medición
Edad de inicio	Según evaluación medica	Menos de 5 años 5 -8años Mas de 8 años	Ordinal
Sexo	Según Historia Clínica	Masculino o femenino	Nominal
Crisis febril	Según Historia Clínica	Si No	Nominal
Antecedentes familiares de crisis epiléptica	Según Historia Clínica	Sin antecedentes Con antecedentes	Nominal
Tipo de crisis convulsivo	Con limitada actividad motora Los automatismos o componentes motores son prominentes	Simple Complejas	Ordinal
Resultado test hiperventilación	Realiza crisis después de la hiperventilación por tres minutos No realiza crisis después de hiperventilación de 3 minutos	Positivo Negativo	Nominal
Características EEG	Según EEG	Inicio simétrico inicio asimétrico	Nominal
Control de crisis Tratamiento	Según Historia Clínica	Monoterapia o politerapia	Nominal

b. Interrogantes básicas

¿Cuáles son las características epidemiológicas de las crisis de ausencia en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 – 2014?

¿Cuáles son las características clínicas de crisis de ausencia en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo 2004 – 2014?

c. Tipo de Investigación

El tipo de problema a investigar es retrospectivo, observacional, transversal.

d. Nivel de investigación

Descriptivo

1.3. Justificación

Originalidad: En nuestra región no se tiene un registro adecuado de este tipo de convulsiones teniendo en cuenta las características clínicas y su manera de diagnosticar en la población pediátrica.

Relevancia científica: Este estudio pretende resaltar las características clínicas y así como la forma de diagnóstico de este tipo de crisis generalizada

que con frecuencia es confundida en el diagnóstico con trastornos de conducta y trastornos por déficit de atención e hiperactividad

Relevancia social: El diagnóstico precoz de este tipo de epilepsias permite reducir los efectos sobre el ausentismo escolar y desarrollo social de esta población pediátrica así como el entorno en el cual se desarrolla.

Factibilidad: Este tipo de estudio se realizara con revisión directa de las historias clínicas de los pacientes atendidos en este hospital en el área de archivos.

Importancia académica y profesional:

Este estudio pretende demostrar la importancia de identificar precozmente e iniciar tempranamente las alternativas terapéuticas en las crisis de ausencia en la población pediátrica en nuestra región.

2. Marco Conceptual

Históricamente tenemos que, desde la primera descripción de las crisis de ausencias por Poupart en 1705, varios autores han aportado sus conceptos en el diagnóstico, clasificación, observaciones electroencefalográficas, evolución y pronóstico. En la literatura más antigua Poupart reportó un ejemplo en la Real Academia de Ciencias, de una paciente quien al sufrir el ataque caía sentada en la silla, sus ojos se abrían, se mantenía inmóvil, después comenzaba a hablar desde el punto exactamente en que había interrumpido su conversación. Así, S.A.Tissot (1770) describió a un niño con ausencias y crisis tónico-clónico generalizadas. E. Esquirol (1815) introdujo la palabra de "petit mal" (actualmente en desuso), haciendo alusión a que se

trataba de crisis no generalizadas, y que “algunos ataques alternaban en intensidad”. Por su parte, L.F. Calmeil (1829) fue el primero en emplear el término de ausencias epilépticas. H. Jackson (1879) discutió las diferencias existentes con las crisis parciales (que en ocasiones aún son tema de confusión). W.R. Gowers (1881) hizo referencia a la presencia de convulsiones no visibles al referirse a las crisis de ausencias. Después, H. Sauer (1916) incorporó el concepto de picnolepsia. De nuevo, Gowers (1935) publicó las características clínico-electroencefalográficas de este tipo de crisis (3). Dentro de las epilepsias se clasifica a las ausencias como un tipo de crisis generalizadas, indicando con ello un compromiso bihemisférico (3). Sin embargo, la verdadera etapa científica de la epilepsia ausencia comienza con las descripciones electroencefalográficas de Gibbs, Davis y Lennox quienes en 1935 establecieron la correlación entre la súbita y corta pérdida de conciencia con las descargas bilaterales sincrónicas y generalizadas de punta-onda, separando el entonces llamado petit mal auténtico de otras pérdidas de conciencia que denominaron “falsas ausencias temporales” (clasificadas actualmente como crisis parciales complejas) (4)

Si un niño presenta súbitamente un período breve de "mirada fija", o de "quedarse en blanco", deben de considerarse dos posibilidades principales: que se trate de crisis de ausencias o de crisis parciales complejas. Si este período se acompaña de pérdida de la conciencia y amnesia, esto corresponde en esencia a las ausencias. Aún existe desacuerdo en cuanto a la frecuencia y grado de signos clínicos asociados a los movimientos clónicos, cambios posturales y conductuales, los automatismos, y en

ocasiones fenómenos autonómicos asociados. Algunas de estas características en ocasiones se asocian a otros tipos de crisis, por lo que la descripción completa de las crisis de ausencia es esencial (5).

Por otra parte, en términos generales se considera que en las crisis de ausencia, existe un "espectro patofisiológico" que involucra a la corteza cerebral, sistema de proyección reticular o el tálamo (6,7). La revisión de la Clasificación Internacional de las Crisis Epilépticas (1981), de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (LICE), reconoce dos tipos de crisis de Ausencia, dependiendo de los patrones ictales observados en el EEG: 1) las ausencias típicas, caracterizadas por un estudio de EEG, con descargas simétricas y sincrónicas de complejos punta-onda de un ritmo de 3 y 2 Hz, las ausencias atípicas, asociadas con diferentes patrones en el EEG, los cuales incluyen brotes de complejos punta-onda, con ritmos de hasta 2.5 Hz, con ritmos rápidos, de baja amplitud, o de alto voltaje, y actividad rítmica de 10 Hz. Tanto los ataques de ausencias típicas como los de ausencias atípicas, pueden ser clasificados como: a) simples, cuando hay una pérdida de la conciencia, posiblemente con simple y limitada actividad motora como parpadeo, o espasmos de los párpados, desviación de los globos oculares hacia arriba (atrás); y b) complejas, cuando los automatismos, o componentes motores son prominentes (mioclonicos, tónicos o atónicos) (8,9).

Las ausencias típicas, designan no sólo a un tipo único de epilepsia, sino a un amplio grupo de síndromes epilépticos, con diferentes edades de inicio, varios tipos de crisis asociadas, curso y pronóstico diversos. En la edad

pediátrica las ausencias atípicas también se asocian a diferentes tipos de crisis y el retardo mental, o bien retraso del desarrollo psicomotor; éstas entidades son más comunes que en los niños con ausencias típicas (7). Por otra parte, las crisis de ausencias típicas, comprenden a los siguientes tipos de síndromes: a) ausencias epilépticas de la infancia, b) ausencias epilépticas de la juventud, c) ausencias mioclónicas y d) las ausencias típicas con EEG inusual, que corresponde a las llamadas ausencias adversivas (2). No obstante, se ha demostrado que las ausencias atípicas y las ausencias típicas, son condiciones clínicas diferentes, pero presentan características compartidas, tanto clínicas como electroencefalográficas (6,7). En cuanto a la incidencia de las crisis de ausencias, ésta varía en el rango de 1.9 a 8/100,000 cuando se trata de menores de 16 años, manteniéndose una media de 7/100,000 en el grupo de niños menores de los 15 años de edad (10,11). Del total de los pacientes con epilepsia de todas las edades, entre 2-10% cursan con crisis de ausencias. En cuanto a las epilepsias en la edad infantil las ausencias se presentan entre el 1.4 al 13%. Los antecedentes familiares para epilepsia en los pacientes con ausencias se encuentran en el 15-44% de los casos. En estudios de gemelos monocigóticos se ha observado este tipo de crisis hasta en 75% de los casos. La asociación de ausencias y crisis febriles se presenta en el 46.7% de los familiares de primer grado. La asociación de ausencias y crisis tónico-clónico generalizadas se ha reportado en un 30%. La etiología aún no es conocida, pero parece tratarse de un trastorno genético de un modo de transmisión desconocido. Bouni S.E. y Grosso S., reportan la presencia de una forma de herencia autosómica

dominante de penetrancia incompleta (12). En estudios de necropsia de 12 pacientes que cursaron con ausencias, se identificó microdisgenesia de lóbulo frontal (3). En este trabajo se presenta un reporte preliminar de la revisión de 17 casos de pacientes en edad pediátrica con diagnóstico clínico y electroencefalográfico de ausencias.

2. Análisis de Antecedentes Investigativos

Autor: T. Ureña-Hornos

Título: Epilepsia con ausencias. Revisión de nuestra experiencia de 14 años (1990 a 2004 España)

Resumen: En conclusión, la EA es de fácil diagnóstico y, habitualmente, buena respuesta terapéutica, con monoterapia o, en algunos casos, con la asociación de dos antiepilépticos. Un estrecho control inicial por expertos en su manejo evita la persistencia de las ausencias durante períodos prolongados. Deben vigilarse disfunciones psicosociales y de aprendizaje que se asocian en algunos de los casos.

Autor: ESPINOZA QUINTEROS Iván

Título: Epilepsia Ausencias en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (1998-2002).

Resumen: Se incluyeron 33 pacientes (6.4% del total). La edad promedio al inicio de enfermedad fue 6.6 años, sexo femenino: 54.5% y tiempo de enfermedad antes del diagnóstico: 12.5 meses. Presentaron

antecedente familiar de convulsiones 30.3% y antecedente de eventos perinatales adversos 18.2%. El 39.4% de pacientes presentó ausencias simples y 60.6% ausencias complejas. El 36.4% tuvo inicialmente un patrón electroencefalográfico bilateral asimétrico que posteriormente se tornó simétrico. Todos recibieron ácido valproico pero en 6% se tuvo que cambiar de medicación debido a efectos adversos y 12% tuvieron que recibir terapia combinada por falta de control. Edad, sexo, tipo de crisis, EEG, antecedentes familiares o perinatales, no influyeron en las características clínicas, electroencefalográficas o respuesta terapéutica. Las ausencias representan 6.4% de todas las epilepsias. La edad promedio es de 6.6 años, los antecedentes familiares están presentes en 30.3% de los pacientes y los eventos adversos perinatales en 18.2%. Las ausencias complejas con automatismos son las más frecuentes y el ácido valproico es un tratamiento efectivo. El tiempo de enfermedad antes del diagnóstico fue 12.5 meses por lo cual se recomienda mayor difusión a nivel de padres, educadores y personal de salud para diagnóstico y control oportunos

Autor: Dra Ileana Valdivia Alvarez

Título: Epilepsia de ausencia de inicio precoz: a propósito de un caso (Cuba 2007)

Resumen: Se presento un caso de epilepsia de ausencia de inicio antes de los 2 años de edad, que requirió múltiples drogas antiepilépticas. Se confirma el importante papel de la monitorización

electroencefalográfica y videoelectroencefalográfica como herramienta diagnóstica en las epilepsias de presentación poco común en la infancia. Se revisan los factores etiológicos polimórficos actuales, el papel de los canales iónicos y el uso de las drogas antiepilépticas en la ausencia infantil.

Autor: Ana Silvia Figueroa-Duarte

Título: Crisis de Ausencias desde la Perspectiva de los Niños y Adolescentes que la Padecen (México 2010)

Resumen:

Se presentan los resultados de una investigación local en la que se invitó a participar a niños y adolescentes con crisis de ausencias, con el objetivo de conocer desde su perspectiva como viven el padecimiento en su cotidianidad. El modelo en que se fundamenta este trabajo es el de la experiencia del padecimiento, esta perspectiva integra la dicotomía mente-cuerpo dentro de un contexto social, reconociendo que las personas son más que entidades fisiológicas, supera las limitaciones inherentes en el modelo médico y asegura que los pacientes sean tratados como personas y no como objetos. Lo fundamental de este trabajo es que brindó la oportunidad de que los participantes se expresaran libre y creativamente sobre sus emociones, dificultades, puntos de vista, etc., a quienes en muy contadas ocasiones se les toma en cuenta. Ello porque los niños han sido considerados como recipientes pasivos de la protección y cuidado de los adultos; han

sido objetos invisibles y sin voz, no considerados como personas competentes y autónomas que poseen un punto de vista. Se empleó para ello una metodología (novedosa y en la que hemos empezado a incursionar en nuestro país) que emplea las humanidades (en este caso el dibujo y la narrativa) en el campo de la neuropediatria, para explorar uno de los trastornos de mayor frecuencia en esta subespecialidad. Se concluye que como profesionales de la salud infantil, interesados en promover el desarrollo y bienestar de los niños, así como lograr la tan anhelada adherencia terapéutica, es esencial que los médicos en su práctica clínica procuren obtener mayor conocimiento no sólo de la enfermedad sino también de la experiencia del padecimiento. Ello les permitirá ampliar su conocimiento y mejorar los procesos de atención, creando mejores condiciones para la niñez en el futuro.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

- Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con crisis de ausencia en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo en el periodo comprendido de Enero 2004 a Enero del 2014

3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características epidemiológicas crisis de ausencia en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo en el periodo comprendido de Enero 2004 a Enero del 2014
- Determinar la características clínicas de crisis de ausencia en pacientes pediátricos en el Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo en el periodo comprendido de Enero 2004 a Enero del 2014

4. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

2. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

2.1. Técnicas:

En la presente investigación se aplicará la técnica de recolección de datos de las historias clínicas del HNCASE

2.2. Materiales de Verificación

- Ficha de recolección de datos
- Material de escritorio
- PC Pentium D
- Impresora
- Sistema operativo Windows Vista

- Procesador de texto Word 2010.
- Soporte estadístico SPSS 20.0 for Windows

3. Campo de Verificación

3.1. Ubicación espacial

El presente estudio se realizará en el servicio de pediatría en el área de consulta externa y hospitalización en la especialidad de neurología pediátrica del hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo Essalud Arequipa 2014

3.2. Ubicación temporal

El estudio se realizará de manera retrospectiva en el periodo comprendido entre el 01 Enero del 2004 al 31 Enero del 2014.

3.3. Unidades de estudio

Pacientes atendidos en consulta externa en el servicio de pediatría en la especialidad de neurología pediátrica y atendidos en emergencia en la unidad de emergencia pediatría.

Criterios de Inclusión

- Diagnóstico en consulta externa del servicio de neuropediatría o en el servicio de emergencia de pediatría de ausencias típicas, tanto clínico como electroencefalográfico
- Disponer de un mínimo de un estudio de EEG

- Asistencia a consulta en el último año para tener información relativa a su evolución

Criterios de exclusión

- Lesiones cerebrales, congénitas o adquiridas, confirmadas por neuroimagen.

4. Estrategia de Recolección de Datos

4.1. Organización

Elaboración y planteamiento del proyecto de investigación, solicitar la autorización a la oficina de capacitación y docencia del hospital CASE Arequipa, con jefe de servicio de pediatría, Neurólogo pediatra encargado del servicio, centro de archivos y estadística haciéndoles llegar los alcances del presente estudio para acceder anónimamente a los usuarios del servicio.

Solicitud formal para revisión y aprobación del presente proyecto de tesis a la Facultad de Medicina de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.

3.1 Recursos

4.1.1. Recursos humanos

El autor: Anibal Abraham Ramírez De La Cruz

Tutor: Edwin Lazo Rivera

Asesor estadístico: Oscar moreno

4.1.2. Recursos Físicos

- Fichas de observación

4.1.3. Recursos financieros

- Autofinanciado por el autor.

4.2. Validación de instrumentos

Por tratarse de una ficha de recolección de datos, no se requiere de su validación.

4.3. Criterios para el manejo de los resultados

4.3.1. A nivel de recolección

Se revisará las historias y se consignarán los datos en las fichas de recolección para su posterior análisis.

4.3.2. A nivel de sistematización

La información obtenida se procesará por medio del programa de Microsoft Office Excel 2010 y los paquetes estadísticos: SPSS versión 20.0 en Español para Windows y Minitab versión 14 para Windows en inglés.

4.3.3. A nivel de estudio de datos

Para las variables categóricas: Los resultados se presentarán en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas: Se utilizará la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas; así como los valores mínimos y máximos

5. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Secuencia de actividades de acuerdo al cronograma de Gantt.

TIEMPO	2014															
	Abril				Mayo				Junio				Julio			
ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda de información	X	X														
Elaboración del proyecto			X	X												
Presentación del proyecto					X	X	X									
Recolección de datos								X	X	X						
Análisis e interpretación											X	X				
Elaboración de Informe final													X	X	X	

Fecha de inicio: 01 de Marzo del 2014.

Fecha probable de término: 24 de Julio del 2014.

7.- BIBLIOGRAFÍA BÁSICA:

- 1.- Campbell-Araujo, OA, Figueroa-Duarte, AS. Crisis de ausencia. Análisis clínico de 22 casos. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2000;17:87-94
- 2.- Aicardi J. Epilepsy in children. The International Review of Child Neurology. Philadelphia: Lippincott-Raven 1996:94-116.
- 3.- Panayiotopoulos CP. Absence seizures. En: Engel J, Pedle A. Epilepsy. A comprehensive textbook. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers 1997:2327-2346.
- 4.- Segan S. Absence Seizures. [Sitio en internet] eMedicine World Medical Library. Disponible en : <http://www.emedicine.com/neuro/topic3.htm> Visionado el 12 de diciembre de 2001.
- 5.- Wolf P. The Treatment of the idiopathic (primary) generalized epilepsies. En: shorvon S, Dreifuss F, Fish D. Thomas D. The treatment of epilepsy New York: Blackwell science 1995:238-246.
- 6.- Holmes GL. McKewer M, Adamson M. Absence seizures in children: clinical and electroencephalographic features. Ann Neurol 1987;21:268-273.

- 7.- Brailowsky S, Hirsh E, Marescoux C. Elementos fisiopatológicos de los procesos epilépticos. En: Feria VA, Martínez D, Rubio DF. Epilepsia. México: Instituto Nacional de Neurología y Neurociugía 1997:103-146.
- 8.- Strafstron CF, Holmes GI. Epileptic syndromes in children. En: Shinaar S, Amir N, Branski D (eds). Childhood seizures. Pediatric adolescent medicine. Basel. Karger 1995;6:47- 66.
- 9.- Nashef L. Definitions, etiologies and diagnosis. En: Willie E. The treatment of epilepsy. Principles and practice. Baltimore: Williams-Witkin. 1996:70-73 7
- 10.- Berg A, Hauser A, Shinnar S. The prognosis of childhood onset epilepsy. En: Shinnar S; Amir N, Branski D (eds.). Childhood Seizures. Pediatric adolescents medicine. Basel, Karger 1995;6:93-99.
- 11.- Kramer U, Nevo Y, Neufeld M, Fatal A, Leitner Y, Harel S. Epidemiology of epilepsy childhood: a cohort of 440 consecutive patients. *Pediat Neurol* 1998;8:46-50.
- 12.- Buoni S, Grosso S, Di Cosmo G; Di Bartoto R, Di Marco V, Fois A. Segregation analysis in typical absence epilepsy *J Child Neurol* 1998;13:89-93.

FICHA DE RECOLECCIÓN

Historia Clínica :

1.-NOMBRE:

2.-EDAD:

3.-SEXO: M F

4.-EDAD DE INICIO:

5.-ANTECEDENTE DE CRISIS FEBRIL

6.-ANTECEDENTE FAMILIAR DE CONVULSIONES

7.-TIPO DE CRISIS CONVULSIVA

SIMPLE:

COMPLEJA:

8.- TEST DE HIPERVENTILACIÓN
POSITIVO NEGATIVO

9.- CARACTERÍSTICAS DEL EEG 1961
SIMÉTRICO ASIMÉTRICO

10.- CONTROL DE CRISIS
MONOTERAPIA:
POLITERAPIA:

11.- OBSERVACIONES: