



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
MEDICA CIRUJANA

TEMA:

EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

AUTORES:

GARCÍA LOOR KARLA GEMA
MARTINEZ VÉLEZ ANDREA NARCIZA

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DR. JOSÉ LARA MORALES

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2014

TEMA
EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE
ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI
CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

DEDICATORIA

Dios y mi familia mi mayor inspiración.

A Dios, por haberme regalado el don de la vida, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de mucho aprendizaje, experiencia, felicidad y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres CARLOS Y RUTH, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta

A mi hermano Juan Carlos por su apoyo incondicional

A todas las personas de buen corazón que siempre me dieron su ayuda incondicional y que con sus sabios consejos me impulsaron a seguir adelante y luchar por los objetivos trazados

GARCÍA LOOR KARLA GEMA

DEDICATORIA

A Dios, por estar presente en cada día de mi vida, por darme la fortaleza y la oportunidad de llegar a esta meta, por convertir mis sueños en realidad y mis fracasos en éxitos.

A mis padres Jorge y Narcisa, por todo su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años de mi vida ya que ellos son mi motor principal para seguir adelante, y demostrarle que toda la educación y cariño que ellos me han brindado ha quedado plasmado en este triunfo, por creer en mis capacidades y sobre todo por aquella confianza incondicional.

A mis hermanos, como ejemplo de superación

MARTINEZ VÉLEZ ANDREA NARCIZA

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios por habernos guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; en segundo lugar a cada uno de los que son parte de nuestras familias por su apoyo incondicional y por ser la base fundamental en nuestras vidas

Nos complace de sobre manera a través de este trabajo exteriorizar nuestro sincero agradecimiento a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, CARRERA DE MEDICINA. Por habernos permitido formarnos profesionalmente.

Al Tribunal de Revisión y Sustentación:

A nuestro Director del Trabajo de Titulación Dr. José Lara Morales por habernos guiado en cada etapa de nuestro Proyecto Investigativo.

Al Presidente del Trabajo de Titulación Dr. Walter Mecías Zambrano por habernos brindado su apoyo y confianza en nuestro proyecto de Investigación

A los miembros del Trabajo de Titulación: Dr. Nelson campos y Lcda. Narcisa Villamarin por colaborarnos en nuestro proyecto.

Al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, especialmente al Servicio de Neurología quienes nos brindaron su ayuda incondicional durante la ejecución de nuestra investigación.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

GARCÍA LOOR KARLA GEMA
MARTINEZ VÉLEZ ANDREA NARCIZA



CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

Yo, Dr. José Lara Moralestengo a bien certificar que el trabajo de titulación “EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014”, de las egresadas GARCÍA LOOR KARLA GEMA Y MARTÍNEZ VÉLEZ ANDREA NARCIZA.

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

DR. JOSÉ LARA MORALES
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN



CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Certifico que el presente trabajo de titulación titulado “EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014”, ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de las autoras **GARCÍA LOOR KARLA GEMA** y **MARTINEZ VÉLEZ ANDREA NARCIZA**

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.

DR. WALTER MECIAS ZAMBRANO
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA:

EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE
ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI
CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014

Tesis de Grado sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo, requisito previo a
la obtención del Título de:

MÉDICO- CIRUJANO

Dra. Yira Vásquez Giler Mn
DECANA

Dr. Jhon Ponce Alencastro,MDI
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN FCS

Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURIDICO

Dr. José Lara Morales
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

Dr. Walter Mecías Zambrano
PRESIDENTE DE TRIBUNAL DEL TRABAJO DE
TITULACION

Dr. Nelson Campos Vera
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Narcisa Villamarin Vaca
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA:

EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014

Tesis de Grado sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo, requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICO- CIRUJANO

Dr. Walter Mecías Zambrano
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Nelson Campos Vera
Lcda. Narcisca Villamarin Vaca
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE AUTOR



GARCÍA LOOR KARLA GEMA y MARTINEZ VÉLEZ ANDREA NARCIZA, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado “EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014” es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director del trabajo de titulación, Dr. José Lara Morales.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta Tesis, pertenecen exclusivamente a los autores.

GARCÍA LOOR KARLA GEMAMARTÍNEZ VÉLEZ ANDREA NARCISA
AUTORA AUTORA

INDICE

TEMA.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR	vi
CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DEL TRIBUNAL	vii
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.....	viii
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.....	ix
DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE AUTOR.....	x
RESUMEN	xv
SUMMARY.....	xvi
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS.....	7
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
CAPITULO II.....	8
MARCO TEÓRICO	8
VARIABLES.....	20
VARIABLE INDEPENDIENTE	20
VARIABLE DEPENDIENTE.....	20
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	21

CAPITULO III	24
DISEÑO METODOLÓGICO.	24
UNIVERSO.....	24
MUESTRA.....	24
PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	24
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	24
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	24
RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
ANÁLISIS Y PROCESO DE DATOS	25
RECURSOS HUMANOS.....	25
RECURSOS FÍSICOS.....	26
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	27
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES	52
PROPUESTA	53
ÁRBOL DEL PROBLEMA	58
ÁRBOL DE OBJETIVOS	59
ANÁLISIS DE LOS INVOLUCRADOS.....	60
BIBLIOGRAFÍA	63
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES VALORADO (2013-2014).....	65
ANEXOS	66

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Contenidos	Pág.
TABLA N° 1 EDAD Y GÉNERO EN EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.	35
TABLA N° 2 TIPO DE NACIMIENTO Y GÉNERO EN EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.	36
TABLA N° 3 APGAR AL MINUTO Y TIPO DE NACIMIENTO EN EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.	37
TABLA N° 4 APGAR A LOS 5 MINUTOS Y TIPO DE NACIMIENTO EN EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.	38
TABLA N° 5 FACTORES DE RIESGO Y ESTADOS EN EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.	39
TABLA N° 6 ANTECEDENTES FAMILIARES Y GÉNERO EN EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.	40
TABLA N° 7 EDAD DEL DIAGNÓSTICO Y GÉNERO EN EPILEPSIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.	41
TABLA N° 8 TIPO DE EPILEPSIA Y GÉNERO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DURANTE	

EL PERIODO DE DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.	42
TABLA N° 9 TRATAMIENTO Y TIPO DE EPILEPSIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.	43
TABLA N° 10 PACIENTES QUE SE REALIZAN ELECTROENCEFALOGRAMA Y DESCARGAS ELÉCTRICAS DE EPILEPSIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.	44
TABLA N° 11 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA CON LA ESCALA DE CAVE CON EL INFANTE CON EPILEPSIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.	48

RESUMEN

El estudio fue retrospectivo y prospectivo, con pacientes pediátricos de 2 a 12 años con crisis convulsivas que son atendidos en la consulta externa del hospital Verdi Cevallos Balda. Diciembre 2013-mayo 2014 y se escogieron 50 pacientes con esta patología aleatoriamente, atendidos en la consulta externa en esta casa de salud. Al indagar factores de riesgo de la epilepsia, los resultados determinaron que los pacientes para el género femenino y masculino en la edad entre 10 a 12 se reportaron los mayores valores con el 27,79% y 40,62%, posiblemente relacionado con tipo de nacimiento y género en las niñas el 50% registro un nacimiento vaginal y en los niños el 59,37% fue por cesárea, debido a que las historias clínicas, expresaron que el 86,85% para el apgar al minuto con >7 de vaginal eutócico y a los cinco minutos con >7 de vaginal eutócico. También se evidenció que los riesgos asociados a esta patología en estado perinatal el 100% presentó encefalopatía hipóxico y en lo antecedentes familiares en el género femenino y masculino el 33,33% y el 56,25% reportaron que ninguno de ellos no tienen ningún historial acerca de esta enfermedad y los niños fueron diagnosticados en la edad <de 1 año con el 66,66%, los cuales padecen de crisis generalizadas para ambas categorías. Mientras que en el tratamiento en crisis parciales simples se utilizó ácido valproico, así lo estableció el 100%. Por su parte en crisis parciales complejas los tratamientos fueron a base de oxcarbazepina y en crisis generalizadas el 88,23% utiliza medicamentos a base de carbamazepina, de los cuales la mayoría se realiza electroencefalogramas con descargas negativas y el 33,34% con positivas. Al identificar las características generales de los usuarios, el 43,47% correspondió a unión libre, y según el tipo de vivienda y servicios básicos donde habitan los infantes con epilepsia, se determinó que el 73,80% tiene casa de cemento con el servicio básico completo y tienen un ingreso equivalente entre USD 351 a USD 400 dólares y ellos se hacen atender en el área urbana en el sector público del Ministerio de salud pública. Por su parte los provenientes del sector rural el 66,66% lo hacen en la misma dependencia pública y al verificar la calidad de vida de los usuarios en estudio mediante la escala de CAVE, se determinó que en los resultados de las encuestas a los niños con esta enfermedad el 58% de ellos reportaron un comportamiento muy bueno.

PALABRAS CLAVES: EPILEPSIA-CALIDAD DE VIDA

SUMMARY

The study was retrospective and prospective, with patient pediatric of 2 to 12 years with convulsive crisis that are assisted in the external consultation of the hospital Verdi Cevallos Cripples. December 2013-May 2014 and 50 patients were chosen aleatory with this pathology, assisted in the external consultation in this house of health. When investigating factors of watering of the epilepsy, the results determined that the patients for the feminine and masculine gender in the age among 10 at 12 were reported the biggest securities with 27,79% and 40,62%, possibly related with type from birth and gender in the girls 50% registers a vaginal birth and in the children 59,37% was for Caesarean operation, because the clinical histories, expressed that 86.85% for the apgar a minute with >7 of vaginal eutectic and to the five minutes with >7 of vaginal eutectic. It was also evidenced that the risks associated to this pathology in perinatal state 100% presented encefalopatía hipóxico and in the antecedent ones family in the feminine and masculine gender 33,33% and 56,25% reported that none of them has any record about this illness and the children were diagnosed in the age $<$ of 1 year with 66,66%, which suffer of widespread crisis for both categories. While in the treatment in simple partial crisis sour valproico was used, it established this way it 100%. On the other hand in complex partial crisis the treatments were with the help of oxcarbazepina and in widespread crisis 88,23% uses medications with the help of carbamazepina, of which most is carried out electroencefalograms with negative discharges and 33,34% with positive. When identifying the user's general characteristics, 43,47% corresponded to free union, and according to the housing type and basic services where the infants inhabit with epilepsy, it was determined that 73,80% has cement house with the complete basic service and they have an equivalent entrance among USD 351 to USD 400 dollars and them they are made assist in the urban area in the public sector of the Ministry of public health. On the other hand those coming from the rural sector 66,66% makes it in the same public dependence and when verifying the quality of life of the users in study by means of the scale of it DIGS, it was determined that in the results of the surveys to the children with this illness 58% of them reported a very good behavior.

PASSWORDS: EPILEPSY-QUALITY OF LIFE

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Las consecuencias psicosociales de la epilepsia son múltiples y complejas. Estudios previos de la (OMS, 2013), señala 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, siendo la presencia de dos o más crisis epilépticas, no febriles, no provocadas, usualmente de corta duración, causadas por una descarga eléctrica sincrónica y excesiva de las neuronas de la corteza cerebral.

También por datos de la (ILAE, 2013), en el mundo existen más de 40 millones de epilépticos. La prevalencia mundial es entre 4 y 18 por 1000 habitantes, y en el Ecuador, según el Ministerio de Salud Pública la prevalencia gira en torno a 7 por 1000 habitantes. Se estima que la enfermedad tiene una distribución bimodal siendo mayor en las primeras dos décadas de la vida y luego a partir de la sexta década, siendo su mortalidad de 2 a 3 veces mayor que la población general, así lo establece esta entidad, ya que es una enfermedad crónica con importantes consecuencias sociales y psicológicas debido a la gran cantidad de variables que influyen en el transcurso de la enfermedad.

Existiendo factores ambientales que modifican las crisis y favorecen la aparición de otros fenómenos ajenos a la patología de base, que alteran la calidad de vida del paciente, que se entiende el grado de bienestar general que alcanza una persona en su aspecto físico, mental y social. En epilepsia es de vital importancia, y una difícil tarea el lograr una adecuada calidad de vida, debido a que los pacientes están expuestos a múltiples factores que pueden afectarla, entre los que se incluyen la frecuencia de las crisis, intensidad de ellas, edad de inicio de la enfermedad, tipo de crisis, cantidad de fármacos usados en el tratamiento, efectos secundarios de éstos, deterioro cognitivo asociado, percepción del paciente de las crisis sufridas, y otras.

Con el fin de establecer de manera objetiva la calidad de vida del paciente con epilepsia, se han diseñado múltiples escalas que no sólo valoran los aspectos clínicos sino también la percepción del paciente de su enfermedad. Estas escalas han ido adquiriendo cada vez más importancia y constituyen un instrumento de valoración clínica de primer orden por ejemplo, en la evaluación del uso de fármacos antiepilépticos y de los resultados de la cirugía, las cuales tienen la ventaja de ser autoevaluadas y entre ellas se encuentran el Inventario Psicosocial de CAVE, considerada por algunos autores un resumen de todas las que evalúan calidad de vida en epilepsia. El QOLIE-89 consta de 89 preguntas de respuesta en 30 minutos y da que es una patología crónica (y en muchos casos no curativa), con tratamientos complejos incluso, el número de pacientes que se ve en las consultas de Neurología-Epilepsia, es notable, y se incrementa con los años, generando costes al sistema sanitario, que no siempre son tenidos en cuenta, donde el costo es mayor en el caso de pacientes refractarios a tratamiento (porcentaje no desdeñable de la población epiléptica).

A pesar de todo lo expresado, pocos son los estudios realizados en la actualidad, que permitan determinar la prevalencia de esta afectación y su relación con el tiempo de evolución y edad de los pacientes, específicamente en niños de 2 a 12 años, razón por la cual la investigación contemplo como incide la epilepsia y calidad de vida en estos pacientes que llegan a esta patología al Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, durante el periodo de Diciembre 2013-Mayo 2014, que permita identificar las características generales de los usuarios en estudio e indagar factores de riesgo de la epilepsia, así mismo verificar la calidad de vida de los usuarios en estudio mediante la escala de CAVE que permita generar estrategias de prevención de las crisis convulsivas para mejorar la calidad de vida de los usuarios en estas edades en esta casa de salud y de sus cuidadores.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

Se constituye el problema neurológico más común y una de las urgencias más importantes en pediatría, llegándose a presentar hasta en un 4 a 6% de los pacientes, con esta enfermedad neurológica frecuente, presente en todas las sociedades y en todos los grupos de edad, con un impacto importante, tanto desde el punto de vista sanitario y económico general, como socialmente a nivel del individuo que lo padece y su familia. De hecho, es la afección neurológica más común que afecta a individuos de todas las edades. Hasta 50 millones de sujetos se estima que son diagnosticados de epilepsia en algún momento de su vida, por reportes de la (OMS, 2013)

Clásicamente (Herranz, 2009), dice que era considerada como una afección crónica, de etiología diversa, caracterizada por crisis epilépticas recurrentes, debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales, asociada, eventualmente, a diversas manifestaciones clínicas o paraclínicas. Pero hoy día se es considerada como un trastorno del cerebro caracterizado por una predisposición para generar crisis epilépticas, pero también por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición.

(Aguilar-Rodríguez, 2008), expresan que cada vez se tiene más en consideración que el espectro de las epilepsias, incluso de las consideradas benignas, puede ir acompañado de otras alteraciones cognitivas, conductuales y/o psiquiátricas y que estos trastornos pueden tener un mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes, que la propia epilepsia en sí, que puede estar, en muchos de estos casos, controlada, o incluso resuelta.

Aunque las crisis pueden variar, mucho en la manera como se presentan o se sienten, todas son causadas por lo mismo, actualmente gracias al tratamiento regular con medicamentos para prevenir las convulsiones muchos niños con epilepsia sufren estos episodios con poca o ninguna frecuencia y pueden participar plenamente de las actividades

escolares, no obstante los niños que todavía tienen crisis pueden enfrentarse con problemas en la escuela, que incluyen aislamiento de otros estudiantes, poca autoestima y un nivel bajo de éxito escolar.

Por lo que el presente trabajo tiene un importante aporte académico y científico ya que permite determinar la calidad de vida en los usuarios epilépticos, permitiendo reconocer el estilo de vida que de una u otra manera influye en la salud de los usuarios desde el punto de vista social. También en el ámbito personal, establece tener la oportunidad de adquirir mayores conocimientos y experiencias que nos permitan crecer como profesionales y seres humanos. Asimismo este estudio se lo ejecuta como requerimiento de graduación de la Facultad Ciencias de la Salud Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí elaborándose como requisito previo a la obtención del título de Médicos Cirujanos.

Por todo lo descrito, este proyecto beneficiará a la comunidad en general ya que los pacientes pediátricos diagnosticados con epilepsia serán más cautelosos en el seguimiento de su tratamiento lo cual ayudará a evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida. A través de nuestra investigación intentaremos fomentar la realización de múltiples estudios basados en temas de interés como la presente con resultados confiables permitiendo su publicación y reconocimiento posterior no solo a nivel nacional, sino que el Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” y la Universidad Técnica de Manabí sean conocidos como centros de investigación a nivel internacional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se estima que hay 10,5 millones de niños con epilepsia en el mundo. 3,4 millones de personas inician un cuadro de epilepsia cada año y, de ellas, el 40% son niños. 1,4 millones de niños menores de 15 años inician una epilepsia cada año, 45 o 50 niños de cada 100.000 sufren epilepsia. La incidencia acumulada hasta la edad de 15 años indica que entre el 1 y el 1,7% de los niños habrá tenido, al alcanzar dicha edad, una crisis epiléptica no provocada, y aproximadamente, el 0,8% crisis repetidas, por reportes, establecidos por (Álvarez-Valdéz, 2011)

Donde la tasa de prevalencia en los países latinoamericanos es más elevada a comparación de países desarrollados, actualmente se calcula una prevalencia de 14 a 57 por cada 1000 habitantes. En México el número aproximado de personas que sufren alguna de las formas de crisis epilépticas es de 1.5 a 2 millones de habitantes. De esta población hasta el 76% tienen un inicio en la infancia, así lo informa la Organización Mundial de la Salud (2013), y sea cual fuere la definición, la cuestión es que un gran número de personas de todas las razas y clases, en cualquier lugar del mundo, están afectos o presentan esta condición, que, por otro lado, se manifiesta en formas y tipos diferentes, con distinto grado de afectación en la vida de quien lo padece, y de ese modo con distintas consecuencias en la sociedad en la que ocurra.

En una encuesta de morbilidad sentida en la ciudad de Guadalajara realizada por (Austín-Smith-Resinger-McNelys, 2010), confirmaron que casi el 3.5% de las madres encuestadas aceptaron tener hijos con síndrome convulsivos, lo que hace que se estime que para la ciudad una cifra de 7000 menores con el padecimiento, por lo que queda claro son frecuente en la edad pediátricas, resultado un problema familiar que posteriormente se hace social y económico ya que el tratamiento es prolongado y caro. Mientras que en el Ecuador,

por informes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012) se estima una incidencia del 7,7 al 17 por cada mil habitantes.

Lamentablemente, en las entidades de salud se puede apreciar la ausencia de un programa de salud-educativo estructurado y realizado en forma sistemática para los pacientes con esta patología que en ellas se atienden, trayendo como consecuencia el sufrimiento y la pérdida de la integridad física que impone a los pacientes una enfermedad crónica mal controlada, convirtiéndolos en personas discapacitadas. Es por ello, la importancia de conocer la prevalencia y las principales alteraciones neurológicas demostradas por las crisis epilépticas, es de gran utilidad para poder aplicar terapias oportunas, actualizar consensos y mejorar la sobrevida y calidad de vida de los pacientes, ya que no se han encontrado investigaciones acerca del tema en Manabí, Portoviejo específicamente en el Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda, por lo cual fue necesario identificar las características generales de los usuarios, así como indagar factores de riesgo de la epilepsia y verificar la calidad de vida de los usuarios en estudio mediante la escala de CAVE, para lo cual poder generar estrategias de prevención de las crisis convulsivas para mejorar la calidad de vida.

Expuesto ya los antecedentes del proceso investigativo la pregunta central queda planteada de la siguiente manera:

¿Cuál es el impacto de la epilepsia en la calidad de vida en usuarios de 2 a 12 años de edad que acuden a la consulta externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en el periodo Diciembre 2013-mayo 2014?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida en pacientes de 2 a 12 años con crisis convulsivas que son atendidos en la consulta externa del hospital Verdi Cevallos Balda. Diciembre 2013-mayo 2014

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las características generales de los usuarios en estudio

Indagar factores de riesgo de la epilepsia

Verificar la calidad de vida de los usuarios en estudio mediante la escala de CAVE

Generar estrategias de prevención de las crisis convulsivas para mejorar la calidad de vida de los usuarios de 2-12 años con epilepsia atendidos en el área de consulta externa del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda y sus cuidadores.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Es una enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones de procedencia neurobiológicas, cognitivas y psicológicas, así lo determinan (Buelo-Johnson, 2010), señalando además que un convulsión o crisis epiléptica o comicial es un evento súbito y de corta duración, caracterizado. Inclusive (Aguilar-Rodríguez, 2008), dicen que puede tener muchas causas y tener origen en lesiones cerebrales de cualquier tipo pero en muchos casos no hay ninguna lesión, sino únicamente una predisposición de origen genético a padecer las crisis.

Es decir que cuando no hay una causa genética o traumática identificada se llama Epilepsia idiopática en la respuesta al tratamiento.

Pero de acuerdo a (Adenkamp, 2009), establece que esta enfermedad es la presentación crónica, recurrente de fenómenos paroxísticos por descargas eléctricas anormales en el cerebro (crisis epilépticas) que tiene manifestaciones clínicas variadas y causas diversas, se considera el evento paroxístico más frecuente en la infancia y ocupa el segundo lugar entre las enfermedades neurológicas, precedida solamente por el retraso mental en niños entre edades de 8 a 12 años, y la prevalencia de esta oscila entre 4 y 10 por cada 1 000 habitantes y la incidencia entre 20 y 70 por cada 100 000 habitantes por año y por lo general predomina el género masculino con procedencia de partos en condiciones de cesárea y vaginales.

Para (Austín-Smith-Resinger-McNelys, 2010), ubican a esta patología en la edad pediátrica, como especialmente importante, debido a que en este periodo etario él y la infante se encuentra en un momento decisivo de su desarrollo, durante el cual deberán ser aprendidas

muchas destrezas cognitivas y sociales. Fallas en el desarrollo de estas habilidades y en el apropiado período de su adquisición podrían deteriorar su calidad de vida como niños y como adultos.

Por lo que el entorno educativo del niño y la niña constituye un factor generador de una calidad de vida favorable o negativa. Teniendo en cuenta esta premisa, se observa como un problema la influencia que puede llegar a tener la escuela y el maestro y la maestra de primaria como figura preponderante y abanderada en la educación del niño y la niña, en la calidad de vida de este.

Donde los niños y niñas con enfermedades crónicas tienen 2.5 veces más riesgo de desarrollar disfunciones de la salud mental en relación con la población general; este riesgo a su vez es mayor en aquellos que la enfermedad crónica afecta el sistema nervioso central.

Por su parte (Álvarez-Valdéz, 2011), en un abordaje de esta dolencia la ubican como crisis convulsiva, que representa un evento de inicio brusco, generalmente auto limitado, caracterizado por una actividad muscular excesiva, pudiendo ser clónica (contracción muscular intermitente y rítmica), tónica (contracción muscular sostenida) o mioclónica (contracción arrítmica de un grupo muscular).

Es decir que la crisis convulsiva, representa un evento de inicio brusco, generalmente auto limitado, caracterizado por una actividad muscular excesiva, pudiendo ser clónica (contracción muscular intermitente y rítmica), tónica (contracción muscular sostenida) o mioclónica (contracción arrítmica de un grupo muscular).

La (ILAE, 2013), define al Estado Epiléptico como una crisis que no muestra datos de recuperación de lo que duraría una crisis habitual, o crisis recurrentes sin recuperación del alerta durante el periodo interictal, o recuperación de la función basal normal del sistema nervioso”

Desde el punto de vista operativo se acepta una duración mayor de 5 minutos como suficiente para iniciar el tratamiento. Indicando que hay tres factores genéticos potenciales que

contribuyen a la aparición de las crisis epilépticas, entre ellas variaciones postraumático, accidentes cerebro-vasculares, infecciones y estados tóxico-metabólicos.

Es decir que los síndromes epilépticos, son un grupo de entidades claramente identificables con características electroclínicas, signos y síntomas que definen, distinguen y reconocen a una entidad clínica. Mientras que el estado epiléptico, es el término se utiliza para describir cualquier tipo de crisis continuas las suficientemente prolongadas que pueden producir daño neuronal.

También (Calman, 2009), ubica entre otro componente a la crisis febril, que se puede identificar cuando un niño de 6 meses a 6 años de edad tiene como única causa de las crisis un trastorno genético que le hace susceptible de manifestar crisis convulsivas exclusivamente cuando se tiene hipertermia, mientras que las crisis desencadenadas por fiebre, pero los mecanismos de sincronización difieren de manera significativa.

Evidenciando que los criterios para identificar crisis febriles simples incluyen, el inicio entre los 3 meses y 5 años de edad, no tienen antecedente familiar de epilepsia, no tienen patología neurológica definida ni datos de neuro-infección, no haber presentado una crisis previa en estado a febril, tienen una duración menor de cinco minutos y no presentan déficit neurológico postictal.

Pero (Álvarez-Valdéz, 2011), establece que una crisis febril compleja es aquella que el inicio es parcial, su duración es mayor a 15 minutos, con un periodo postictal prolongado, con más de 1 crisis en 24 horas o más de una por episodio febril, y a la exploración física muestra algún déficit neurológico, en menores de 6 meses o en mayores de 5 años.

Entre tanto (Calviño, 2010), dice que hay tres factores genéticos potenciales que contribuyen a la aparición de las crisis epilépticas, entre ellas las variaciones a una alteración cerebral crónica o transitoria. También algunas condiciones que producen la enfermedad epiléptica son genéticamente transmitidas (esclerosis tuberosa, fenilcetonuria) y es una disfunción genética de la excitabilidad cerebral y de su sincronización.

Lo cual confirmaría que hay lesiones adquiridas, que producen crisis epilépticas, que pueden ser bilaterales y tan difusas que las crisis son generalizadas desde el comienzo. Otras son localizadas y dan lugar a crisis parciales o generalizadas con síntomas focales, donde los sustratos anatomopatológico más frecuentes van a ser las displasias corticales, esclerosis del hipocampo, tumores, daño cerebral postraumático, accidentes cerebro-vasculares, infecciones y estados tóxico-metabólicos.

Es también en esta etapa, cuando la epilepsia cobra características que la particularizan, primero por los efectos sobre la calidad de vida del niño y la niña y la morbilidad psicosocial de la familia, así lo sostiene (De-Souza-Mota, 2011) y en segundo lugar por el reto que representa para el personal de salud lograr un diagnóstico rápido, que permita tratar y eliminar las convulsiones antes de que estas deterioren de forma irreversible el desempeño neurológico en los niños y niñas, ya que la epilepsia tiene un comienzo temprano cuando responde a causas orgánicas, como los trastornos en la formación del cerebro, errores congénitos del metabolismo, cromosomopatías o por lesiones hipóxicas del cerebro producidas antes, durante o después del parto.

(Díaz, 2011) , indica que en la patofisiología de las crisis de comienzo generalizado tienen una importancia fundamental las interacciones tálamo-corticales. Los circuitos tálamo-corticales tienen oscilaciones rítmicas con periodos de incremento de la inhibición. Este circuito incluye a las células piramidales del neocórtex, a las neuronas intersinápticas y de los núcleos reticulares del tálamo.

Donde la epilepsia postraumática, en TCE cerrado, los sitios más afectados son hacia la porción ventral (inferior) del cerebro, debido a los contornos irregulares de la base ósea del cráneo: las circunvoluciones orbitarias del lóbulo frontal, las porciones ventrales del lóbulo temporal y los polos temporales y frontales.

A este nivel las lesiones pueden asociarse con hemorragia, depósitos de hemosiderina y cambios glióticos por reparación. La hemosiderina y la gliosis participan de manera importante como generadores o propagadores de epilepsia.

Con respecto a la infecciones, este mismo autor señala que la epilepsia puede ser un signo clínico temprano en infecciones bacterianas, virales, micóticas y parasitarias. En la fase aguda la epilepsia puede estar condicionada a la respuesta inflamatoria del huésped y en la fase crónica pueden estar desencadenadas por cambios glióticos. Actualmente, se diagnóstica con mayor frecuencia neurocisticercosis, debido a los avances en imagen cerebral. El estudio permite identificar las lesiones y caracterizar la fase en que se encuentran estas (vesicular, coloidal o nodular-granular). El cuadro clínico de la epilepsia, lo constituye el evento mismo que se repite en el paciente. Los siguientes apartados nos indican que tipo de manifestación clínica presenta el paciente cuando tiene una crisis epiléptica, recordar que todos estos eventos son cortos, súbitos y paroxísticos.

Por su parte, esta cualidad de niño o niña epiléptica, trae como consecuencias que surja un sentimiento de sobreprotección principalmente por parte de los padres, que también involucra de cierta forma al resto de la familia. Esto trae como consecuencias que se comience a ver con cierto rechazo al niño o niña, perjudicándole gravemente en su desarrollo posterior y en su calidad de vida.

En la mayoría de las investigaciones realizadas sobre este tema, se acota que el niño y niña exclusivamente epiléptico pueden adaptarse a la escuela sin dificultad y no debe presentar problemas de aprendizaje o conducta, siempre y cuando la influencia que se ejerza sobre ellos por parte de padres y maestros sea positiva y de ayuda.

En tanto que (Fabelo, 2009), sostiene que en pérdida de neuronas induce a una reorganización sináptica aberrante, lo cual potencia la transmisión excitadora y en menor medida la inhibidora. Esto último da lugar a una hiper sincronización espontánea. Sin embargo, poco se sabe sobre el cómo comienzan y el por qué se paran. Es decir que en crisis parciales focales o localizadas. Síntoma explicable por disfunción de una región cerebral y con

descarga localizada, que tienen una duración de segundos o pocos minutos, en general menos de minuto y medio. Simples Sin pérdida de la conciencia (no pierden la relación al medio externo cuando ocurre la crisis epiléptica), Entre ellas motoras, sin marcha: contracciones tónicas o clínicas confinadas a un segmento corporal.

El mismo autor las ubica en posturales, es decir detención del movimiento o posturas forzadas y fonatorias, que es la vocalización de sonidos, que pueden ser gritos. También sensitivas y somatosensoriales: sensaciones de frialdad, calor, dolor o pérdida de percepción de un segmento corporal. Auditivas: percepción de un sonido simple, por ejemplo un zumbido. Visuales: percepción de un fenómeno visual simple, como luces, colores, manchas. Olfatorias (uncinadas): percepción de un olor desagradable Gustativas: percepción de un sabor habitualmente desagradable. Vertiginosas: sensación de vértigo por unos segundos.

En tanto que (Calviño, 2010), las ubica en autonómicas, sensación epigástrica, náusea, cambios de la presión arterial o de la frecuencia cardíaca, borborigmos, deseo inminente de orinar o defecar. Aquí entran todos los síntomas que pueden ser explicados por síntomas del sistema nervioso autónomo o vegetativo. Psíquicas, difásicas, trastorno para la comprensión o expresión del lenguaje en el momento de la crisis. Dismnésicas o lo nunca visto (percibir como extraño un lugar o situación conocida). Cognitivas: presentación forzada de acción o pensamiento desarrollados al momento del fenómeno. Afectivas: cambios paroxísticos del talante, como sensación placentera, miedo, depresión, ira. Ilusiones: percepciones distorsionadas tales como percibir más brillantes los colores o diferente la disposición de objetos, percibir las cosas más pequeñas o más grandes o bien más cercanas o lejanas.

Así mismo(Fabelo, Paradigma Psicológico Salubrista para la atención al paciente con epilepsia., 2010), alucinaciones: percepción de melodías conversaciones o escenas no existentes, complejas. Desconexión y frecuentemente acompañadas de la realización de acciones involuntarias, por unos segundos, sin propósito, pero a veces muy elaboradas (cogerse la ropa, desvestirse, apretar objetos, caminar, correr, chuparse los labios, vocalizar sonidos o frases sin sentido, etc.) que se denominan automatismos, al terminar la crisis existe un período postictal de confusión transitoria. Crisis parciales secundariamente generalizadas.

Cualquier tipo de crisis parcial, simple o compleja, puede seguirse de una convulsión generalizada tónico - clónica. Esto ocurre si la descarga inicia en un sitio específico del cerebro y posteriormente la descarga se generaliza.

También (Calman, 2009), ubica a las crisis generalizadas, con descargas generalizadas de distintas modalidades según el tipo especial de crisis. Crisis de ausencia. Típica, con desconexión del medio por pocos segundos (menos de 45 segundos). Puede presentarse la ausencia simple o acompañarse de fenómenos clónicos leves (parpadeo), automatismos (deglutir, chuparse los labios, etc.), fenómenos atónicos (caída de la cabeza), fenómenos tónicos (contracción de los músculos del tronco), fenómenos autonómicos (palidez, rubicundez, piloerección, etc.).

(Alvarado-Ivanovic, 2009), sostienen que las atípicas, que es la desconexión del medio un poco más prolongada que la típica, frecuentemente acompañada de fenómenos tónicos y recuperación lenta hasta el alerta total. El electro muestra complejo punta o poli punta - onda lenta de 2-2.5 ciclos por segundo. Mientras que la crisis mioclónica, se manifiesta con contracciones súbitas y muy breves de grupos musculares, a veces generalizadas, con polipuntas generalizadas. En las crisis tónicas, existe pérdida de conciencia con contracciones tónicas generalizadas. Duran en general menos de dos minutos y tienen un período postictal de confusión, cefalea, astenia y adinamia.

En las crisis clónicas, existe pérdida de la conciencia con contracciones clónicas de las cuatro extremidades. Postictal similar a las tónicas. Crisis tónico - clónicas, con pérdida de la conciencia, a veces con emisión de un grito, seguida de contracciones clónicas generalizadas, acompañándose de cianosis, respiración estertorosa y puede existir emisión de orina. Duran de 2 a 3 minutos y tienen un período postictal de confusión, cefalea, sueño y dolor corporal generalizado.

Evidenciando que las crisis atónicas, existe pérdida momentánea de la conciencia con caída súbita, a veces solo caída de cabeza y están las no clasificadas. Crisis relacionadas a

estímulos y se presentan con modalidad especial de estímulo sensorial, como la estimulación luminosa intermitente, un sonido intenso brusco. Crisis cíclicas. (FEGEA, 2009)

Sin embargo (García, 2009), dice que el electroencefalograma es la técnica de laboratorio más ampliamente utilizada como apoyo para el diagnóstico de la epilepsia. Permite valorar la actividad eléctrica del córtex, en procesos agudos y/o crónicos, siendo una prueba repetible, accesible y económica. Algo muy similar es lo que sucede con la epilepsia y la sociedad, desde la antigüedad se ha estigmatizado en demasía a las personas que la padecen y ya es casi un presupuesto que sufrir de epilepsia se percibe como sinónimo de retraso mental, inadaptación social.

Por estas razones en la actualidad resulta tarea ardua trabajar en la transformación de mentalidades y pensamientos referidos a la enfermedad.

Para(Berto, 2011), indica que hay diversas alteraciones tanto neurológicas y no neurológicas que pueden ser confundidos con epilepsia Los eventos paroxísticos no epilépticos, son frecuentemente encontrados en la práctica neurológica, principalmente en pediatría y pueden ser diagnosticadas clínicamente como crisis epilépticas y para el diagnóstico es importante una buena historia clínica, incluyendo interrogatorio con relación a cambios conductuales, enfermedades asociadas, énfasis en la semiología del evento

Por lo que existen acorde a lo expresado por (Hernández-Guerra-Rivas-Santana-Rodríguez, 2010), sostienen que un conjunto de factores y la necesidad de controles periódicos de tipo clínico, hematológico, electroencefalográfico retraso mental, presente especialmente en niños con epilepsias sintomáticas.

Así mismo declara (Herranz, 2009), que la ansiedad es una de las comorbilidades que se han reportado hasta en el 23% de los niños con epilepsia y estudios como este han observado que la ansiedad se incrementa si existe asociación con problemas de aprendizaje, trastornos de conducta o bien es manejado el paciente con politerapia. Con base en la conexión existente entre ambos padecimientos y suponiendo que la epilepsia y sus diversas

comorbilidades comparten al menos en parte mecanismos fisiopatológicos, especialmente a nivel de sistemas de neurotransmisores.

Es decir que la epilepsia y sus comorbilidades son un conjunto de entidades que evolucionan a la par del paciente, de manera tal que hacen de la epilepsia un problema que exige seguimiento y tratamiento multidisciplinario en todas las etapas de la vida. Del mismo modo, las medidas terapéuticas ejercen un potencial efecto en la cognición y comportamiento de los enfermos epilépticos ya sea de manera positiva o negativa.

En consecuencia el imperativo, a lo observado de realizar exámenes periódicos de tipo clínico, hematológico y electroencefalográfico.

Respecto a los factores psicológicos, señala (Fabelo, Paradigma Psicológico Salubrista para la atención al paciente con epilepsia., 2010). Estableciendo a lo observado que el niño en el desarrollo, el problema de atención concentración, en el 7%, como ejemplos frecuentes (Álvarez-Valdéz, 2011), también señala, que los desórdenes psiquiátricos en pacientes epilépticos se han reportado en un 19 al 50% de los casos, y al parecer los trastornos que tienen que ver con el humor, esto es, trastornos depresivos son los más frecuentes, llegándose a observar en un 18.5% de los pacientes, con discreta predilección para el sexo femenino.

Mientras que el ABC (Álvarez-Valdéz, 2011), dicen que se divide la información en tres áreas específicas, como el tratamiento farmacológico, tratamiento en la escuela y sociedad y tratamiento en la familia. Existen medicamentos que se han considerado como medicamentos de primera y segunda generación, mencionamos para su conocimiento su nombre genérico con sus abreviatura, Fenobarbital (PB) Fenitoína (PHT) Carbamazepina (CBZ) Valproato (VPA) Etosuccimida(ESM) Clonazepan (CZP) Clobazan (CLB) Primidona (PRM), entre los nuevos Oxcarbazepina(OXC) Lamotrigina (LTG) Vigabatrina (VGB) Topiramato (TPM) Gabapentina (GBP) Levetiracetam (LVT) Pregabalina (PGB). (Berto, 2011)

Sin embargo la etiología de las crisis tiene mucho mayor valor que el análisis aislado del tipo de crisis, Moreno y Cubero (2011). Entre tanto (Herranz, 2009), establece que la calidad de vida también se fortalece llevando a cabo un tratamiento adecuado. Esto significa elegir el fármaco más eficaz y mejor tolerado. Administrar dos tomas diarias, coincidiendo con desayuno y cena, sin horarios rígidos. Por lo cual, este autor, indica que la epilepsia es más frecuente en la población pediátrica y en esta población se estima que se podrán controlar adecuadamente con medicamentos.

Así mismo, formula (Iglesias, 2008), que el tipo de crisis epiléptica se presenta como una variable clínica importante para el pronóstico. Así los pacientes con epilepsia por ausencias de la niñez tienen rangos de remisión hasta de 90%, mientras que pacientes con espasmos masivos infantiles del Síndrome de West, alcanzan la remisión en menos del 10%. Sin embargo la etiología de las crisis tiene mucho mayor valor que el análisis aislado del tipo de crisis.

(García, 2009), dice que para evitar el ausentismo escolar, permanente del cuerpo médico para consultas y dudas del paciente y de los familiares, profesionales de la enseñanza. Controles siempre por el mismo médico y personal sanitario. Promover en los y las infantes los hábitos de estudio, el esfuerzo personal, la actividad deportiva, la relación social, es decir, la normalidad absoluta en las actividades de su vida diaria. (Alvarez, 2011)

Mientras que (Montes, 2009) y (Moreno-Cubero, 2011), señalan que es importante recordar que la gran mayoría de los niños y niñas con epilepsia, tienen una capacidad intelectual normal, por lo que debemos centrar esfuerzos para que gocen de las mismas oportunidades que los niños y niñas sin esta enfermedad. Una gran mayoría de estos niños y niñas pueden ser controlados totalmente de crisis epilépticas y potencialmente ser curados de las mismas.

De acuerdo a (Rodríguez 2010), la epilepsia, amenaza la capacidad física y emocional del niño y la niña, es por eso que resulta de vital importancia la actitud que se tome y el modo de educación que se les brinde a las personas menores de edad con esta enfermedad.

En los últimos años se han elaborado escalas en las cuales los pacientes y los padres responden las preguntas relacionadas con las crisis de la vida diaria, sus sensaciones respecto a ellas, su estado emocional, sus relaciones sociales y los efectos de la medicación, dentro de estas se encuentra el test de cave, que es una escala diseñada en España con la que puede identificarse la repercusión negativa de la epilepsia en la conducta, la asistencia escolar el aprendizaje, la autonomía personal, La relación social la frecuencia e intensidad de las crisis y la opinión de los padres desde 0 a 16 años, incluye 8 parámetros de estos los primeros 5 ítems son semi-objetivos, dos ítems objetivo: frecuencia e intensidad de crisis y un ítems subjetivo: opinión de los padres tienen 5 respuestas muy mala 1; mala 2; regular 3; buena 4; muy buena 5; la calidad de vida optima con 40 puntos y la peor con 8 puntos

De 0-15 puntos es equivalente a calidad de vida muy mala, de 16-23 puntos calidad de vida mala y regular, 24-31 puntos calidad de vida regular y bien, 32-40 puntos calidad de vida bien, muy bien. De acuerdo a (Rodríguez, 2010), la epilepsia, amenaza la capacidad física y emocional del niño y de la niña, es por eso que resulta de vital importancia la actitud que se tome y el modo de educación que se les brinde a las personas menores de edad con esta enfermedad, pues el deterioro de las habilidades intelectuales y psicosociales en la etapa de la niñez es proporcional a la frecuencia de las crisis epilépticas y la duración de la enfermedad,

Lo que puede traer como consecuencias que se entorpezca el proceso de desarrollo de su personalidad y crezcan siendo seres humanos llenos de prejuicios, dependientes a causa de la sobreprotección de la que forman parte, solitarios debido al rechazo social de que son objeto en la escuela y por sobre todo para que se integren satisfactoriamente y sin conflictos en la sociedad a la cual pertenecen y de la cual dependen.

(Rufo, 2009), dice que todas las especiales circunstancias que rodean a la epilepsia como enfermedad, afectan o repercuten de algún modo en la calidad de vida de los pacientes que la sufren. El tener crisis epilépticas es considerado un predictor de la calidad de vida, y así lo perciben los propios pacientes. De hecho, un mal control de la enfermedad influye en la percepción de sí mismo del propio paciente, con el consiguiente impacto sobre su

funcionamiento a nivel de relaciones humanas (estigma social) y a nivel psicológico o psicopatológico.

Cuando se intenta un sistema similar de información sobre la calidad de vida de los niños con epilepsia, por lo que en esta escala, (Stokes-Shaw, 2009)

En lo referente a la asistencia escolar (Jacoby, 2008), dice que crisis epiléptica, donde los síntomas (sensoriales, motores, autonómicos o psíquicos) derivados de la activación excesiva de un grupo de neuronas cerebrales, que se presentan de forma repetida y crónica, con correspondencia electroencefalografía.

En tanto que (Valdivia-Abadal, 2010), señalan que la crisis epiléptica, se la identifica por los síntomas (sensoriales, motores, autonómicos o psíquicos) derivados de la activación excesiva de un grupo de neuronas cerebrales, que se presentan de forma repetida y crónica, con correspondencia electroencefalográfico.

Mientras que (Tuesca, 2009), lo ubica con los síndromes epilépticos, son un grupo de entidades claramente identificables con características electroclínicas, signos y síntomas que definen, distinguen y reconocen a una entidad clínica. Lo cual evidencia que el término se utiliza para describir cualquier tipo de crisis continuas las suficientemente prolongadas que pueden producir daño neuronal.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Convulsiones

VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de vida

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable independiente: Convulsiones

DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>La Epilepsia es un síndrome neurológico, crónico, que cursa con crisis epilépticas recurrentes. Las crisis epilépticas, son la manifestación clínica de una descarga anormal de una población neuronal, generalmente pequeña, localizadas ya sea en la corteza cerebral o bien en la profundidad del parénquima cerebral.</p>	<p>Características generales de los usuarios</p>	Edad	-0 – 2años -2años 1 día a 4 años -4 años 1 día a 6 años -6 años 1 día a 8 años -8 años 1 día a 10 años
		Genero	-Masculino -Femenino
		Procedencia	-Rural -Urbana
		Tipo de nacimiento	- Vaginal eutócico - Vaginal distócico - Cesárea
		Edad gestacional al de nacer	- 37-41 SG - < 37 SG
		Peso al nacer	- 2500-4000 g - > 4000 g
		Apgar al minuto 1	- > 4 - 4-5 - 6-7 - < 7
		Apgar al minuto 5	- < 4 - 4-5 - 6-7 - > 7

		Edad al diagnóstico	-< 1 año -1-2años -2-3años -4-5años ->5años
		Factores de riesgo asociados a epilepsia	Comorbilidad
	Antecedentes familiares de epilepsia		Madre Padre Hermanos Abuelo Paterno Abuelo Materno Abuela Paterna Abuela Materna
	Tipos de epilepsia	Crisis parciales Simples	-Con signos motores -Con signos sensitivos -Con síntomas psíquicos -Con signos autonómicos
		Crisis parciales Complejas	-Parciales simples que evolucionan a generalizadas -Parciales complejas que evolucionan a Generalizadas -Parciales simples que evolucionan a parciales complejas y luego a generalizada
		Crisis generalizadas	-Ausencias -Crisis mioclónicas simples o múltiples -Crisis clónicas -Crisis tónicas -Crisis tónico-clónicas -Crisis atónicas (astáticas)

Variable dependiente: Calidad de vida.

Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
<p>Es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones.</p>	<p>ESCALA DE CAVE</p>	<p>Conducta</p>	<p>Muy mala Mala Regular Buena Muy Buena</p>
		<p>Asistencia Escolar</p>	<p>Muy mala Mala Regular Buena Muy Buena</p>
		<p>Aprendizaje</p>	<p>Muy mala Mala Regular Buena Muy Buena</p>
		<p>Autonomía</p>	<p>Muy mala Mala Regular Buena Muy Buena</p>
		<p>Relación Social</p>	<p>Muy mala Mala Regular Buena Muy Buena</p>
		<p>Frecuencia de las Crisis</p>	<p>Muy mala Mala Regular Buena Muy Buena</p>
		<p>Intensidad de las Crisis</p>	<p>Muy mala Mala Regular Buena Muy Buena</p>
		<p>Opinión de los padres</p>	<p>Muy mala Mala Regular Buena Muy Buena</p>

CAPITULO III DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de investigación.

Estudio retrospectivo y prospectivo.

Universo.

Pacientes pediátricos fue de 83 niños en edad de 2 a 12 años con crisis convulsivas que son atendidos en la consulta externa del hospital Verdi Cevallos Balda. Diciembre 2013-mayo 2014

Muestra.

Se escogieron 50 pacientes con esta patología aleatoriamente, atendidos en la consulta externa en esta casa de salud

Periodo de la investigación.

Diciembre 2013-Mayo 2014

Línea de investigación

Salud infantil preventiva

Criterios de inclusión.

Pacientes de 2 a 12 años con diagnóstico de epilepsia

Criterios de exclusión.

Pacientes pediátricos que no presentaron esta patología

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se trabajó recolectando información de la primera variable a través de historias clínicas y encuestas.

La historia clínica se las revisó para recolectar datos de cada uno de los niños en estudio

La encuesta fue de tipo estructurada y se aplicó a las madres de los niños

Utilizando La escala de cave para verificar la calidad de vida en los pacientes de 2-12 años.

Análisis y proceso de datos

Para el análisis de datos que se obtuvieron fue realizado bajo una estadística descriptiva en base a porcentajes y frecuencia de cada una de las variables que fueron evaluadas y de sus posibles combinaciones y se los expresaron con medidas de promedios, porcentajes, frecuencia y se los graficó mediante tablas, y barras.

Recursos humanos.

Director de Tesis.

Autoridades de la institución educativa.

Pacientes pediátricos de 2 a 12 años

Personal médico y laboral del Hospital.

Tribunal de revisión del proyecto.

Autores del proyecto.

Recursos físicos

Cámara digital.

Revistas.

Computadoras y material informático.

Cuadernos.

Hojas de papel Bond.

Impresora.

Tinta de impresora.

Recursos institucionales

Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo.

Universidad Técnica de Manabí.

Dirección Provincial de Salud.

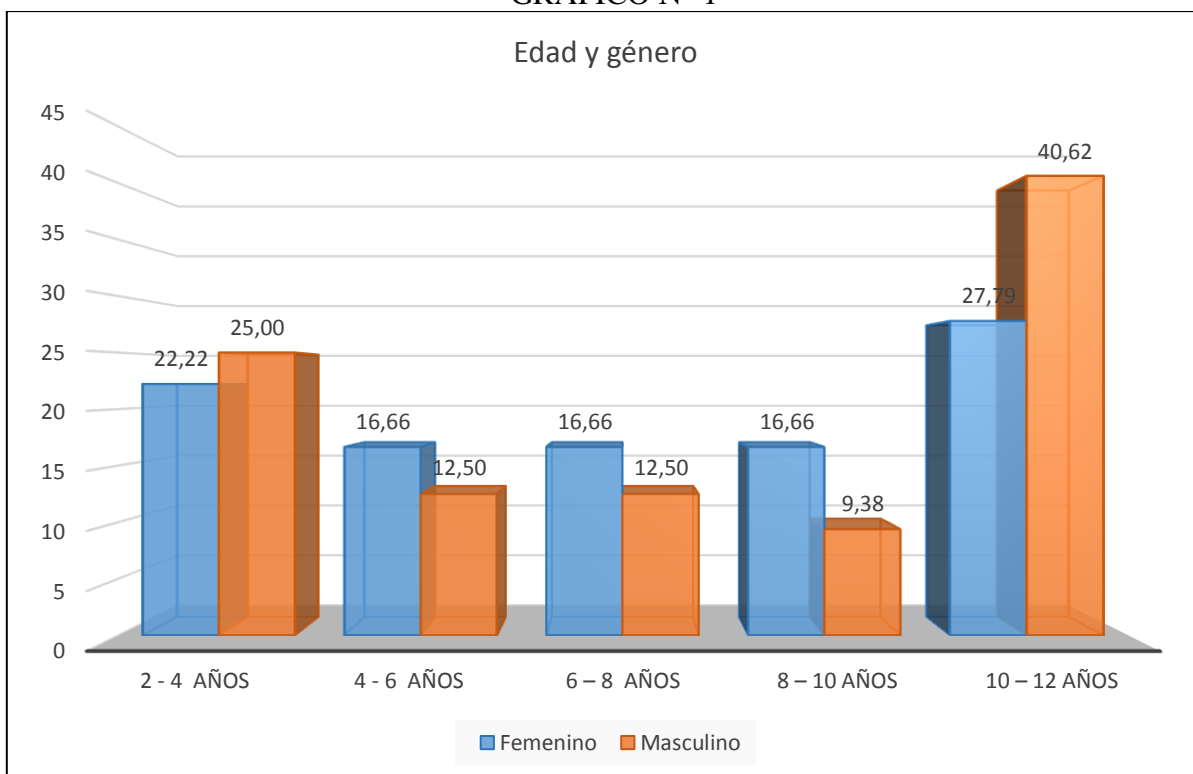
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y GÉNERO EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS CON EPILEPSIA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

GÉNERO EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	F	%	F	%	Total	%
2 - 4 AÑOS	4	22,22	8	25,00	12	24,00
4 - 6 AÑOS	3	16,66	4	12,50	7	14,00
6 - 8 AÑOS	3	16,66	4	12,50	7	14,00
8 - 10 AÑOS	3	16,66	3	9,38	6	12,00
10 - 12 AÑOS	5	27,79	13	40,62	18	36,00
TOTAL	18	100,00	32	100,00	50	100,00

Fuente: Historia clínica del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda
 Investigadores: García Loor Karla Gema y Martínez Vélez Andrea Narciza

GRÁFICO N° 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

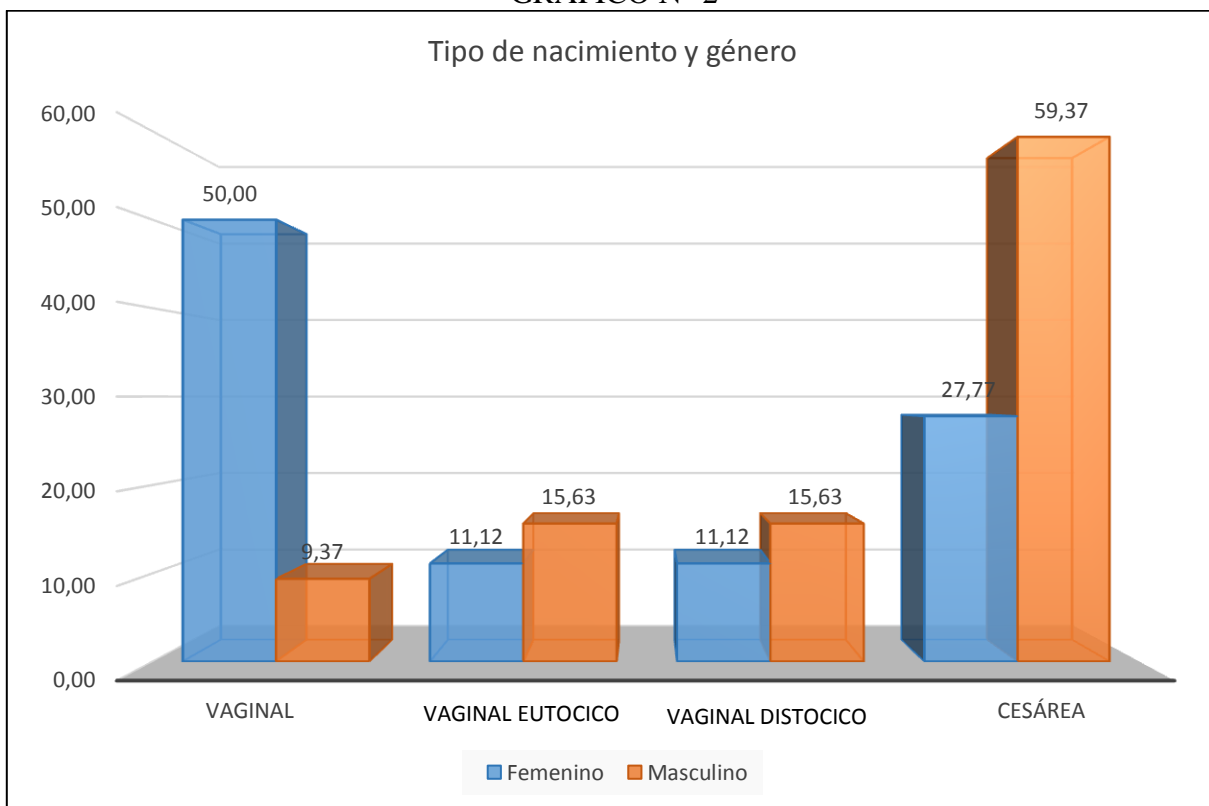
Los resultados de las historias clínicas, determinaron que los pacientes con esta patología, para el género femenino y masculino en la edad entre 10 a 12 se reportaron los mayores valores con el 27,79% y 40,62% para esta patología. Confirmando lo expresado por(Adenkamp, 2009), quien dice que esta enfermedad es la presentación crónica, recurrente de fenómenos paroxísticos por descargas eléctricas anormales en el cerebro (crisis epilépticas) que tiene manifestaciones clínicas variadas y causas diversas, se considera el evento paroxístico más frecuente en la infancia y ocupa el segundo lugar entre las enfermedades neurológicas, precedida solamente por el retraso mental en niños entre edades de 8 a 12 años.

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE NACIMIENTO Y GÉNERO EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS CON EPILEPSIA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

GÉNERO TIPO DE NACIMIENTO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	F	%	F	%	Total	%
VAGINAL	9	50,00	3	9,37	12	24,00
VAGINAL EUTOCICO	2	11,12	5	15,63	7	14,00
VAGINAL DISTÓCICO	2	11,12	5	15,63	7	14,00
CESÁREA	5	27,77	19	59,37	24	48,00
TOTAL	18	100,00	32	100,00	50	100,00

Fuente: Historia clínica del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda
 Investigadores: García Loor Karla Gema y Martínez Vélez Andrea Narciza

GRÁFICO N° 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

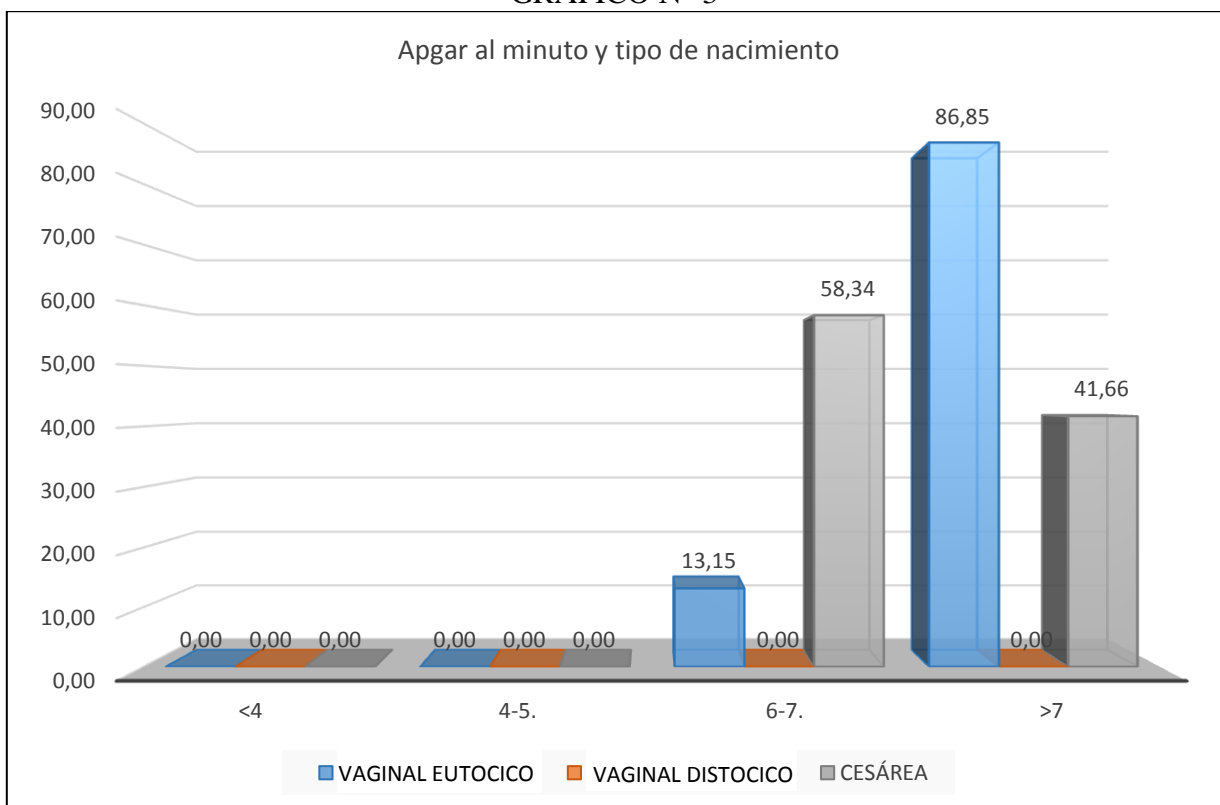
Los resultados de las historias clínicas, indicaron que de acuerdo al tipo de nacimiento y género en las niñas el 50% registro un nacimiento vaginal y en los niños el 59,37% fue por cesárea. Aunque según los criterios de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE, 2013), donde se establece la prevalencia de esta oscila entre 4 y 10 por cada 1 000 habitantes y la incidencia entre 20 y 70 por cada 100 000 habitantes por año y por lo general predomina el género masculino con procedencia de partos en condiciones de cesárea y vaginales.

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL APGAR AL MINUTO Y TIPO DE NACIMIENTO EN
PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS CON EPILEPSIA QUE ACUDEN A LA CONSULTA
EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE
PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

T. NACIMIENTO APGAR AL MIN.	VAGINAL EUTOSICO	%	VAGINAL DISTÓSICO	%	CESÁREA	%	Total	%
	<4	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0
4-5.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
6-7.	5	13,15	0	0,00	7	58,34	12	24,00
>7	33	86,85	0	0,00	5	41,66	38	76,00
TOTAL	38	100,00	0	100,00	12	100,00	50	30

Fuente: Historia clínica del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda
 Investigadores: García Loor Karla Gema y Martínez Vélez Andrea Narciza

GRÁFICO N° 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

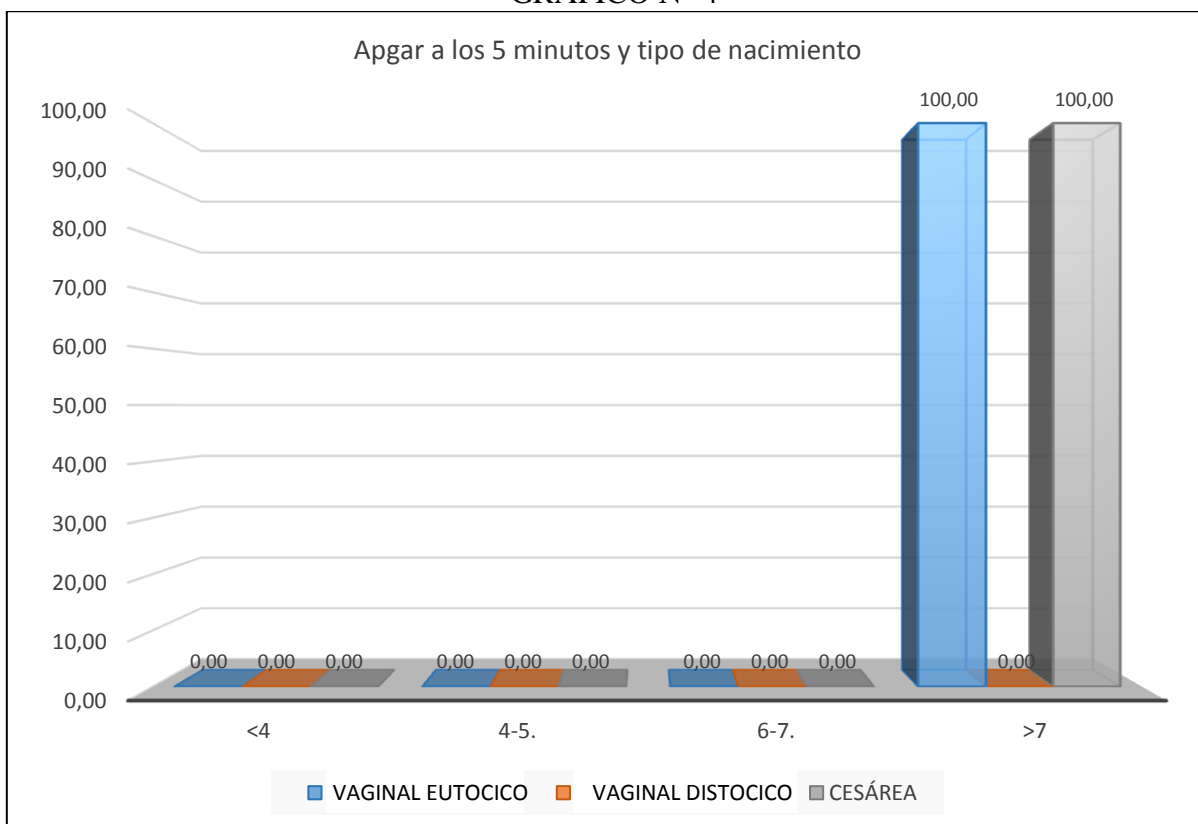
Las historias clínicas, expresaron que el 86.85% para el apgar al minuto con >7 de vaginal eutócico. Mientras que por cesárea con el 58,34% para el apgar 6-7. Por su parte (Álvarez-Valdéz, 2011), en un abordaje a los neonatos recién nacidos para verificar la existencia de esta dolencia la ubican como crisis convulsiva, que representa un evento de inicio brusco, generalmente auto limitado, caracterizado por una actividad muscular excesiva, pudiendo ser clónica (contracción muscular intermitente y rítmica), tónica (contracción muscular sostenida) o mioclónica (contracción arrítmica de un grupo muscular).

TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL APGAR A LOS 5 MINUTOS Y TIPO DE NACIMIENTO
EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS CON EPILEPSIA QUE ACUDEN A LA CONSULTA
EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE
PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

T. NACIMIENTO APGAR 5 MIN.	VAGINAL EUTOSICO	%	VAGINAL DISTÓSICO	%	CESÁREA	%	Total	%
<4	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4-5.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
6-7.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
>7	38	100,00	0	0,00	12	100,00	0	100,00
TOTAL	38	100,00	0	100,00	12	100,00	50	30

Fuente: Historia clínica del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda
 Investigadores: García Loor Karla Gema y Martínez Vélez Andrea Narciza

GRÁFICO N° 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Las historias clínicas, reportaron que el 100% para el apgar a los cinco minutos con >7 de vaginal eutócico. Mientras que por cesárea con el 100% para el apgar >7 . Sin embargo García (2009), manifiesta que los problemas de comportamiento e instrucción que puedan presentarse en infantes con epilepsia desembocan de las falsas creencias existentes y que priman en el imaginario social. En psicología existe una tesis llamada Teorema de Thomas, que expresa que cuando el ser humano asume hechos como reales estos lo serán al menos en sus consecuencias

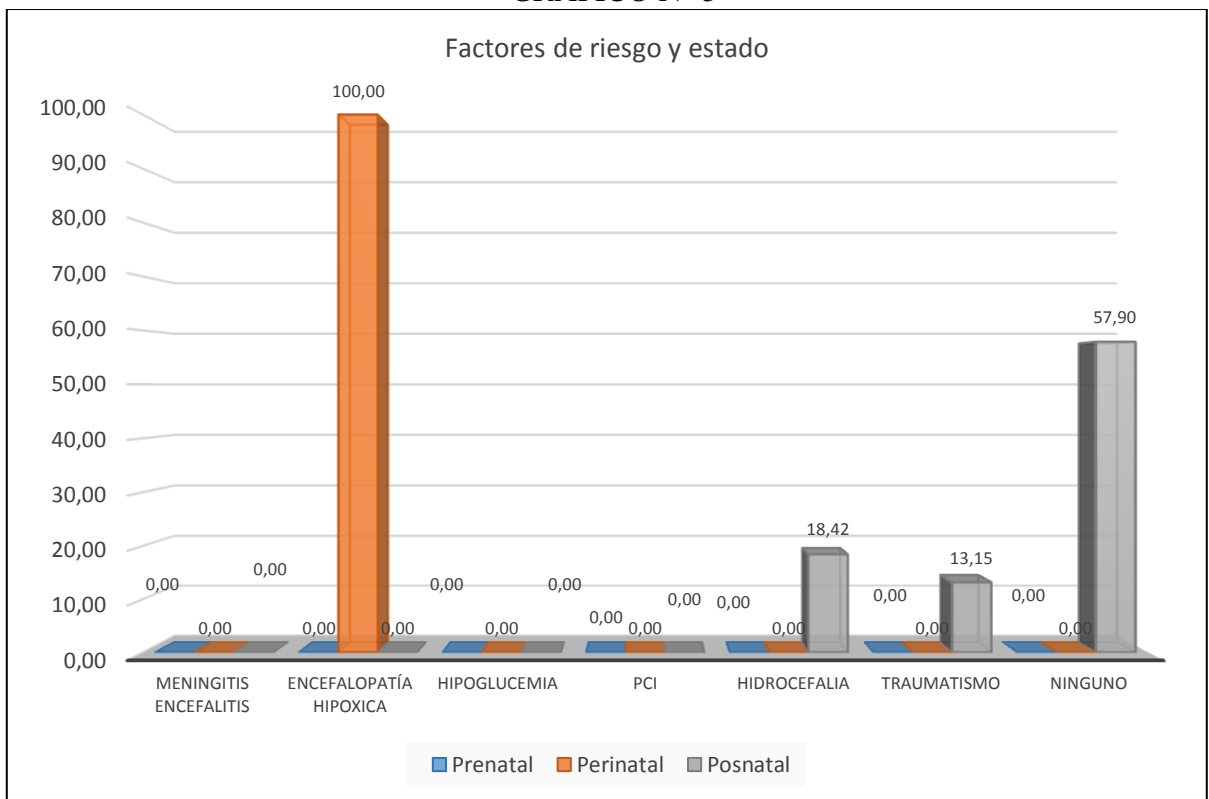
(Calman, 2009).

TABLA N° 5
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGOS PRENATALES, PERINATALES, Y POSNATALES EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS CON EPILEPSIA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

ESTADOS FACT. RIESGOS	PRENATAL	%	PERINATAL	%	POSNATAL	%	Total	%
	MENINGITIS ENCEFALITIS	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0
ENCEFALOPATÍA HIPOXICA	0	0,00	12	100,00	0	0,00	12	24,00
HIPOGLUCEMIA	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00
PCI	0	0,00	0,00	0,00	7	0,00	7	14,00
HIDROCEFALIA	0	0,00	0,00	0,00	4	18,42	4	8,00
TRAUMATISMO	0	0,00	0,00	0,00	5	13,15	5	10,00
NINGUNO	0	0,00	0,00	0,00	22	57,90	22	44,00
TOTAL	0	100,00	12	100,00	38	100,00	50	30

Fuente: Historia clínica del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda
 Investigadores: García Loor Karla Gema y Martínez Vélez Andrea Narciza

GRÁFICO N° 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

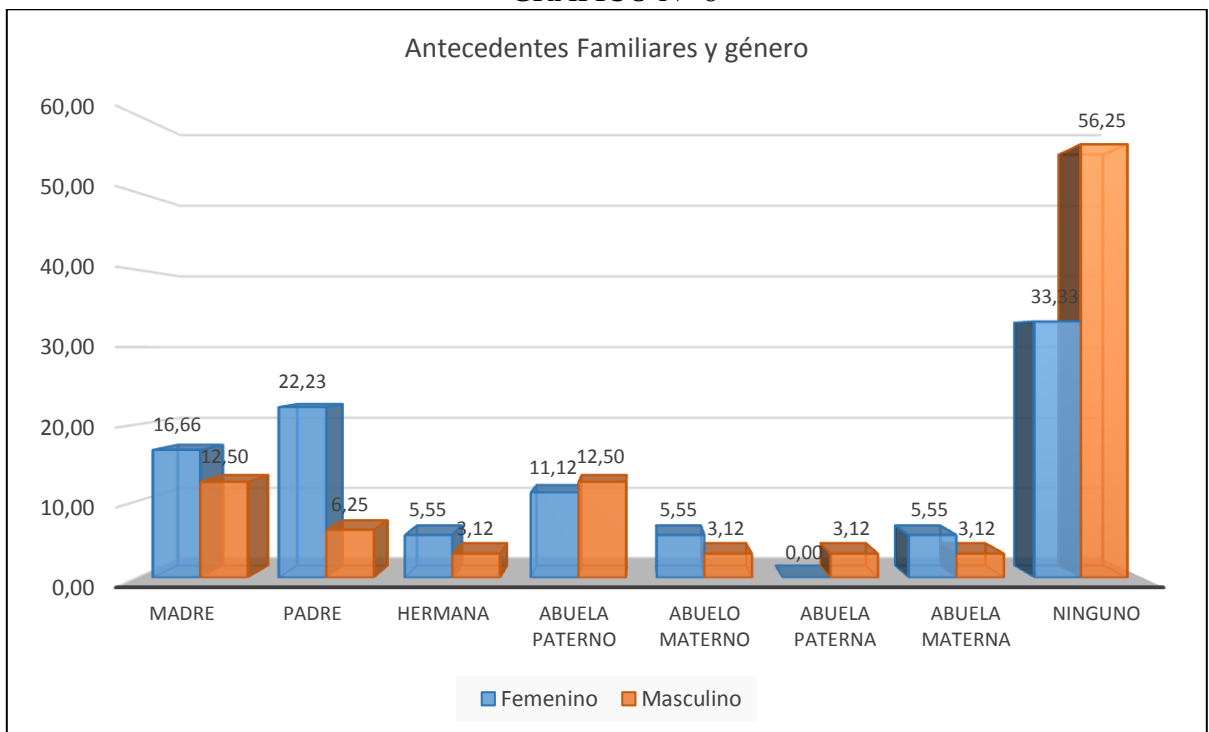
Los resultados de las historias clínicas, evidenciaron que en los riesgos asociados a esta patología en estado perinatal el 100% presentó encefalopatía hipóxica. Por su parte en posnatal el 57,90% reportaron el mayor. Para (Austín-Smith-Resinger-McNelys, 2010), ubican a esta patología en la edad pediátrica, como especialmente importante, debido a que en este periodo etario él y la infante se encuentra en un momento decisivo de su desarrollo, durante el cual deberán ser aprendidas muchas destrezas cognitivas y sociales. Fallas en el desarrollo de estas habilidades y en el apropiado período de su adquisición podrían deteriorar su calidad de vida como niños y como adultos.

TABLA N° 6
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS CON EPILEPSIA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

GÉNERO ANTEC. FAMILIARES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	F	%	F	%	Total	%
MADRE	3	16,66	4	12,50	7	14,00
PADRE	4	22,23	2	6,25	6	12,00
HERMANA	1	5,55	1	3,12	2	4,00
ABUELA PATERNO	2	11,12	4	12,50	6	12,00
ABUELO MATERNO	1	5,55	1	3,12	2	4,00
ABUELA PATERNA	0	0,00	1	3,12	1	2,00
ABUELA MATERNA	1	5,55	1	3,12	2	4,00
NINGUNO	6	33,33	18	56,25	24	48,00
TOTAL	18	100,00	32	100,00	50	100,00

Fuente: Historia clínica del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda
 Investigadores: García Loor Karla Gema y Martínez Vélez Andrea Narciza

GRÁFICO N° 6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

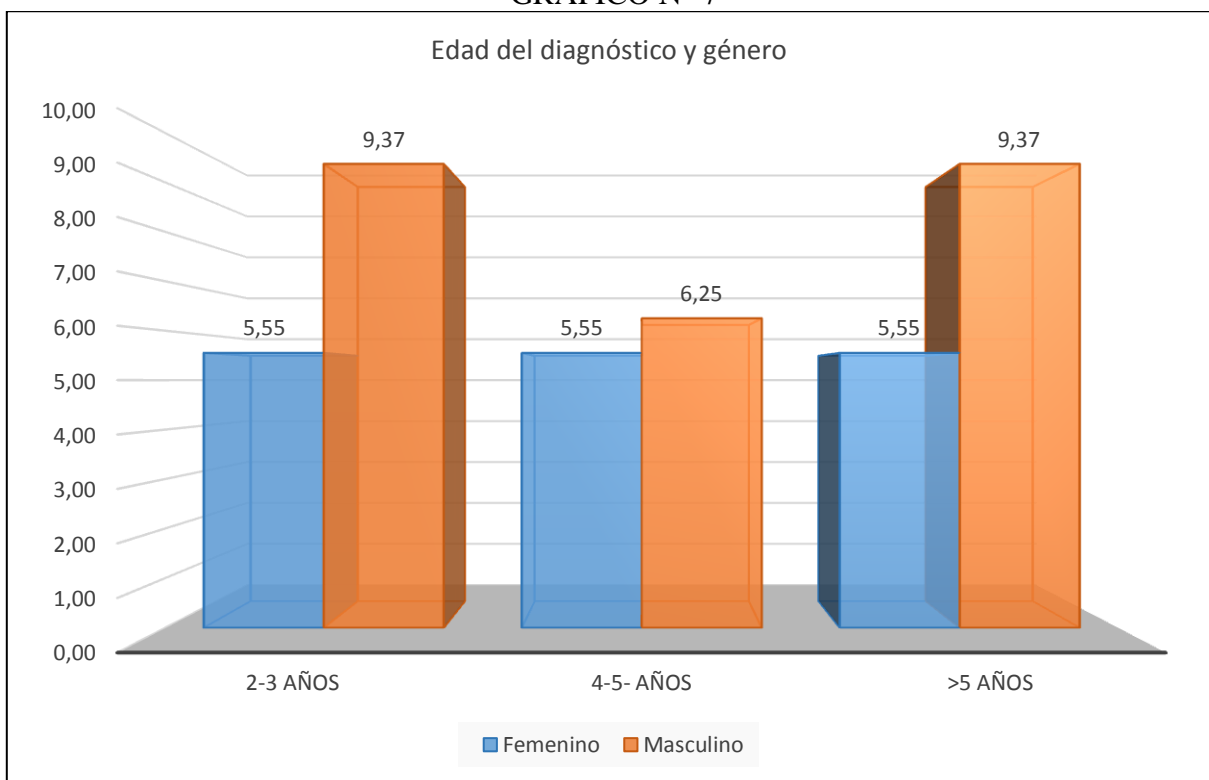
Las historias clínicas, de los pacientes pediátricos, en lo correspondiente a sus antecedentes familiares en el género femenino y masculino el 33,33% y el 56,25% reportaron que ninguno de ellos no tienen ningún historial acerca de esta enfermedad. Inclusive (Aguilar-Rodríguez, 2008), dicen que puede tener muchas causas y tener origen en lesiones cerebrales de cualquier tipo (traumatismos craneales, secuelas de meningitis, tumores) pero en muchos casos no hay ninguna lesión, sino únicamente una predisposición de origen genético a padecer las crisis. Es decir que cuando no hay una causa genética o traumática identificada se llama Epilepsia idiopática y los genes juegan un papel de modulación del riesgo de que ocurra un episodio y también en la respuesta al tratamiento.

TABLA N° 7
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE DIAGNOSTICO Y GENERO EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS CON EPILEPSIA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

GÉNERO EDAD DEL DIAGNÓSTICO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	F	%	F	%	Total	%
<1 AÑO	12	66,66	17	53,12	29	58,00
1-2 AÑOS	3	16,66	7	21,87	10	20,00
2-3 AÑOS	1	5,55	3	9,37	4	8,00
4-5- AÑOS	1	5,55	2	6,25	3	6,00
>5 AÑOS	1	5,55	3	9,37	4	8,00
TOTAL	18	100,00	32	100,00	50	100,00

Fuente: Historia clínica del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda
 Investigadores: García Loor Karla Gema y Martínez Vélez Andrea Narciza

GRÁFICO N° 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

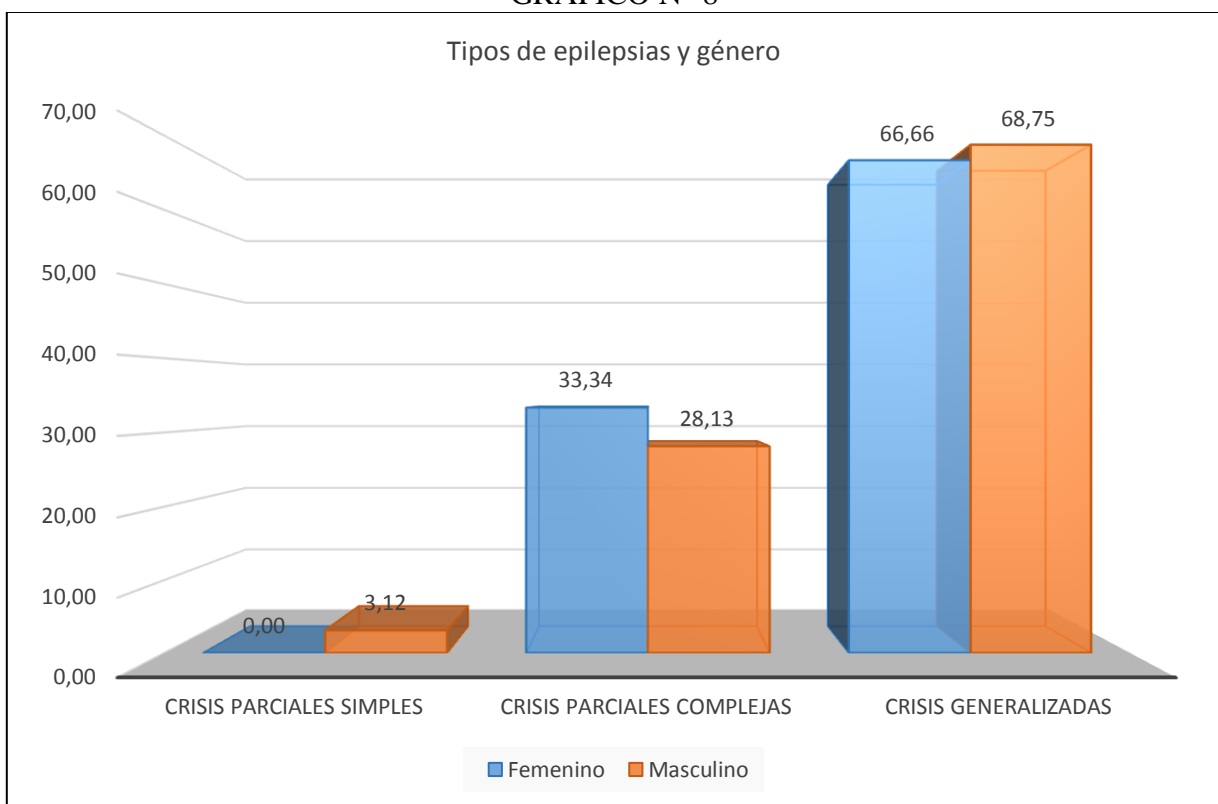
Los resultados de las historias clínicas, determinaron que los niños con epilepsia fueron diagnosticados, tanto para el género femenino y masculino en la edad <de 1 año con el 66,66% y el 53,12% en su respectivo orden. Por su parte (Calviño, 2010), dice que hay tres factores genéticos potenciales que contribuyen a la aparición de las crisis epilépticas, entre ellas las variaciones interindividuales en la susceptibilidad a producir crisis, en respuesta a una alteración cerebral crónica o transitoria. También algunas condiciones que producen la enfermedad epiléptica son genéticamente transmitidas (esclerosis tuberosa, fenilcetonuria) y las epilepsias primarias son debidas a una disfunción genética de la excitabilidad cerebral y de su sincronización.

TABLA N° 8
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE EPILEPSIA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS
QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL
VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

c	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	F	%	F	%	Total	%
CRISIS PARCIALES SIMPLES	0	0,00	1	3,12	1	2,00
CRISIS PARCIALES COMPLEJAS	6	33,34	9	28,13	15	30,00
CRISIS GENERALIZADAS	12	66,66	22	68,75	34	68,00
TOTAL	18	100,00	32	100,00	50	100,00

Fuente: Historia clínica del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda
 Investigadores: García Loor Karla Gema y Martínez Vélez Andrea Narciza

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

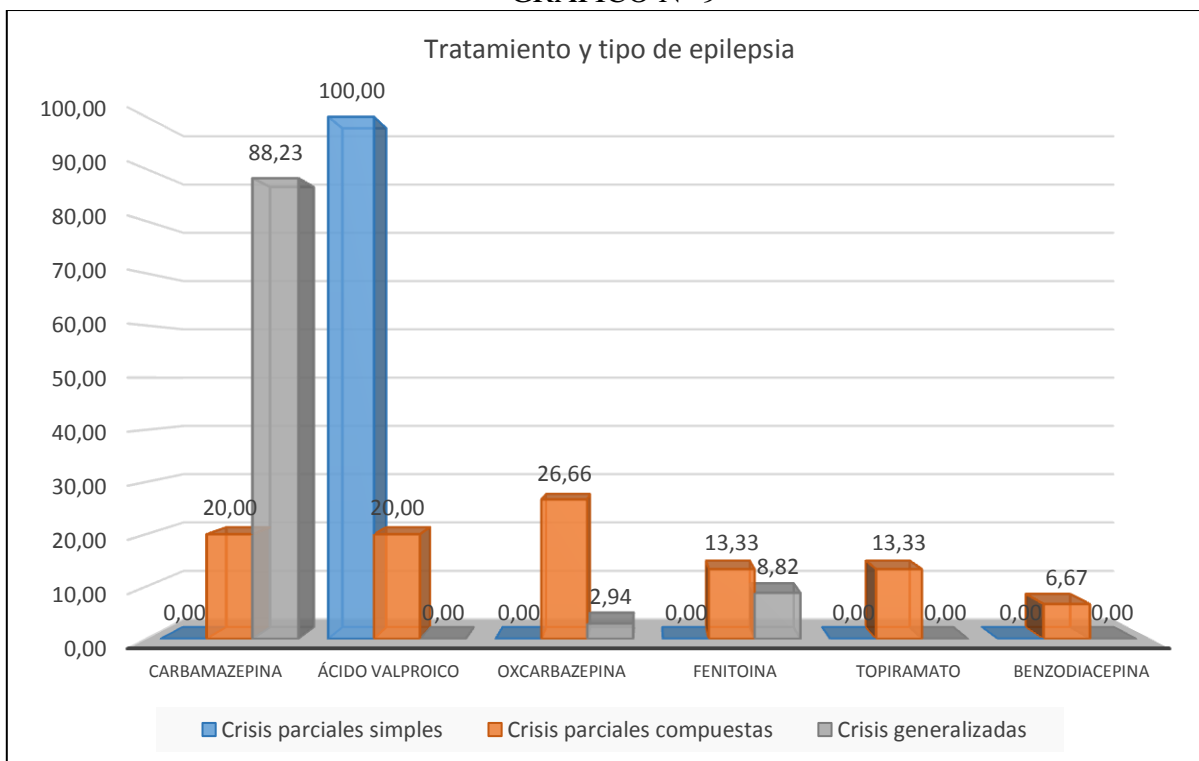
Las historias clínicas, mostraron que de acuerdo al tipo de epilepsia y género, el 66,66% y el 68,75% padecen de crisis generalizadas para la categoría femenina y masculina. Lo cual confirmaría que hay lesiones adquiridas, que producen crisis epilépticas, que pueden ser bilaterales y tan difusas que las crisis son generalizadas desde el comienzo. Otras son localizadas y dan lugar a crisis parciales o generalizadas con síntomas focales, donde los sustratos anatomopatológico más frecuentes van a ser las displasias corticales, esclerosis del hipocampo, tumores, daño cerebral postraumático, accidentes cerebro-vasculares, infecciones y estados tóxico-metabólicos.

TABLA N° 9
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TRATAMIENTO Y TIPO DE EPILEPSIA EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

T. EPILEPSIAS / TRATAMIENTO	CRISIS PARCIALES SIMPLES	%	CRISIS PARCIALES COMPLEJAS	%	CRISIS GENERALIZADAS	%	Total	%
CARBAMAZEPINA	0	0,00	3	20,00	30	88,23	33	66,00
ÁCIDO VALPROICO	1	100,00	3	20,00	0	0,00	4	8,00
OXCARBAZEPINA	0	0,00	4	26,66	1	2,94	5	10,00
FENITOINA	0	0,00	2	13,33	3	8,82	5	10,00
TOPIRAMATO	0	0,00	2	13,33	0	0,00	2	4,00
BENZODIACEPINA	0	0,00	1	6,67	0	0,00	1	2,00
TOTAL	1	100,00	15	100,00	34	100,00	50	30

Fuente: Historia clínica del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda
 Investigadores: García Loor Karla Gema y Martínez Vélez Andrea Narciza

GRÁFICO N° 9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

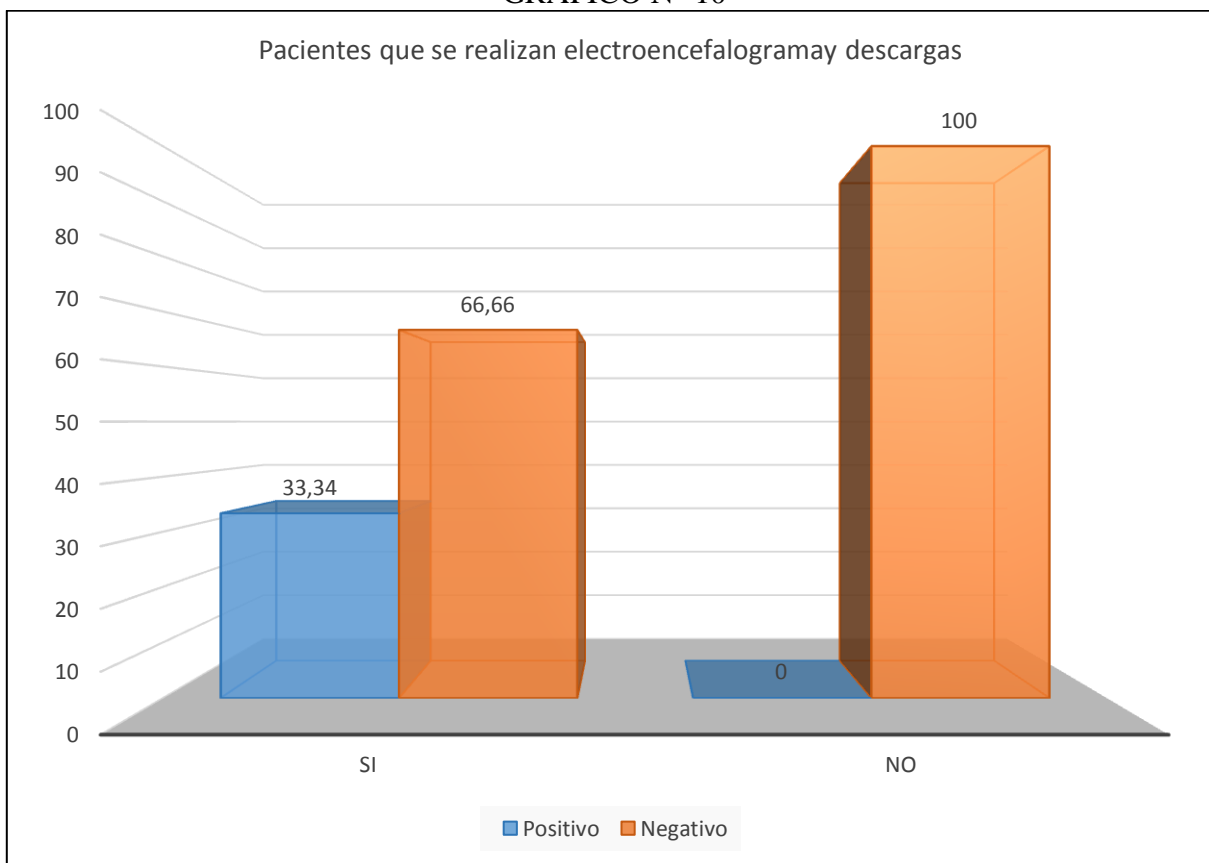
Los resultados de las historias clínicas, determinaron que el 100% del tratamiento en crisis parciales simples se utilizó ácido valproico, así lo estableció el 100%. Por su parte en crisis parciales complejas los tratamientos fueron a base de oxcarbazepina y en crisis generalizadas el 88,23% utiliza medicamentos a base de carbamazepina. Entre tanto (Herranz, 2009), establece que la calidad de vida también se fortalece llevando a cabo un tratamiento adecuado. Esto significa elegir el fármaco más eficaz y mejor tolerado. Administrar dos tomas diarias, coincidiendo con desayuno y cena, sin horarios rígidos. Promover el cumplimiento terapéutico del paciente.

TABLA N° 10
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS QUE SE REALIZAN ELECTROENCEFALOGRAMA Y DESCARGAS ELÉCTRICAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

ELECTROENCEFALOGRAMA	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	Total	%
POSITIVO PARA DESCARGAS						
POSITIVO	12	33,34	0	0,00	12	24,00
NEGATIVO	24	66,66	14	100,00	38	76,00
TOTAL	36	100,00	14	100,00	50	100,00

Fuente: Historia clínica del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda
 Investigadores: García Loor Karla Gema y Martínez Vélez Andrea Narciza

GRÁFICO N° 10



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Las historias clínicas, reportaron que los pacientes pediátricos reportaron que el 66,66% si se realizan electroencefalogramas con descargas negativas y el 33,34% con positivas. En tanto que (Fabelo, 2009), sostiene que en la epilepsia adquirida hay evidencia de que la pérdida de neuronas induce a una reorganización sináptica aberrante, lo cual potencia la transmisión excitadora y en menor medida la inhibidora. Esto último da lugar a una hiper sincronización espontánea. Sin embargo, muy poco se conoce sobre el cómo comienzan y el por qué se paran.

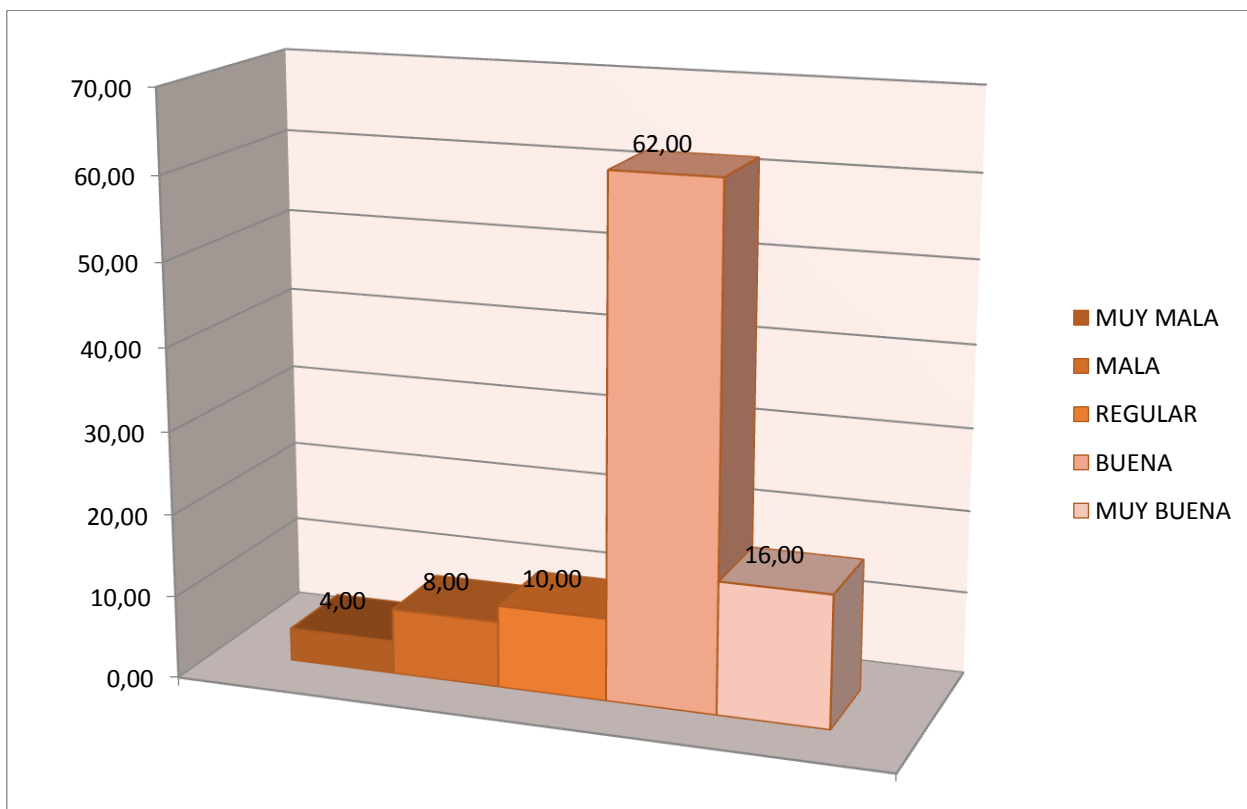
TABLA N° 11

VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA CON LA ESCALA DE CAVE EN PACIENTES DE 2 A 12 AÑOS CON EPILEPSIA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013-MAYO 2014.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY MALA	2	4,00
MALA	4	8,00
REGULAR	5	10,00
BUENA	31	62,00
MUY BUENA	8	16,00
TOTAL	50	100

Fuente: Escala de CAVE
 Investigadores: García Loor Karla Gema y Martínez Vélez Andrea Narciza

GRÁFICO N° 15



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En base a los resultados de las encuestas aplicadas a las madres de los niños con epilepsia, el 62% de ellos reportaron una calidad de vida buena, mientras que un 4% reporta una calidad de vida muy mala, es decir que con un buen tratamiento, y controles periódicos adecuados se puede mejorar la problemática social y la repercusión negativa en la calidad del niño con epilepsia.

CONCLUSIONES

Al indagar factores de riesgo de la epilepsia, los resultados de las historias clínicas, determinaron que los pacientes con esta patología, para el género femenino y masculino en la edad entre 10 a 12 se reportaron los mayores valores con el 27,79% y 40,62% para esta patología, Posiblemente relacionado con tipo de nacimiento y género

En las niñas el 50% registro un nacimiento vaginal y en los niños el 59,37% fue por cesárea, debido a que las historias clínicas, expresaron que el 86.85% para el apgar al minuto con >7 de vaginal eutócico y a los cinco minutos con >7 de vaginal eutócico.

También se evidenció que los riesgos asociados a esta patología en estado perinatal el 100% presentó encefalopatía hipóxica

los niños fueron diagnosticados en la edad <de 1 año con el 66,66%, los cuales padecen de crisis generalizadas para ambas categorías.

En el tratamiento en crisis parciales simples se utilizó ácido valproico, así lo estableció el 100%. Por su parte en crisis parciales complejas los tratamientos fueron a base de oxcarbazepina y en crisis generalizadas el 88,23% utiliza medicamentos a base de carbamazepina, de los cuales

la mayoría se realiza electroencefalogramas con descargas negativas y el 33,34% con positivas.

En lo referente a la calidad de vida mediante la escala de CAVE, se determinó que el 62% de los niños con epilepsia reportaron una calidad de vida buena mientras que un 2% una calidad de vida muy mala

RECOMENDACIONES

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí:

Incluir dentro de las líneas prioritarias de investigación, temas relacionados la epilepsia infantil, y ofrecer una mayor variedad de opciones terapéuticas que brinden y propicien una mejor calidad de vida para los pacientes, ya que es un excelente marcador pronóstico de morbilidad de problemas de salud irreversibles.

Al Ministerio de Salud Pública:

Sugerir a las autoridades de La salud, que a más del diagnóstico y tratamiento, se conforme un equipo disciplinario para la prevención y futuras complicaciones mediante programas de difusión y charlas sobre las patologías y cuidados de los niños con esta patología.

Capacitar al personal de puestos y centros de salud a nivel nacional sobre el diagnóstico o sospecha sobre esta patología para su pronta referencia a centros de atención especializada.

Orientar a los pacientes sobre la importancia de un adecuado control de su patología, y del cumplimiento del esquema terapéutico, para evitar posteriores complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Al Hospital Verdi Cevallos Balda:

Es necesario la formación de un grupo multifuncional (informativo-apoyo) para incentivar la adherencia al tratamiento en los pacientes pediátricos con epilepsia atendidos en la consulta externa subsecuente en esta entidad de salud.

Implementar programas de información y capacitación dirigidos a los pacientes con esta patología para mejorar su calidad de vida.

PROPUESTA

TÍTULO

Generar estrategias de prevención de las crisis convulsivas para mejorar la calidad de vida de los usuarios de 2-12 años con epilepsia atendidos en el área de consulta externa del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda y sus cuidadores.

JUSTIFICACIÓN.

De acuerdo con los datos previamente analizados, existe una gran cantidad de pacientes pediátricos entre 2 a 12 años que acuden al área de consulta externa del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, en los que, la epilepsia pediátrica es especialmente importante, debido a que en este periodo etario él y la infante se encuentra en un momento decisivo de su desarrollo, durante el cual deberán ser aprendidas muchas destrezas cognitivas y sociales. Fallas en el desarrollo de estas habilidades y en el apropiado período de su adquisición podrían deteriorar su calidad de vida como niños y como adultos. Donde el entorno educativo del niño y la niña constituye un factor generador de una calidad de vida favorable o negativa. Teniendo en cuenta esta premisa, se observa como un problema la influencia que puede llegar a tener la escuela y el maestro y la maestra de primaria como figura preponderante y abanderada en la educación del niño y la niña, en la calidad de vida de este.

FUNDAMENTACIÓN.

En el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda es una de las patologías más comunes en los servicios de consulta externa de la población pediátrica, que presenta esta patología y en los niños y niñas, la epilepsia tiene un comienzo temprano cuando responde a causas orgánicas, como los trastornos en la formación del cerebro, errores congénitos del metabolismo, cromosomopatías o por lesiones hipóxicas del cerebro producidas antes, durante o después del parto. Por su parte, esta cualidad de niño o niña epiléptica, trae como consecuencias que surja un sentimiento de sobreprotección principalmente por parte de los

padres, que también involucra de cierta forma al resto de la familia. Esto trae como consecuencias que se comience a ver con cierto rechazo al niño o niña, perjudicándole gravemente en su desarrollo posterior y en su calidad de vida

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Generar estrategias de prevención de las crisis convulsivas para mejorar la calidad de vida de los usuarios de 2-12 años con epilepsia atendidos en el área de consulta externa del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda y sus cuidadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Elaborar un programa educativo a base de charlas y trípticos dirigido a los cuidadores de los niños que padecen de epilepsia, como medida de prevención.

Concientizar mediante la difusión de un manual de atención clínica a las personas que llegan con esta patología a los médicos tratantes y residentes en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta propuesta serán los pacientes pediátricos epilépticos, los médicos tratantes y residentes en el proceso de consulta externa del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

RESPONSABLES

Los responsables de llevar a cabo esta propuesta son los egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Medicina, García Loo Karla Gema y Martínez Vélez Andrea Narciza

UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda en la elaboración de un programa educativo en forma de tríptico dirigido a las personas

cuidadores de niños que tiene esta patología en el área de consulta externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.



FACTIBILIDAD.

Esta propuesta es factible, ya que en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo se encuentra una alta prevalencia de pacientes que acuden al servicio de consulta externa con esta patología, razón por la cual se necesitaron seis meses para completar la investigación, con la infraestructura y los recursos humanos necesarios para la atención de estos pacientes pediátricos y sus cuidadores en los que se va a llevar a cabo esta actividad.

Además se contó con la colaboración de las autoridades de esta entidad, de ahí la importancia de informar mediante charlas educativas los síntomas típicos, atípicos, manejo integral y complicaciones de esta enfermedad.

ACTIVIDADES.

Charlas educativas a los usuarios de consulta externa.

Entrega de trípticos que permitan conocer el tratamiento y mejoramiento de la calidad de vida de los niños de 2 a 12 años con esta patología.

Entrega y difusión de un manual de atención clínica de los médicos tratantes y residentes en el área de consulta externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

RECURSOS HUMANOS:

Consulta externa Del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

Pacientes pediátricos

Investigadores.

MATERIALES:

Trípticos

Charlas

Computador.

Infocus

INFRAESTRUCTURA.

Instalaciones del área externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

CRONOGRAMA DE CHARLAS

Actividad	Contenido	Lugar	Recursos	Responsables
Charlas educativas y entrega de trípticos	La epilepsia?		Diapositivas	
	Tratamiento de la epilepsia?			
	Tipos de epilepsias?	Área de consulta externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda		Investigadores
Entrega de un manual	Cuáles son los métodos de diagnóstico?			
	Cuáles son las complicaciones?		Trípticos	
	Tipo de fármacos utilizados por los infantes?			

IMPACTO.

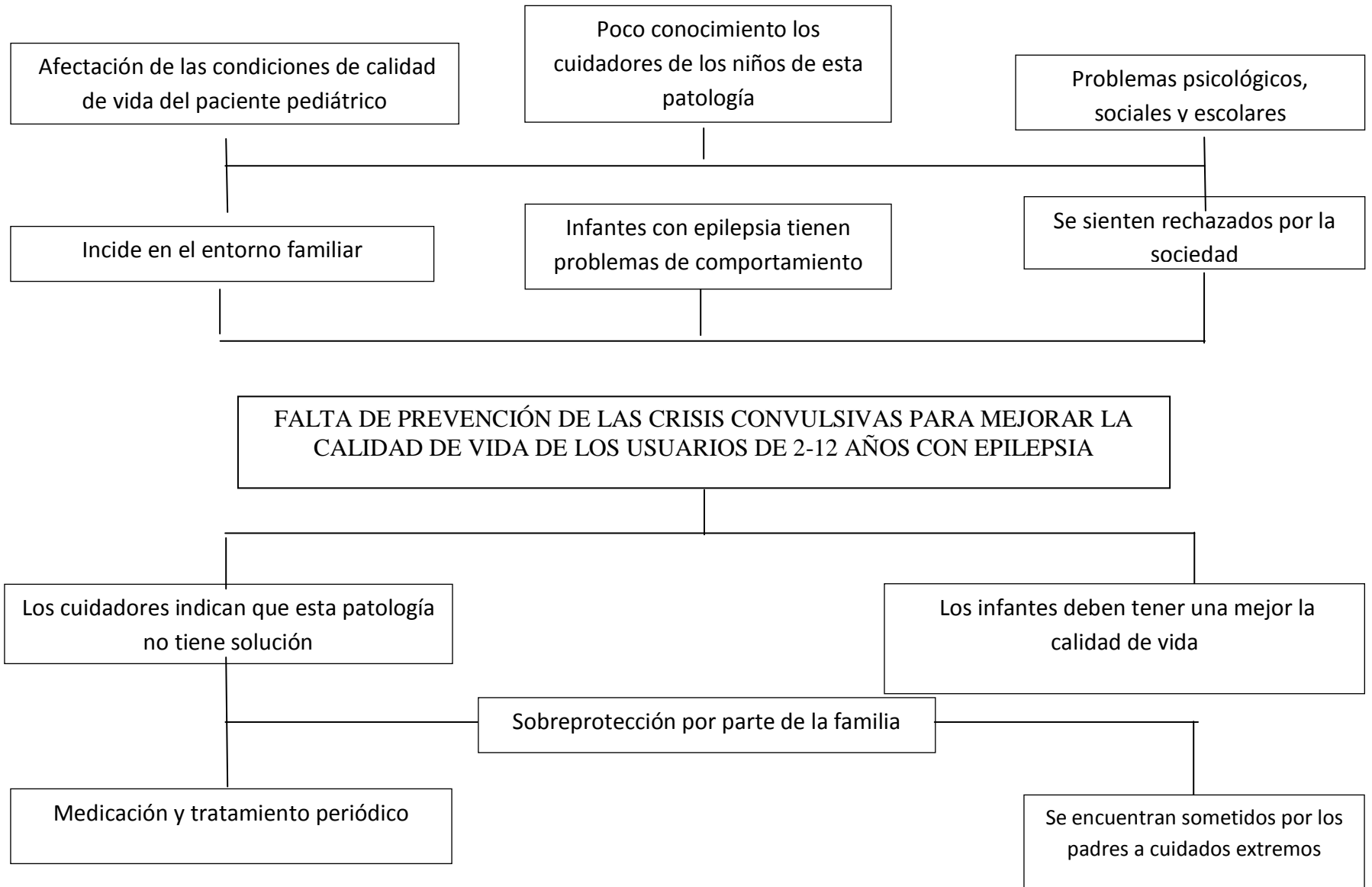
Con esta propuesta se pretende generar estrategias de prevención de las crisis convulsivas para mejorar la calidad de vida de los usuarios de 2-12 años con epilepsia atendidos en el área de consulta externa del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda y sus cuidadores muy

F	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La Unidad Hospitalaria cuenta con los medios de valoración diagnóstica indispensables para determinar la presencia de esta patología y determinar el respectivo tratamiento del infante ✓ Supervisión médica en el área de consulta externa ✓ Posee fármacos que permiten aminorar los efectos de esta patología ✓ Diagnóstico, tratamiento y manejo del mismo.
O	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dotación de recursos e insumos médicos por parte del Ministerio de Salud Pública. ✓ Apoyo de médicos especialistas los cuales generan un aporte para el tratamiento de complicaciones producidas esta patología.
D	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El cuidador del infante presenta escaso o poco conocimiento, sobre la afectación psicológico y social ocasionada por esta patología.
A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La dotación de fármacos es reducida.

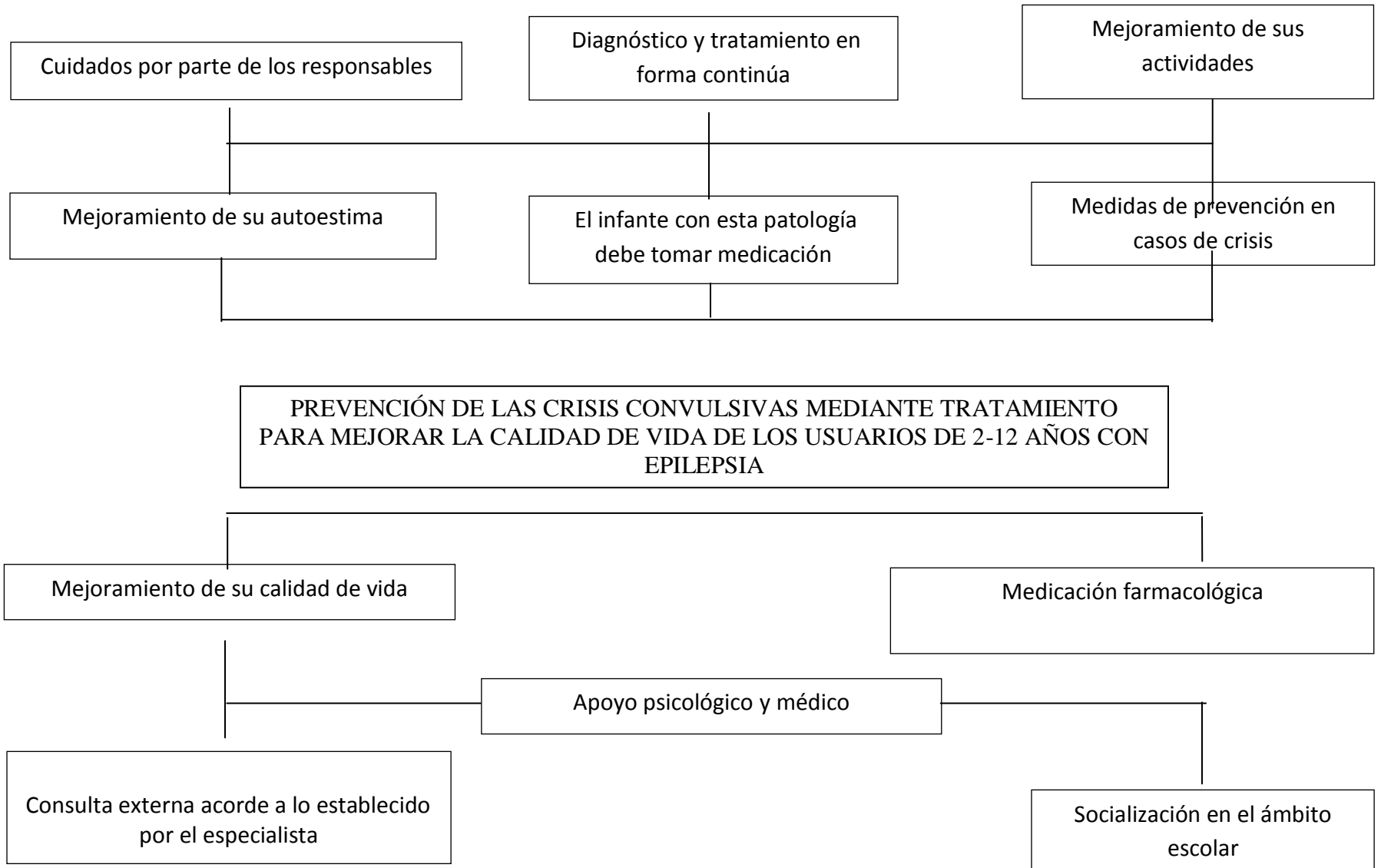
recurrente en nuestra sociedad por las afectaciones de diferente índole

FODA

ÁRBOL DEL PROBLEMA



ÁRBOL DE OBJETIVOS



ANÁLISIS DE LOS INVOLUCRADOS.

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Población de niños de 2 a 12 años con epilepsia	Manejo clínico de los pacientes pediátricos con epilepsia atendidos en el área de consulta externa	<p>RECURSOS Humanos, materiales</p> <p>MANDATOS Diseñar una estrategia para otorgar accesibilidad de información sobre el conocimiento y tratamiento de la epilepsia</p>	<p>Afectación psicológicas</p> <p>Factores psicosociales fuertes Mala actitud frente a esta patología</p>
Personal médico especializado	Manejo y tratamiento de los infantes de 2 a 12 años con esta patología	<p>RECURSOS Humanos, materiales</p> <p>MANDATOS Realizar revisión del protocolo de diagnóstico y tratamiento.</p>	<p>No existe una administración de fármacos específicos por parte de médico</p> <p>Poco conocimiento de esta patología</p>
Comunidad	Implementar en la comunidad conocimiento acerca de lo que es la epilepsia	<p>RECURSOS Humanos, materiales</p> <p>MANDATOS Fomentar información a la comunidad en general.</p>	<p>Poca información Lo asociación con problemas de locura y demencia.</p>
Autoridades de la Universidad Técnica de Manabí	Investigar sobre la epilepsia en la etapa infantil, sus causas, tratamiento y mejoramiento de las afectaciones psicosociales.	<p>RECURSOS Humanos, materiales</p> <p>MANDATOS Implementar una asignatura sobre esta patología común en el pensum de estudios de la Escuela de Medicina</p>	<p>Educación limitada por falta de presupuesto y docentes</p>
Investigadores	Mejorar las actitudes psicosociales de los niños entre 2 a 12 años afectados por esta patología	<p>RECURSOS Humanos, materiales</p> <p>MANDATOS Desarrollar y fortalecer conocimientos, destrezas y ejecución de proyectos de acción</p>	<p>Cambio de personal de salud.</p> <p>Falta de accesibilidad y dialogo, seguido por la no existencia de recursos.</p>

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	LINEA DE BASE	METAS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<p>OBJETIVO GENERAL: Generar estrategias de prevención de las crisis convulsivas para mejorar la calidad de vida de los usuarios de 2-12 años con epilepsia atendidos en el área de consulta externa del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda y sus cuidadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Describir normas preventivas de tratamiento de la epilepsia a través de material informativo dirigido a los cuidadores de los infantes con esta patología que acuden al área de consulta externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. ✓ Analizar el protocolo del tratamiento de la epilepsia infantil mediante guía didáctica dirigida al personal médico del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. 	<p>El mayor porcentaje de esta investigación corresponde a niños de 2 a 12 años con problemas de epilepsia que llegan al área de consulta externa del Hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover medidas educacionales para mejorar la atención médica en los pacientes pediátricos que se hacen chequeos en el área de consulta externa de esta casa de salud ✓ Mejorar la atención del infante que padece de epilepsia y posterior tratamiento, para mejorar su calidad de vida 	<p>Registros de control de ingresos con esta patología de pacientes pediátricos en el área de consulta externa de esta Unidad Hospitalaria.</p> <p>Informe de la Unidad Hospitalaria</p> <p>Registros del ingresos de los pacientes por géneros y edades entre 2 a 12 años</p>

OBJETIVOS	INDICADORES	LINEA DE BASE	METAS	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborar un programa educativo a base de charlas y trípticos dirigido a los cuidadores de los niños que padecen de epilepsia, como medida de prevención. ✓ Concientizar mediante la difusión de un manual de atención clínica a las personas que llegan con esta patología a los médicos tratantes y residentes en el hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo. 	<p>Informar a los cuidadores del niño sobre el conocimiento de esta patología mediante la distribución de material informativo.</p> <p>Dar charlas educativas sobre esta patología en las escuelas para no afectar a los niños que la padecen</p> <p>Dar a conocer la secuencia del tratamiento y crisis a través de un tríptico sobre la epilepsia.</p>	<p>El mayor porcentaje de esta investigación corresponde a niños de 2 a 12 años con problemas de epilepsia que llegan al área de consulta externa del Hospital.</p>	<p>Concientización a la población sobre las consecuencias de una inapropiada de una automedicación</p> <p>Disminución de la incidencia de casos de ingresos en el área de consulta externa por esta patología en niños.</p> <p>Ejecución del protocolo de manejo en pacientes pediátricos con epilepsia</p> <p>Mejorar la atención del paciente con esta patología y seguir con tratamiento.</p> <p>Aplicación del protocolo de manejo sobre esta patología.</p>	<p>Distribución de trípticos.</p> <p>Capacitaciones dirigidas al Personal de salud del área de consulta externa del hospital.</p> <p>Implementación de un manual dirigida a los cuidadores de niños con epilepsia que acuden al área de consulta externa y a profesionales del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.</p>

BIBLIOGRAFÍA

- Adenkamp. (2009). Acute cognitive effects of nonconvulsive difficult to detect epileptic seizures and epileptic form electroencefalographic. En Adenkamp, *Acute cognitive effects of nonconvulsive difficult to detect epileptic seizures and epileptic form electroencefalographic*. (pág. 123). USA: Child Neurol.
- Aguilar-Rodríguez. (2008). Trastornos de la atención y hallazgos electroencefálicos en niños con crisis parciales complejas. *Revista Habana Ciencias Médicas*, 14.
- Alvarado-Ivanovic. (2009). Inventario Psicosocial de sujetos epilépticos. Análisis de escaladas clínicas. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 67.
- Alvarez. (2011). Calidad de vida en la Epilepsia. *Revista del Congreso latinoamericano de la Epilepsia*, 56.
- Álvarez-Valdéz. (2011). Abordaje de la epilepsia en la infancia. *Revista Cubana Medica Integrada*, 42.
- Austín-Smith-Resinger-McNelys. (2010). Childhood epilepsy and astema. En Austín-Smith-Resinger-McNelys, *Childhood epilepsy and astema*. (pág. 608). USA: USA.
- Berto. (2011). Quality of life in patients with epilepsy and impact o treaments. *Pharmaco Economics*, 42.
- Buelo-Johnson. (2010). Self manegement of Epilepsy. En Buelo-Johnson, *Self manegement of Epilepsy*. (pág. 336). USA: Health Outcomes.
- Calman. (2009). Quality of life in cancer patients a hipótesis. *Medic Ethics*, 147.
- Calviño. (2010). Análisis dinámico del comportamiento. En Calviño, *Análisis dinámico del comportamiento*. (pág. 232). La habana, Cuba.: Editorial Félix Varela.
- De-Souza-Mota. (2011). Análisis crítico de los instrumentos de evaluación de calidad de vida en epilepsia infantil. En De-Souza-Mota, *Análisis crítico de los instrumentos de evaluación de calidad de vida en epilepsia infantil* (pág. 153). Madrid, España: Editorial Trompsom.
- Díaz. (2011). Psicología y calidad de vida. Una propuesta de invitación para el tratado de la epilepsia. *Revista Santiago de la Universidad de Oriente*, 63.
- Fabelo. (2009). Psicología de la epilepsia. En Fabelo, *Psicología de la epilepsia*. (pág. 411). La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica Cubana.
- Fabelo. (2010). Paradigma Psicológico Salubrista para la atención al paciente con epilepsia. En Fabelo, *aradigma Psicológico Salubrista para la atención al paciente con epilepsia*. (pág. 67). La Habana, Cuba: Editorial Instituto Superior de Ciencias Médica de la Habana.
- FEGEA. (2009). *Normas Técnicas de Epilepsia. Aplicación de la calidad de vida del niño con epilepsia*. Valparaiso, Chile: Revista de Neurología.

- García. (2009). Apuntes sobre la calidad de vida de los pacientes epilépticos y su relación con la salud y calidad de vida. *Revista Cubana Investigaciones Biomédicas*, 52.
- Hernández-Guerra-Rivas-Santana-Rodríguez. (2010). El ABC en el manejo de la epilepsia en padiatría. *Revista electrónica de las Ciencias Médicas en CienFuegos*, 23.
- Herranz. (2009). Porblemática social y calidad de vida del niño epiléptico. Procedimientos para objetivizarla y mejorarla. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias. Cantabria. España*, 33.
- Iglesias. (2008). Representación social de la epilepsia en pacientes del Hospital Psiquiátrico de la Habana. En Iglesias, *Representación social de la epilepsia en pacientes del Hospital Psiquiátrico de la Habana*. (pág. 63). La Habana, Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública de la Habana.
- ILAE. (2013). *La Epilepsia en el mundo*. USA: Liga Internacional con la Epilepsia.
- Jacoby. (2008). Educación en autocuidado para niños con epilepsia. *Update Cochrane*, 32.
- Montes. (2009). Calidad de vida. *Revista Mexicana de medicina física y rehabilitación*, 17.
- Moreno-Cubero. (2011). Relaciones sociales. Familia, escuela, compañero. *Años escolares. En Segarte-Martinez*, 45.
- OMS. (2013). *La epilepsia en el mundo y la calidad de vida que quienes la padecen*. Ginebra: OMS.
- Rodríguez. (2010). Psicología del desarrollo escolar en niños epilépticos. *Selección de lecturas médicas*, 56.
- Rufo. (2009). Cómo afrontar la epilepsia. Una guía para pacientes y familiares. *Revista Entheos*, 23.
- Stokes-Shaw. (2009). Epilepsia en los niños. *Neurologic*, 51.
- Tuesca. (2009). La calidad de vida en los niños epilépticos y como medirla. *Revista Salud Uninorte*, 41.
- Valdivia-Abadal. (2010). Alternativas terapéuticas en la epilepsia refractaria del niño. *Revistas Cubana de Pediatría*, 78.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES VALORADO (2013-2014)

ACTIVIDADES	Meses						RECURSOS A UTILIZAR			Costos
	Dic	En	Feb	Mar	Abr	May	Humano	Materiales	Otros	
Organización y selección de la Información recopilada para la presentación al Director de Tesis							Autoras de Investigación	Hojas de papel Fotocopias e Internet	Alimentación y transporte	200.00
Elaboración de instrumentos y Recolección de información y presentación al Director de Tesis							Autoras de Investigación	Lapiceros, marcadores CDs, cuadernos	Imprevistos y Transporte	200.00
Definición de hallazgos y elaboración del informe Preliminar para la presentación del Director de Tesis y Tribunal de Evaluación y Seguimiento							Autoras de Investigación	Copias	Transporte e imprevistos	100.00
Tabulación de resultados y elaboración del informe final para la presentación al Director de Tesis							Autoras de Investigación	Copias	Transporte e imprevistos	100.00
Revisión y corrección final de La Tesis de Grado por parte del Director de Tesis y Tribunal de Evaluación y Seguimiento							Autoras de Investigación	Impresión Trascripción	Empastado, derechos, otros	100.00
Aprobación del Director De Tesis y Miembros del Tribunal.							Autoras de Investigación	Especies y valores	Alquiler de Infocus	50.00
							TOTAL			750,00

ANEXOS

E) OBSERVE ATENTAMENTE TODO LO QUE OCURRE DURANTE LA CRISIS.

- ❖ El elemento más útil para un adecuado diagnóstico de las crisis es un relato lo más detallado posible de todo lo que ocurre durante ellas.
- ❖ Recuerde que la crisis es autolimitada y que es muy importante recordar las características de la misma para su correcto diagnóstico y tratamiento.



F) ESPERE PACIENTEMENTE.

- ❖ No es necesario llevar a la persona a un Servicio de Urgencia, excepto si la crisis dura más de quince minutos o si se repite una crisis tras otra sin recuperar la conciencia.
- ❖ Es frecuente que después de la crisis el paciente caiga en un sueño profundo o se encuentre cansado y algo desorientado.
- ❖ No le interrumpa, déjele descansar.
- ❖ Tras la crisis hablele, oriéntele y ayúdele en el traslado a su casa o trabajo.
- ❖ Déjelo descansar hasta que se recupere totalmente



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
MANABÍ**

**FACULTAD de CIENCIAS de la
SALUD**

CARRERA de MEDICINA

**¿Cómo actuar en caso de una crisis
epiléptica?**



PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2014

A) MANTENGA LA CALMA

- ❖ Una vez que se inicio la crisis no podrá detenerla la mayoría pasan solas y duran menos de 1 minuto
- ❖ No necesita respiración artificial.
- ❖ No intente sujetarlo para que no convulsione, sólo evite que no se haga daño.



B) no ponga nada en la boca

- ❖ La lengua no se traga no se ahogará, no intente abrir la boca puede lastimarlo o lastimarse usted
- ❖ no se alarme si deja de respirar o se le ponen los labios morados
- ❖ no haga maniobras para reanimarlo se recupera solo

C) Despeje el lugar

- ❖ Retire objetos o muebles con los que pueda lastimarse aflojele la ropa
- ❖ Colóquele algo blando debajo de la cabeza



D) CUANDO LLAMAR AL MEDICO

- ❖ Solo en caso de que las crisis duren mas de 5 minutos o pase de una crisis a otra sin recuperar la conciencia
- ❖ Sea comprensivo y amigable cuando el niño se recupera puede estar apenado, avergonzado, asustado tranquilícelo

- ❖ No le ofrezca nada de comer o beber hasta que este totalmente recuperado
- ❖ Permita que descanse.-algunos niños después de las crisis presentan nauseas vómitos ,cefalea, déjelo dormir hasta que esté totalmente recuperado



¿Cómo se manifiesta una crisis epiléptica?

1. el niño puede gritar, caerse al suelo inconsciente ,sacudirse de forma incontrolable



2.

- ✧ Babear, morderse la lengua, incluso perder el control de la vejiga esta es la imagen que muchas personas cuando escuchan la palabra epilepsia

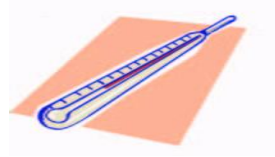


APOYO PSICOLÓGICO PARA EL NIÑO EPILEPTICO

- ✧ elogia sus logros y habilidades si el niño se siente aburrido proponle algunas distracción
- ✧ Sinceridad debemos informar al niño acerca de su enfermedad y contestar a sus preguntas de forma sincera.



- ✧ Sobreprotección evita hablar delante del niño de las dificultades de sus trastorno, evita sobreprotegerle trátale como a los demás niños epilépticos



Tratamiento farmacológico de la epilepsia.

- ✧ Algunos casos de epilepsia infantil e resuelven solos con el paso del tiempo, mientras la mayoría necesita tratamiento
- ✧ Estos medicamentos van a mejorr la calidad de vida en los niños, normalmente se comercializan en forma d comprimidos, jarabe o capsula, es posible que el niño tenga molestias de estomago durante los primeros días al cmenzar el tratameiento



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
MANABÍ

FACULTAD de CIENCIAS
de la SALUD

CARRERA de MEDICINA

¿QUÉ NO SE DEBE HACER
CUANDO UNA PERSONA
PRESENTA UNA CRISIS
EPILEPTICA?

¿Cómo se manifiesta una
crisis epiléptica?

Tratamiento farmacológico de la
epilepsia.



PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2014

¿QUÉ NO SE DEBE HACER
CUANDO UNA PERSONA
PRESENTA UNA CRISIS
EPILEPTICA?

1. 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 el paciente se ahogue con su lengua.
- ✘ Los ruidos se deben a la falta de coordinación de la respiración y al aumento de secreciones.
- ✘ Al terminar la crisis recuperará su ritmo respiratorio normal.



2. No se debe sacudir o golpear al
epiléptico.

- ✘ La crisis comienza y se interrumpe de forma espontánea.



3. No hay que ponerle alcohol en
la frente.

- ✘ No hay razón para frotarle la frente con alcohol, se corre el riesgo de que se produzcan lesiones químicas si el alcohol entra en contacto con los ojos.
- ✘ No hay que echarle agua ni realizar otras medidas para despertarlo.
- ✘ El paciente estará sin conciencia mientras dure la crisis y sólo se le puede perjudicar.



4. No es útil administrarle
medicamentos por la boca.

- ✘ Puede provocar un cuadro de asfixia.
- ✘ Los medicamentos anticonvulsivos no hacen efecto inmediatamente, por lo que no tienen efecto.

- ✘ No administrar fármacos por vía intramuscular, dado que la crisis ya ha terminado cuando inician su efecto y lo que se consigue es dejar al paciente más somnoliento después de terminar ésta.



5. Pasada la crisis no se necesita ningún sedante.

- ✘ Una vez que el epiléptico deja de convulsionar 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.



Foto 1. Charlas sobre la epilepsia en los niños



Foto 2. Entrega de trípticos a los cuidadores y padres de familia



Foto 3. Dr. Lara el Dpto. de neurología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda



Foto 4. Encuestas al personal Médico



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CICLO ACADÉMICO 2013
REGISTRÓ DE TUTORIA DE TESIS

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: MEDICINA

TEMA	AUTORES	TUTOR DE TESIS	CARRERA	FECHA DE REUNIONES	HORA	ASISTENTES	FIRMA	OBSERVACIONES I/O COMENTARIOS
"EPILEPSIA Y CALIUDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2-12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2013 MAYO 2014"	GARCIA LOOR KARLA MARTINEZ VELEZ ANDREA	DR JOSE LARA	MEDICINA	27 DE DICIEMBRE 2013	18:00	Director: DR JOSE LARA MORALES		MEJORAR LA JUSTIFICACIÓN Y EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA REVISIÓN Y CORRECCIÓN DE OBJETIVOS AMPLIAR EL MARCO TEÓRICO
						Miembros:		
						DR. WALTER MECIAS		
						DR. NELSON CAMPOS		
						LIC NARCISA VILLAMARIN		
Estudiantes:								
						KARLA GARCIA ANDREA MARTINEZ		
"EPILEPSIA Y CALIUDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2-12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2013 MAYO 2014"	GARCIA LOOR KARLA MARTINEZ VELEZ ANDREA	DR JOSE LARA	MEDICINA	17 DE ENERO 2014	18:00	Director: DR JOSE LARA MORALES		REVISION DEL MARCO TEORICO REVISION DE VARIABLES Y METODOLOGIA DEL PROYECTO
						Miembros:		
						DR WALTER MECIAS		
						DR NELSON CAMPOS		
						LIC NARCISA VILLAMARIN		
Estudiantes:								
						KARLA GARCÍA ANDREA MARTINEZ		
"EPILEPSIA Y CALIUDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2-12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2013 MAYO 2014"	GARCIA LOOR KARLA MARTINEZ VELEZ ANDREA	DR JOSE LARA	MEDICINA	13 DE FEBRERO 2014	18:00	Director: DR JOSE LARA MORALES		REVISIÓN DE CORRECCIONES ANTERIORES MEJORAR LA OPERACIONALIZACION DE VARIABLES
						Miembros:		
						DR WALTER MECIAS		
						DR NELSON CAMPOS		
						LIC NARCISA VILLAMARIN		
Estudiantes:								
						KARLA GARCÍA ANDREA MARTINEZ		

* El desarrollo de la investigación tendrá un mínimo de 6 y un máximo de 12 meses para su presentación y defensa ante el tribunal de revisión y evaluación (Art. #12 Reglamento General de Graduación de la U.T.M)



Director (a) de Carrera

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA: MEDICINA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CICLO ACADÉMICO 2013
REGISTRÓ DE TUTORÍA DE TESIS

TEMA	AUTORES	TUTOR DE TESIS	CARRERA	FECHA DE REUNIONES	HORA	ASISTENTES	FIRMA	OBSERVACIONES I/O COMENTARIOS
"EPILEPSIA Y CALIUDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2-12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2013 MAYO 2014"	GARCIA LOOR KARLA MARTINEZ VELEZ ANDREA	DR. JOSE LARA	MEDICINA	14 DE MARZO 2014	18:00	Director: DR JOSE LARA MORALES		ELABORACION DE CUESTIONARIO
						Miembros:		
						DR WALTER MECIAS		
						DR NELSON CAMPOS		
						LIC NARCISA VILLAMARIN		
Estudiantes:								
						KARLA GARCIA ANDREA MRTINEZ		
"EPILEPSIA Y CALIUDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2-12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2013 MAYO 2014"	GARCIA LOOR KARLA MARTINEZ VELEZ ANDREA	DR JOSE LARA	MEDICINA	25 DE ABRIL 2014	18:00	Director: DR JOSE LARA MORALES		REVISION DE TABULACION DE RESULTADOS
						Miembros:		
						DR.WALTER MECIAS		
						DR NELSON CAMPOS		
						LIC NARCISA VILLAMARIN		
Estudiantes:								
						KARLA GARCIA ANDREA MARTINEZ		
"EPILEPSIA Y CALIUDAD DE VIDA EN PACIENTES DE 2-12 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO. DICIEMBRE 2013 MAYO 2014"	GARCIA LOOR KARLA MARTINEZ VELEZ ANDREA	DR.JOSE LARA	MEDICINA	23 DE MAYO 2014	18:00	Director: DR JOSE LARA MORALES		REVISION DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PROPUESTA
						Miembros:		
						DR WALTER MECIAS		
						DR NELSON CAMPOS		
						LIC NARCISA VILLAMARIN		
Estudiantes:								
						KARLA GARCIA ANDREA MARTINEZ		

· El desarrollo de la investigación tendrá un mínimo de 6 y un máximo de 12 meses para su presentación y defensa ante el tribunal de revisión y evaluación (Art. #12 Reglamento General de Graduación de la U.T.M)

Director (a) de Carrera

