

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**Calidad de vida en pacientes de altura diagnosticados con
epilepsia, 2023**

Para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Bach. Dayda Flormira ALCARRAZ BULEJE

Bach. Erika Dayssi MENDEZ POMASONCCO

ASESORES:

Dr. Victor Alexander PALOMINO VARGAS

M.C. Ilianov FERNANDEZ CHILLCCE

AYACUCHO - PERÚ

2025

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios, por darnos vida, salud y fortaleza desde que iniciamos esta carrera.

Al hospital regional y a cada profesional que labora dentro de ella, quienes nos abrieron las puertas y con paciencia nos transmitieron sus conocimientos y consejos para mejorar nuestro aprendizaje al lado del paciente.

A nuestros asesores, quienes nos brindaron su tiempo y guiaron para que este proyecto se haga realidad.

A las personas que colaboraron con nosotras durante la recolección y procesamiento de datos.

Y en especial a cada paciente con epilepsia que acudió al Hospital Regional de Ayacucho, por darnos su tiempo, responder el cuestionario y compartir con nosotras sus vivencias y malestares, contribuyendo a que se realice esta investigación dentro de nuestra región. Esperamos que este trabajo sea el primer eslabón para el logro de mejorar su calidad de vida.

DEDICATORIA

A mis adorados padres Fortunato Alcarraz y Petronila Buleje por brindarme todas las oportunidades, comprensión y amor para lograr estudiar y culminar esta profesión.

A mis hermanas Britney y Yashira, quienes siempre estuvieron para compartir risas, y ver cómo van creciendo, a quienes les intentó mostrar los logros del valor de la responsabilidad y constancia.

A las personas que me brindaron mensajes, palabras de aliento y su tiempo, muchas veces fueron mi refugio, gracias por su compañía durante este viaje dentro de la medicina.

Dayda Alcarraz

A Dios por cuidarme, ser mi refugio, fortaleza y guía en la vida.

A mis queridos padres: Ana Maria y Saúl Diogenes, por brindarme su apoyo, confianza y alentarme a cumplir mis sueños. Este logro es fruto de su trabajo y amor, todo cuanto soy es gracias a ustedes.

A mis hermanos: Genri y Alvaro, gracias por hacer mis días más divertidos con sus ocurrencias.

A mi pequeña Lia, por su compañía en mis noches de estudio y amor incondicional. Siempre y por siempre vivirás en mi corazón.

Y para Emy, mi dulce Emy.

Erika Mendez

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida y las características clínicas y sociodemográficas en los pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023.

Materiales y métodos: Estudio tipo observacional, descriptivo, transversal, de diseño no experimental realizado en pacientes con epilepsia atendidos en el consultorio externo de neurología del Hospital Regional de Ayacucho (HRA), en 52 pacientes, en quienes se aplicó el cuestionario QOLIE-31 acompañado de preguntas de índole clínico y sociodemográficos de agosto a diciembre del 2023, para el procesar los datos obtenidos se utilizó el programa de Excel, tablas de frecuencia, gráfico de barras.

Resultados: se aplicó el cuestionario QOLIE-31 en 52 pacientes atendidos en el consultorio externo del Hospital Regional de Ayacucho, de los cuales las características sociodemográficas más sobresalientes fueron que el 61,5% son varones, el rango de edad más prevalente fueron los menores de 30 años con el 59,6%, dentro del ámbito laboral el 53,8% se encontraban desempleados, en cuanto a la situación civil el 75% eran solteros, el 50% de los pacientes lograron alcanzar educación secundaria, en cuanto a las características clínicas el 67,3% tenían más de 3 años de enfermedad, el 86,5% presentaba crisis epilépticas de tipo generalizado, el 48,1% presentaba menor igual a 1 crisis mensual y el 55,8% recibían tratamiento farmacológico con politerapia. Aplicando la escala QOLIE 31 se obtuvo que el gran porcentaje de pacientes (73%) presentaron una mala calidad de vida con un valor global de QOLIE 31 de 47,71 puntos. En cuanto a las dimensiones que componen la calidad de vida se evidenció que: en el **bienestar físico:** el dominio más afectado fue efectos de la medicación, siendo este el dominio con puntaje más bajo de todos con 1,71 puntos; **bienestar psicológico:** el dominio más afectado fue preocupación por las crisis con 2,12 puntos; y en el **bienestar social,** el único dominio que lo compone, función social, tuvo un puntaje de 13,10 siendo el factor con mayor puntaje de todos.

Conclusiones: se identificó que, dentro de las características clínicas y sociodemográficas, el mayor porcentaje de participantes fueron del sexo masculino, solteros, desempleados y de acuerdo al perfil clínico la mayoría tuvieron tiempo de enfermedad mayor a 3 años, recibiendo tratamiento con múltiples fármacos. En el presente estudio, los pacientes con epilepsia tienen una mala calidad de vida. La dimensión más afectada es el bienestar físico y el menos afectado el bienestar social. Los dominios más comprometidos de la CV son efectos de la medicación, seguido de preocupación por las crisis.

Palabras claves: epilepsia, QOLIE-31, calidad de vida.

ABSTRACT

Objective: To determine the quality of life and clinical and sociodemographic characteristics in high-altitude patients diagnosed with epilepsy, 2023.

Materials and methods: Observational, descriptive, cross-sectional, non-experimental design study carried out in patients with epilepsy attended at the neurology outpatient clinic of the Regional Hospital of Ayacucho (HRA), in 52 patients, to whom the QOLIE-31 questionnaire was applied along with clinical and sociodemographic questions from August to December 2023, using Excel software, frequency tables and bar graphs to process the data obtained.

Results: the QOLIE-31 questionnaire was applied to 52 patients seen in the outpatient clinic of the Regional Hospital of Ayacucho, of which the most outstanding sociodemographic characteristics were that 61.5% were male, the most prevalent age range was under 30 years of age with 59.6%, 53.8% were unemployed, 75% were single, 50% of the patients had secondary education, 67.3% had been ill for more than 3 years, 86.5% had generalized epileptic seizures, 48.1% had less than 1 seizure per month and 55.8% were receiving polytherapy drug treatment. In terms of clinical characteristics, 67.3% had more than 3 years of disease, 86.5% had generalized seizures, 48.1% had less than 1 seizure per month and 55.8% were receiving polytherapy pharmacological treatment. Applying the QOLIE 31 scale, a large percentage of patients (73%) had a poor quality of life with an overall QOLIE 31 value of 47.71 points. Regarding the dimensions that make up the quality of life, it was found that: **in physical well-being:** the most affected domain was the effects of medication, this being the domain with the lowest score of all with 1.71 points; **psychological well-being:** the most affected domain was concern about crises with 2.12 points; **and in social well-being,** the only domain that composes it, social function, had a score of 13.10, being the factor with the highest score of all.

Conclusions: it was identified that, within the clinical and sociodemographic characteristics, the highest percentage of participants were male, single, unemployed and, according to the clinical profile, most of them had been ill for more than 3 years, receiving treatment with multiple drugs. In the present study, patients with epilepsy have a poor quality of life. The most affected dimension is physical well-being and the least affected is social well-being. The most compromised domains of QoL are medication effects, followed by worry about seizures.

Key words: epilepsy, QOLIE-31, quality of life.

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una afección neurológica crónica no transmisible, que se define como dos o más convulsiones no provocadas, causadas por descargas eléctricas excesivas de un grupo neuronal alterado. Además de las crisis epilépticas recurrentes que afectan el día a día de los pacientes, esta enfermedad está asociada a estigmatización por el entorno y un gran impacto en la salud mental, afectando la calidad de vida (CV) de aquellas personas que la padecen.

La CV se puntualiza como la apreciación que tiene la persona a nivel sociocultural y valores de su entorno, en relación con sus aspiraciones, estándares e inquietudes. La atención de la ciencia por estudiar los factores que atañen la CV de las personas con epilepsia ha tardado más en comparación a otras enfermedades crónicas, esto debido a que el enfoque clínico tradicional ha creído fehacientemente que el éxito del tratamiento solo depende del control de las crisis. En el siglo XX, empezaron a publicarse estudios sobre este tema y en base a esos nuevos conocimientos en 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) y Oficina internacional para la epilepsia (IBE) impulsan un movimiento global denominado "Sacando la epilepsia de las sombras" que tuvo como objetivo concientizar e instruir a la población sobre los diversos problemas que afectan a los epilépticos, impulsar el perfeccionamiento del tratamiento y mejorar aspectos psicológicos, sociales y de esta manera fomentar una CV adecuada.

Por consiguiente, que en la actualidad existen diversos cuestionarios que buscan reflejar la CV de los pacientes con epilepsia para lograr un tratamiento multidisciplinario, englobando las diversas necesidades de los pacientes. En Ayacucho, a pesar de ser una región con prevalencia de epilepsia, no existen reportes que nos orienten sobre cuál es la CV de estos pacientes, por esta razón el presente estudio busca determinar cuál es la calidad de vida de los pacientes con epilepsia y sus las principales características clínicas y sociodemográficas, con la finalidad de brindar recomendaciones para un manejo más integral, además marcar el primer eslabón para futuros estudios sobre CV. El trabajo que se presenta a continuación, es un estudio descriptivo titulado "Calidad de vida en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023". El cual contiene cinco capítulos:

Capítulo I: *problema de investigación*, donde se aborda la descripción general de la epilepsia y CV, se define el problema que buscamos indagar, las metas que pretendemos alcanzar y la justificación de la importancia de abordar este tema del campo de la neurología.

Capítulo II: *Marco teórico*, conformada por el marco referencial donde daremos los antecedentes de estudio sobre CV en pacientes con epilepsia para orientar y dar base a los objetivos; el marco teórico conformado por las diferentes definiciones y clasificaciones de epilepsia y CV, por último, el marco conceptual donde se resumen los principales términos que usamos para evitar un sesgo de significados.

Capítulo III: *Hipótesis y variables*, donde se plantea una respuesta esperada a la pregunta de investigación, se da a conocer las principales características de la epilepsia y calidad de vida.

Capítulo IV: *Metodología de estudio*, nuestro estudio tiene un enfoque cuantitativo, diseño observacional descriptivo, de cohorte transversal, el estudio no tiene muestreo porque es en población censal, en donde se usa la técnica de recolección encuesta conformada por la ficha de identificación y el cuestionario QOLIE-31, la información fue recopilada en Excel como base de datos y analizada por la misma.

Capítulo V: *Resultados y discusión*, donde plasmamos con tablas y gráficos los diferentes resultados que dan respuesta a nuestros objetivos y comparamos con diferentes estudios internacionales y nacionales.

Capítulo VI: *Conclusiones y Recomendaciones*, se muestra las respuestas a nuestro planteamiento del problema, también se deja algunos alcances a mejorar en el ámbito.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN.....	vi
CAPÍTULO I.....	11
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:.....	14
1.3 OBJETIVOS:.....	14
1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:	14
CAPÍTULO II.....	16
MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:	16
2.2. BASES TEÓRICAS - ESTADÍSTICAS:.....	20
EPILEPSIA:	20
a) Definición:	20
b) Etiología:	21
c) Fisiopatología:.....	21
d) Clasificación:.....	22
e) Tratamiento:.....	27
f) Mortalidad:	30
g) Pronóstico:	30
CALIDAD DE VIDA:.....	31
CALIDAD DE VIDA EN EPILEPSIA:.....	33
EPILEPSIA EN CIUDAD DE ALTURA:.....	35

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES:	36
CAPÍTULO III.....	37
HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	37
3.1 HIPÓTESIS:.....	37
3.2. VARIABLES:.....	37
CAPÍTULO IV.....	38
METODOLOGÍA DE ESTUDIO.....	38
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:.....	38
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	38
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	39
4.4 PROCEDIMIENTO:.....	41
4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	41
CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
CAPÍTULO V.....	43
RESULTADOS Y DISCUSIÓN:.....	43
5.1 RESULTADOS:.....	43
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS:.....	49
CAPITULO VI.....	57
CONCLUSIONES	57
RECOMEDACIONES	59
REFERENCIAS:	60
ANEXOS.....	65
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	66
OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Clasificación de la epilepsia. (Fuente: ILAE 2017)	23
Gráfico 2: Distribución de la calidad de vida, en pacientes con epilepsia del HRA, agosto a diciembre 2023.	46
Gráfico 3: Puntaje de Calidad de vida global y sus dimensiones según QOLIE- 31, en pacientes con epilepsia del HRA, agosto a diciembre 2023.	47
Gráfico 4: Puntaje de Calidad de vida global y sus dominios según QOLIE- 31, en pacientes con epilepsia del HRA, agosto a diciembre 2023	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de la epilepsia según el tipo de convulsión epiléptica según la ILAE. (Fuente: Uptodate)	24
Tabla 2: características clínico sociodemográficas evaluadas en pacientes con epilepsia del HRA, agosto a diciembre 2023.	43

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La epilepsia, de acuerdo a la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), es un padecimiento neurológico de carácter crónico, no transmisible, causada por una alteración de las redes neuronales cerebrales.(1) OMS y OPS reportaron que esta patología afecta aproximadamente a 50 millones de individuos en el mundo (8,6% de la población global), representando el 0,5% de la carga internacional de enfermedad, de estos 5 millones son latinoamericanos y caribeños. Se calcula que la proporción de pacientes con epilepsia activa (aquellos pacientes que han tenido por lo menos 1 crisis en los últimos 5 años o tiene necesidad de continuar medicación) es de 4 a 10 personas por cada 1000 habitantes.(2,3)

En los países subdesarrollados, por cada 100 mil habitantes la incidencia anual es de 139, mientras que, en países de ingresos económicos altos, la incidencia es de 49 por cada 100 mil habitantes. La diferencia surge probablemente porque en los países subdesarrollados existe mayor probabilidad de contraer enfermedades como paludismo, neurocisticercosis, toxoplasma y mayor incidencia de traumatismos encéfalo craneanos (TEC) debido a accidentes, además de tener menor disponibilidad de prevención, acceso y equipamiento en salud. (2)

En el Perú, la prevalencia estimada de epilepsia según el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas oscila entre 11,9 y 32,1 por 1000 habitantes, afectando aproximadamente a medio millón de personas para el año 2014.(4) En Ayacucho, un estudio realizado en la comunidad San José de Secce, reportó una predominancia de epilepsia de 25 cada mil habitantes, siendo mayor en mujeres. (5)

A nivel mundial, la epilepsia afecta con ligera preponderancia a varones y adultos mayores, debido a la mayor frecuencia de TEC, stroke, patologías neurodegenerativas y tumores. Siendo la crisis epiléptica (CE) de tipo focal la más frecuente en todos los grupos etarios. (6)

El riesgo de mortalidad aumenta en 2 a 4 veces más que en personas sin epilepsia, esto relacionado con la misma enfermedad y la ocurrencia de CE que generen un daño extra, como el status epiléptico, ahogamientos, quemaduras, traumatismos por caídas y un aumento de casos de suicidio por problemas mentales.(7)

El pronóstico de esta enfermedad se establece de acuerdo al logro o no del control de las CE, ya sea de manera espontánea o farmacológica. Se describe que hasta un 20 a 30% de pacientes logrará la ausencia de las CE con fármacos antiepilépticos (FAE) e incluso la remisión completa luego de un periodo de tratamiento continuo, mientras que el 30 a 40% no logrará el control incluso con politerapia.(8)

Por tanto, los pacientes con epilepsia acuden a los centros de asistencia sanitaria con el objetivo de lograr un control de su padecimiento generando un costo total de la epilepsia a nivel mundial para el 2022 de 119,27 mil millones de dólares, lo que por persona en promedio va desde 204 dólares en países subdesarrollados a 11,452 dólares en países desarrollados. En Perú, para el 2010, el costo de la epilepsia por persona de manera anual fue en promedio 154,61 dólares. (9,10)

En relación de la epilepsia y la altura, en Alemania, se reportó que la exposición a presiones atmosféricas menores de 980 hPa (hectopascal) y una humedad mayor del 80% aumentan el riesgo de aparición de una CE en 29% y 48% respectivamente y la presión atmosférica superior a 995 hPa y temperaturas mayores a 20 °C reducen el riesgo de presentar una crisis en 26% y 46% respectivamente.(11)

La muerte neuronal en la corteza cerebral y el hipocampo producto de la necrosis, reducción del flujo sanguíneo, alteraciones iónicas y la fatiga de neurotransmisores afectan la salud en diferentes ámbitos como: (12) En la salud física la epilepsia llega a afectar las actividades diarias ya sea por la gravedad, periodicidad de las crisis, consecuencias adversas de la medicación, así como la afeción de la memoria y aprendizaje. En la salud psicológica, la autoestima y satisfacción emocional suelen ser las esferas más afectadas. Además, el estigma y discriminación que el paciente percibe de su entorno acerca de su enfermedad y la alteración de las relaciones familiares y amicales conlleva a la afeción de la salud social. La afeción en estas dimensiones genera un enorme impacto en la calidad de vida de los pacientes. Según la OMS, la calidad de vida (CV) se define como la percepción del individuo sobre su posición en la

vida dentro de su ambiente cultural y valores de su entorno, en relación a sus aspiraciones e inquietudes.(13,14)

Los estudios sobre CV en pacientes con epilepsia muestran variabilidad de indicadores según el lugar de estudio. Una revisión sistemática realizada con estudios publicados en Estados Unidos, Turquía y Argentina, reportaron que la CV se halla principalmente unida a aspectos mentales como la ansiedad, personalidad y depresión; en menor cantidad a factores demográficos y características de la enfermedad. (15)

En Malasia encontraron que la preocupación por las crisis tuvo gran influencia en la CV, mientras que el efecto de la medicación tuvo una menor contribución. Sin embargo, en Nigeria, un estudio informó que los efectos secundarios farmacológicos, la periodicidad de las CE y la depresión fueron las variables que estaban relacionados con puntajes más bajos de CV. En Líbano, encontraron que factores como los efectos secundarios a medicamentos, la politerapia, ser mayor de edad, comorbilidades psiquiátricas y estigmatización se relacionaban con una mala CV. Concluyen que un tratamiento basado en mejorar estos factores aumenta la CV y disminuye el estigma social.(16–18)

En Latinoamérica, Colombia reporta que los pacientes con politerapia, con limitaciones producto de las secuelas, mayor duración de la enfermedad y mayor cantidad crisis, tienen una peor CV. Por el contrario, en Venezuela se reportó que los pacientes con diagnóstico epilepsia presentaron una buena CV, observándose estos resultados tanto en varones y mujeres. Estos resultados lo relacionan con un buen manejo farmacológico y una adecuada adherencia al tratamiento.(19,20)

En Lima, los pacientes con epilepsia presentaron una mala CV, esto estuvo relacionado principalmente a las consecuencias secundarias de los FAE, seguido de la politerapia con alteración en las funciones cognitivas y solo un 40% se relaciona con el incremento de la periodicidad de crisis.(21) Mientras, en Chimbote se reportó que la CV de estos pacientes era mala. Se encontró que el área más afectada fue el bienestar físico, seguido del psicológico, donde la preocupación por las crisis ocupó el primer lugar.(22)

Con todo lo señalado anteriormente nos planteamos la siguiente interrogante de investigación:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Problema general:

- ¿Cómo es la calidad de vida en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023?

Problemas específicos:

- ¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023?
- ¿Cuál es la puntuación de la calidad de vida según sus componentes por dimensiones: físico, psicológico y social en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023?
- ¿Cuál es la puntuación de cada dominio y su impacto en el puntaje global de calidad de vida en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023?

1.3 OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Determinar la calidad de vida en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023.

Objetivos específicos:

- Identificar las características clínicas y sociodemográficas en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023.
- Estimar la puntuación de la calidad de vida según componentes por dimensiones: físico, psicológico y social en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023.
- Estimar la puntuación de cada dominio y su impacto en el puntaje global de calidad de vida en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:

Económica: la epilepsia genera a la familia y al individuo que la padece grandes gastos anuales, ya que es una enfermedad que necesita medicación y cuidados diarios.

Aunque el estado peruano brinda ayuda solventado gratuitamente los fármacos y la atención de salud mediante el Seguro Integral de Salud, esta enfermedad impide el desempeño laboral normal y adecuado del paciente, causando ausentismo y desempleo, generando una disminución del ingreso familiar mensual, afectando su CV. Conocer la CV de nuestros pacientes sentaría las bases para iniciar proyectos públicos y privados que ayuden a fomentar la inserción a un trabajo seguro, con carga laboral disminuida y flexibilidad de horarios.

Psicosocial: Esta enfermedad es causante de elevados índices de dificultad psicosocial para el individuo y su familia, como estrés, discriminación, baja autoestima, estigmatización de la enfermedad, llevando a una elevada restricción en las actividades propias de su persona y sociales. Por ello, conocer la calidad de vida en esta población, serviría para que el médico general y especialista identifiquen las áreas personales y del entorno que también necesitan ser abordados, logrando un manejo integral y multidisciplinario de la enfermedad y el enfermo, promoviendo redes de apoyo e información que ayuden a mejorar sus condiciones de salud y desarrollar estrategias en salud mental que ayuden a los pacientes y a su entorno.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

A nivel Internacional:

Honari B, et al. (Irán 2021), llevaron a cabo un estudio con el **objetivo**: investigar la CV de las personas con epilepsia en Irán. **Materiales y métodos**: Se trata de un estudio transversal en 100 individuos entre 18 a 74 años, con un método de muestreo aleatorio. El instrumento usado fue la versión persa de la encuesta QOLIE-31. **Resultados**: el 58% de los encuestados era mujer, el 57% casados, el 66% con educación secundaria, 58% desempleados, 60% tenían epilepsia tónico clónica y la media de la edad fue 34 años. El puntaje promedio de CV fue de 50 puntos. La frecuencia de crisis tuvo una negativa correlación con la cognición y el bienestar emocional. La duración de la epilepsia se relaciona de manera positiva con la puntuación general del QOLIE-31 y negativamente con la subescala fatiga y energía.(23)

Siddig A, et al. (Sudán 2021), publicaron un estudio con el **objetivo** de investigar la CV en pacientes sudaneses con epilepsia. **Materiales y métodos**: Estudio transversal, descriptivo, realizado en 360 individuos con más de 18 años con epilepsia mayor a 3 meses, quienes respondieron el cuestionario QOLIE-31. **Resultados**: del total de encuestados 190 fueron varones, 45% solteros, 48% casados y el 78,4% reportó crisis generalizados. El 50% recibía politerapia y 50% monoterapia. El 30% presentó algún efecto secundario de su fármaco antiepiléptico (FAE). El 20% se encontraba sin trabajo o se quedó desempleado debido a la enfermedad. El 50% se siente estigmatizado debido a la epilepsia. El puntaje medio de CV fue de 43,97 + 4,78, la subescala con mayor puntaje fue efectos de la medicación y la más baja fue la subescala de funcionamiento de la CV general. (24)

Bujan A. et al. (Croacia 2021). Llevaron a cabo un estudio con el **objetivo** de determinar la asociación entre epilepsia, fármacos antiepilépticos, CV y su relación con la disfunción sexual y depresión. **Materiales y métodos**: Estudio prospectivo y transversal. Realizado en 108 pacientes de un hospital especializado en epilepsia de

Zagreb, mediante la encuesta QOLIE-31, la escala de Hamilton que evalúa la depresión y el cuestionario ASEX, la disfunción sexual. **Resultados:** La media de la edad fue 39,54 años, el 63% eran mujeres, el 74% fueron tratados con politerapia y la mayoría (40,7%) presentaba crisis epilépticas focales y generalizadas. El puntaje QOLIE-31 promedio fue de 62,88; la CV fue mejor en mujeres que en varones, el grupo etario de 35 a 55 años presentó menor CV en comparación a otros grupos, los pacientes tratados con FAE nuevos combinados con antiguos presentaron menor calidad de vida que los tratados con solo nuevos FAE. Además, se halló una significancia positiva entre la depresión y CV baja.(25)

Raghad M, et al. (Reino de Arabia Saudita 2020), realizaron un estudio en la región de Qassim, que tuvo como **objetivo:** indagar la influencia de la epilepsia en la CV y determinar su asociación con las características clínicas y sociodemográficas. **Materiales y métodos:** estudio multicéntrico, transversal, hecho en 216 personas epilépticas atendidas en diferentes hospitales en Qassim. Utilizó la versión árabe del cuestionario QOLIE-31. **Resultados:** el puntaje QOLIE-31 promedio fue de $64,23 \pm 17,8$ (CV media). La preocupación por las convulsiones se relaciona con puntajes más bajos de CV (puntuación media: 53,53), mientras que la función social obtuvo el puntaje más alto (puntuación media:73,08). La CV no tuvo relación con el género, la edad, el estado civil, ni los años de enfermedad. Mientras que los desempleados, los pacientes con politerapia y aquellos con crisis generalizadas tuvieron puntajes más bajos de CV.(26)

Ogundare T, et al. (Nigeria 2020), publicaron un estudio con el **objetivo** de identificar los factores predictores de una baja CV en pacientes con epilepsia y meditar sobre las barreras para incorporar a la práctica clínica un instrumento de CV estructurado. **Materiales y métodos:** investigación transversal, en 270 individuos epilépticos que acudían al Hospital Neurológico de Abeokuta. Se utilizó la encuesta QOLIE-31. **Resultados:** el 53,3% fueron varones, la edad promedio fue 32 años, con una edad media de aparición de crisis de 18,57 años de edad, el 64,4% tuvo crisis tónico clónico generalizado y la mayoría de pacientes usaban monoterapia. El puntaje QOLIE-31 fue 77,98, el dominio más afectado fue la CV general, seguido por la preocupación por las CE y el menos afectado fue el efecto de la medicación. Los factores que se relacionaron con puntajes bajos de CV fueron el trastorno depresivo mayor y la frecuencia de las CE. Las edades entre 15 a 24, ser soltero, ser estudiante, haber iniciado tempranamente

con este padecimiento y la periodicidad de las CE se asociaron con puntajes más bajos de CV. (17)

Dorrego P. (Argentina 2018), publicó un estudio con el **objetivo** de analizar la CV pacientes con epilepsia. **Materiales y métodos:** estudio transversal, observacional y descriptivo, en 30 individuos con epilepsia mayores de 18 años. Utilizaron el inventario QOLIE-31. **Resultados:** 17 varones (56,6%) y 13 mujeres (43,3%) padecían de epilepsia. El rango de edad predominante fue de 40 ± 17 años, 22 (73,3%) pacientes de la población tuvieron episodios epilépticos mayor a 5 años antes de su diagnóstico, el 13 (43,3%) tuvieron mala CV. Los pacientes que toman varias FAE obtuvieron baja CV.(27)

Palacios E, Vicuña M, Pulido A, Vergara J, (Colombia 2015). publicaron un estudio con el **objetivo** de descubrir cuáles son las variables que afectan la CV en pacientes con epilepsia. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, transversal y observacional en 158 pacientes donde se aplicó un cuestionario compuesto por ficha de identificación y la encuesta QOLIE-10. **Resultados:** las características sociodemográficas fueron 89 mujeres y 69 varones con un promedio 45,3 años de edad, 34,4% laboran de manera activa, 44,2% eran solteros y el 70,5% lograron terminar la secundaria, respecto a la calidad de vida el 43,3% presentaron mala CV.(19)

Milovanovic M, Martinovic Z, Toskovic O. (Serbia 2014) publicaron un estudio que tuvo como **objetivo:** Encontrar el valor predictivo de factores sociodemográficos, clínicos, síntomas de salud mental y efecto secundario cognitivo de los fármacos antiepilépticos. **Materiales y métodos:** se hizo un análisis de regresión múltiple en 203 individuos con edad mayor de 18 y menor de 65 años, en donde se aplicó una ficha sociodemográfica, revisión de historias clínicas, QOLIE-31, cuestionario de depresión y ansiedad de Beck. **Resultados:** Se halló que la edad promedio fue de 37,9 años teniendo un tiempo de enfermedad promedio de 18,6 años, el 77,4% tenían primaria completa, el 100% recibe tratamiento para la epilepsia y el 55,6% recibe politerapia. La puntuación media del QOLIE-31 fue 70,64 siendo una calidad de vida regular, el 33% tenía síntomas de depresión y el 36% tenía síntomas de ansiedad.(28)

A nivel Nacional:

Acevedo Orellano CA. Pinchi Ramirez W. (Chimbote 2019) publicaron una investigación con el **objetivo** de demostrar la relación entre la CV y severidad de la epilepsia, al mismo tiempo hallar el nivel de CV y sus 3 dimensiones. **Materiales y Métodos:** trabajo de tipo observacional, transversal, descriptivo y correlacional en 35 personas con epilepsia, se utilizó fichas de selección e identificación del paciente y el cuestionario QOLIE-31. **Resultados:** el puntaje general promedio según la escala QOLIE-31 fue de 55,2 indicando una mala CV, contribuyeron con el menor puntaje los efectos de los FAE con un valor de 2,6, de los participantes el 71,4% tenían mala CV, el puntaje de bienestar físico fue de 6,17 la dimensión social 11,88 y la dimensión psicológica con 35. Dentro de las características sociodemográficas observó que el 60% corresponden al género femenino, según el tiempo de enfermedad, el 71,5% padecían más de 10 años de enfermedad, el 77,1% presentaba epilepsia de tipo generalizada, el 77% presentaba menor a igual a 1 crisis mensual, el 74,3% recibe medicación con politerapia, en todas estas variables se obtuvo un puntaje QOLIE.31 menor a 60.(22)

Cuenca Alfaro J, et all. (Lima 2017) realizaron una investigación con el **objetivo:** identificar los rasgos neuropsicológicos en individuos con epilepsia del INCN. **Materiales y métodos:** trabajo no experimental, descriptivo, realizado en 216 personas con un muestreo de tipo no probabilístico e intencional. Se emplea una ficha de registro y una ficha de evaluación neuropsicológica El Neuropsi. **Resultados:** se encontró una mayor frecuencia en varones 56,5% y mujeres 43,5%, según el tratamiento farmacológico 63,9% recibieron monoterapia y el 36,1% tiene un tratamiento con múltiples fármacos, existiendo en este rubro mayor afección dentro del perfil neuropsicológico del mismo modo con el tiempo de enfermedad.(29)

Delgado Rios JC. (Lima 2015) realizó un trabajo con el **objetivo** de determinar la CV de los individuos con epilepsia atendidos en el Instituto Nacional de Neurociencias **Materiales y Métodos:** investigación no experimental, observacional, descriptiva, transversal y retrospectiva. Se encuestó a 120 individuos con epilepsia que se atendieron de manera ambulatoria usando el cuestionario QOLIE-31. **Resultados:** 56,7% fueron varones, el rango de edad con mayores casos fueron los menores de 30 años con 63,3%, el 78,3% eran dependientes económicamente, el 40,8% presentaron educación superior completa e incompleta, el 63,3% presentaban un tiempo de

enfermedad de 1 a 10 años, el tipo de epilepsia parcial sintomática fue la más predominante y el 62% recién tratamiento con monoterapia de primera línea. La CV global obtuvo 50,08 puntos, indicando una mala CV. Respecto a la dimensión de bienestar físico ha contribuido con 8,9 puntos a la CV, siendo la subescala de efectos de la farmacoterapia la más afectada con el menor puntaje. La dimensión de bienestar psicológico obtuvo una puntuación de 29,8 de las cuatro subescalas, donde la que menos contribuyó fue la preocupación por la crisis, dentro de la dimensión social se obtuvo un puntaje de 11,4, esta dimensión solo cuenta con una subescala.(30)

Perez Galdos P, (Lima 2010) llevaron a cabo un trabajo con el **objetivo** de identificar los rasgos clínicos, sociodemográficos, factores pronósticos y el puntaje de la CV de las personas con epilepsia refractaria. **Materiales y Métodos:** trabajo descriptivo, transversal y analítico, en 35 individuos y se usó el cuestionario QOLIE-31. **Resultados:** Las características sociodemográficas más frecuentes fueron las siguientes; en el género una prevalencia de los varones con más del 68%, más del 51% estuvieron casados y el 48,6% tienen una profesión, el 74,3% presentaron crisis epilépticas generalizadas, el promedio del puntaje QOLIE – 31 fue 58,6, que se valora como una mala CV.(21)

2.2. BASES TEÓRICAS - ESTADÍSTICAS:

EPILEPSIA:

a) Definición:

La epilepsia es un trastorno cerebral neurológico que se caracteriza por una propensión permanente de generar crisis epilépticas y su efecto concomitante en los procesos neurobiológicos, la cognición, en aspectos sociales y psicológicos de la persona que lo padece.(1)

La definición clínica de la epilepsia se basa en la presencia de cualquiera de los siguientes:(1)

- Dos o más crisis epilépticas reflejas o no provocadas, separadas por al menos 24 horas.
- Una crisis epiléptica refleja o no provocada con riesgo de al menos 60% de un segundo episodio en los siguientes 10 años.
- Síndrome epiléptico diagnosticado por un especialista.

b) Etiología:

Desde el 2017 se reconoce 6 etiologías de la epilepsia:(31,32)

- **Estructural:** Pueden ser congénitas o adquiridas. Consiste en la presencia de alteraciones estructurales que significan un riesgo elevado de causar crisis epilépticas, asociados a hallazgos de neuroimagen, electroencefalograma (EEG) y síntomas de epilepsia. Dentro de este tipo se encuentra la esclerosis tuberosa, displasia cortical, traumatismos y accidentes cerebrovasculares.
- **Genético:** Donde la causa de las crisis se debe a alteraciones genéticas supuestas o conocidas, en las que las CE son el principal síntoma. Pueden sospecharse basado en antecedentes familiares, su presencia en ciertas poblaciones o mediante estudios moleculares para hallar la mutación específica, aunque generalmente el gen mutado rara vez se llega a determinar.
- **Metabólico:** Existe una alteración metabólica conocida o supuesta que significa un mayor riesgo para provocar convulsiones a repetición y manifestaciones generalizadas en todo el organismo. Muchos de estos tendrán una alteración genética de fondo, pero algunas, como la deficiencia de folato cerebral, pueden ser adquiridas.
- **Infecciones:** Es una de las etiologías más frecuentes en el mundo, ocurren como efecto de una infección crónica o postinfecciosa aguda que predispone al paciente a tener crisis recurrentes. Como ejemplos tenemos a la neurocisticercosis, toxoplasmosis cerebral, tuberculosis cerebral, malaria cerebral, etc.
- **Inmunitaria:** Aquellas que ocurren como resultado de enfermedades inmunes que generan inflamación a nivel central, en las cuales el síntoma principal son las crisis epilépticas.
- **Desconocida:** Esta categoría fue creada para aquellas epilepsias que no tienen etiología conocida y presentan estudios de neuroimagen normal.

c) Fisiopatología:

Fisiología del impulso eléctrico neuronal:

Existen dos maneras de producir señales eléctricas en las células nerviosas: el potencial de acción que se difunde de forma centrífuga y la transmisión sináptica, que permite la comunicación entre diferentes neuronas por medio de estímulos químicos que

posteriormente serán la génesis de los impulsos eléctricos. La penetración de la membrana neuronal por iones da lugar a cambios acelerados que modifican la diferencia de potencial entre el espacio externo e interno de la neurona.(33)

En el momento que la neurona se encuentra en reposo los iones sodio se concentran en el área extracelular y los iones potasio en el intracelular. El flujo hacia el interior de parte del sodio y calcio provocan la despolarización mientras que la salida de estos mismos iones producirá la hiperpolarización de la célula neuronal, esta entrada y salida de iones da lugar a un potencial de acción que posteriormente se propaga. El ingreso de calcio va liberar los neurotransmisores que después se acoplan a los receptores postsinápticos dando lugar a potenciales de excitación (por neurotransmisores como el glutamato y aspartato) o potenciales de inhibición (por neurotransmisores como el ácido gamma-aminobutírico) que serán registrados con posterioridad en el EEG. (33)

La epilepsia afecta las distintas áreas cerebrales y sus comunicaciones con estructuras diencefálicas y del tronco cerebral, puesto que se encuentran asociadas mediante fibras.(33)

Epileptogénesis:

Es la excitación exagerada de un conjunto neuronal del córtex cerebral que logra alcanzar circunstancias que pueden generar crisis epilépticas espontáneas. Se produce mediante la convergencia de dos circunstancias: la génesis de descargas repetitivas irregulares con características excitatorias o inhibitorias y la distribución de estos impulsos a las células neuronales cercanas y remotas.(33)

Los cambios en los electrolitos como el aumento de potasio extracelular, disminución de calcio, magnesio, glucosa, hipoxia, aumenta las descargas neuronales generando crisis epilépticas; algunos fármacos como los antidepresivos tricíclicos y toxinas alteran la armonía entre las propiedades inhibitorias y excitatorias, pueden generar crisis epilépticas. Los factores genéticos que influyen en la epilepsia esta dado por las alteraciones en los genes que codifican las estructuras de los canales de iones o en receptores de membrana postsinápticas.(33)

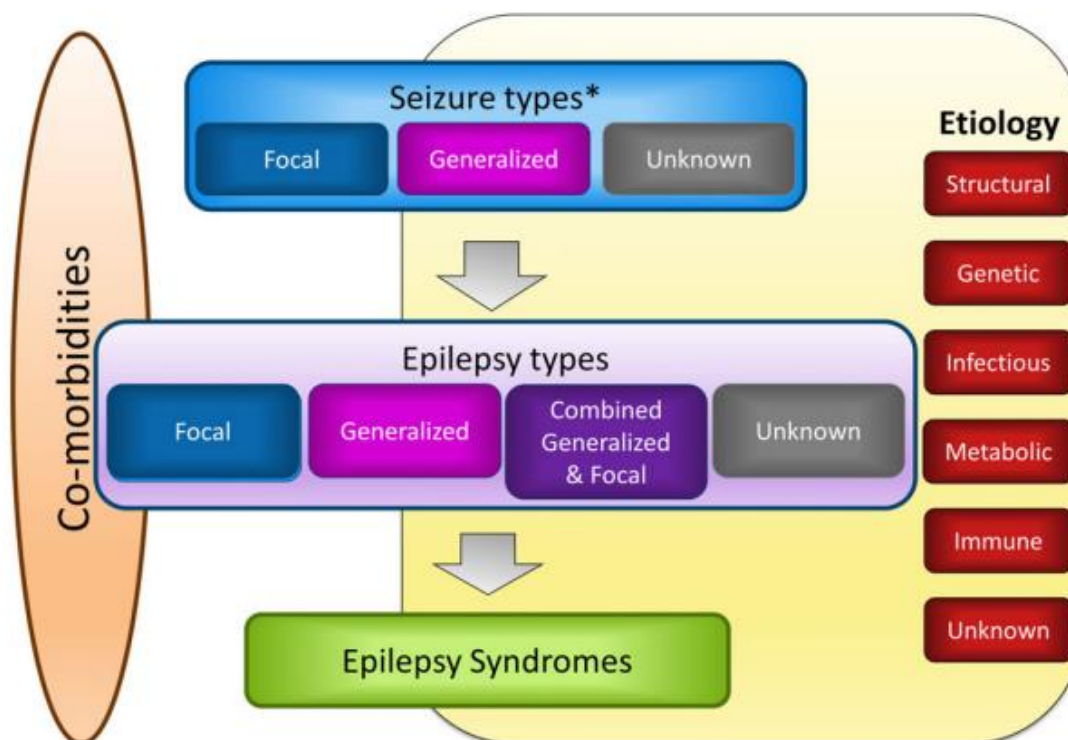
d) Clasificación:

La clasificación de la epilepsia ha variado a lo largo del tiempo por los avances de la ciencia y tecnología en las investigaciones, el conocimiento actual sobre la variabilidad

la enfermedad y la urgencia de tener una clasificación de la enfermedad más exacta y adaptable a todos los entornos del mundo, ya que su utilidad no solo radica en encasillar a la enfermedad en uno u otro tipo, sino que también permite al médico entender los posibles desencadenantes de la crisis, el riesgo de presentar nuevos tipos de convulsiones, determinar el pronóstico, el riesgo existente de comorbilidades, muerte súbita inesperada en la epilepsia (SUDEP), discapacidad intelectual y alteraciones psiquiátricas, además de la elección de una terapia más idónea e individualizada para cada paciente.(32,34)

La clasificación más reciente de las epilepsias hecha por la ILAE fue en el 2017 y es considerada multinivel, debido a su fácil adecuación a los diferentes entornos clínicos del mundo, fundamentado en que existen diferentes entornos socioeconómicos y por ende, recursos diagnósticos variados. La ILAE recomienda que en lo posible siempre se realice los 3 niveles de clasificación y se determine la etiología de las crisis (gráfico 1).(32,34)

Gráfico 1: Clasificación de la epilepsia. (Fuente: ILAE 2017)



Nivel 1: Tipo de convulsión epiléptica: su determinación se realiza únicamente si el médico ha descartado todos los diagnósticos diferenciales de las convulsiones y está seguro de que se trata de una CE. El tipo de crisis se basa en su forma de inicio y puede ser (Tabla 1):(31)

Tabla 1: Clasificación de la epilepsia según el tipo de convulsión epiléptica según la ILAE. (Fuente: Uptodate)

Convulsiones de inicio generalizado	
Motor	No motor (ausencia)
Tónico-clónico Clónico Tónico Mioclónico Mioclónico-tónico-clónico Mioclónico-atónico Atónico Espasmos epilépticos	Típico Atípico Mioclónico Mioclonia de los párpados
Convulsiones de inicio focal	
Inicio del motor	Inicio no motor
Consciente Conciencia deteriorada Conciencia desconocida	Consciente Conciencia deteriorada Conciencia desconocida
Automatismos Atonic* Clónico Espasmos epilépticos* Hipercinético Mioclónico Tónico	Autonómico Detención de comportamiento Cognitivo Emocional Sensorial
Focal a bilateral tónico-clónico	Focal a bilateral tónico-clónico
Convulsiones de inicio desconocido	
Motor	No motor
Tónico-clónico Espasmos epilépticos	Detención de comportamiento
Convulsiones no clasificadas[†]	

- *Crisis de inicio focal:* se subdividen en motoras y no motoras. Además, de acuerdo al nivel de conciencia durante la crisis pueden ser conscientes, inconscientes o de conciencia desconocida. También se puede describir agregando características que se presentan durante el episodio como automatismos (agresión, parpadeo, oral facial, pedaleo, empuje pélvico, sexual, desnudarse, palabreo, marcha, vocalización, etc.) síntomas cognitivos (Disfasia, afasia, acalculia, disociaciones, alucinaciones, déjà vu o jamais vu, etc.), emocionales afectivos (Ira, paranoia, placer, agitación, risa, miedo, llanto, etc.), motores (parálisis, paresia, incoordinación, distonía, disartria, parálisis Jacksoniana), autonómicos (bradicardia, enrojecimiento, erección, palidez, palpitaciones, taquicardia, etc.), sensoriales (auditivos, olfativos, visuales, gustativas, sensaciones calientes o frías, etc.) y lateralidad (derecha, izquierda o bilateral).
- *Crisis de inicio generalizado:* Se subdividen en motoras y no motoras. Tanto las crisis focales y generalizadas se pueden describir agregando características clínicas de los síntomas que se presentan durante la crisis.
- *Crisis de inicio desconocido.*

Para determinar mejor el tipo de crisis epiléptica que presenta el paciente es necesario la presencia de un informante que haya sido testigo de la crisis.

Nivel 2: Tipo de epilepsia: para realizar esta clasificación se necesita del uso de estudios complementarios como el EEG y/o tomografía y/o resonancia magnética. Encontramos 4 tipos:(32,34)

- *Epilepsia generalizada:* consideradas así cuando los focos epileptógenos se encuentran distribuidos en ambos hemisferios, no necesariamente simétricos, pueden ser corticales, subcorticales o una combinación de estas. El EEG en estos pacientes presentan una onda de punta generalizada o actividad paroxística rápida y generalizada. Clínicamente los pacientes presentan crisis

epilépticas variadas entre ausencias, tónicas, clónicas, tónico clónicas y mioclónicas. El diagnóstico se realiza con la clínica y el EEG típico.

- *Epilepsia focal:* Se consideran a aquellas crisis que tienen focos epileptógenos limitados a un hemisferio cerebral. Su diagnóstico se basa en la clínica, caracterizada por CE focales sin alteración de la conciencia, con alteración de la conciencia, motoras focales, no motoras y las convulsiones tónico clónicas focales a bilaterales; y un EEG que muestra descargas epileptógenas focales.
- *Epilepsia combinada focal y generalizada:* Se clasifican como tal a aquellas epilepsias que presentan crisis tanto focales como generalizadas. El diagnóstico se basa en la clínica mixta que presentan apoyado de hallazgos en el EEG que pueden mostrar un patrón focal con descargas punta onda característicos de crisis generalizadas. Aquí se encuentran p.ej. el síndrome Lennox Gastaut y síndrome de Dravet, típicos de la infancia.
- *Epilepsia desconocida:* Cuando no puede determinarse si la epilepsia es focal o generalizado ingresa a esta clasificación. P.ej. encontramos a las crisis epilépticas tónico-clónicas generalizadas que presentan un EEG normal o no disponibles y aquellas crisis de espasmos epilépticos bilaterales con descarga focal en el EEG.

Nivel 3: Síndrome de epilepsias: Consiste en un conjunto de características clínicas, EEG e imágenes que suelen presentarse juntas. Los síndromes epilépticos suelen compartir la misma etiología (que puede ser única o variada), desencadenantes, edad de inicio y cese de la enfermedad, comorbilidades, pronóstico y tratamiento. La finalidad de agrupar las epilepsias en síndromes es guiar el tratamiento. Se pueden dividir de acuerdo al tipo de crisis epiléptica, edad de aparición, comorbilidades. electroencefalograma, etiología, así tenemos según la edad de aparición: (32,34)

- Síndromes neonatales.
- Síndromes de la infancia.
- Epilepsias generalizadas idiopáticas.
- Epilepsia de inicio en edad variable:
 - Síndromes epilépticos generalizados.

- Síndromes epilépticos focales.
- Síndromes epilépticos combinados focales y generalizados
- Síndromes con encefalopatías epilépticas y de desarrollo o con deterioro neurológico progresivo.

e) Tratamiento:

El tratamiento de esta enfermedad tiene tres pilares fundamentales: lograr la disminución y/o ausencia las CE, evitar o reducir los efectos secundarios de los FAE y preservar o mejorar la CV. Debe iniciarse luego de hacer un diagnóstico minucioso del tipo de crisis epiléptica, su probable etiología, intensidad y frecuencia, además de una evaluación de los efectos psicosociales que probablemente esté causando sobre el paciente, ya que el manejo de esta entidad es multidisciplinario.(35)

Que el paciente reconozca los desencadenantes de sus crisis podría ayudar a un mejor efecto de la terapia ya que son factores modificables. (35)

Terapia farmacológica:

Primera crisis epiléptica: Si se trata de una primera crisis no provocada de etiología desconocida, existe un 21 a 45% de riesgo de que se produzca una segunda crisis en los próximos 2 años, el inicio de terapia antiepiléptica sin esperar una segunda crisis disminuye notablemente la recurrencia en los próximos 2 años en hasta 35%. Iniciar o no el tratamiento dependerá de 3 factores: la evaluación riesgo beneficio del uso de los FAE, si en la evaluación clínica se determinó que se trata de un trastorno con alto riesgo de injuria cerebral permanente (tumores, neurocisticercosis, etc.), con un EEG anormal, anomalía cerebral en neuroimagen o una crisis nocturna. (Si este riesgo es >60% ya se diagnostica como epilepsia y se inicia tratamiento sí o sí) y la decisión informada del paciente.(35)

Más de dos crisis epilépticas: Por definición, la presencia de 2 o más crisis ya es diagnóstico de epilepsia, por lo que debe iniciarse tratamiento con FAE de inmediato.(35)

El tratamiento debe iniciarse preferiblemente con monoterapia, que generalmente con una concentración adecuada evita nuevas crisis. La elección del FAE es hasta el momento individualizado para cada paciente, no existe un consenso sobre el FAE

más eficaz que minimice las recurrencias y cause pocos o ningún efecto secundario. Actualmente existen 25 tipos de FAE.(35)

En el año 2007 y 2021 se publicaron los resultados de los estudios SANAD I y II respectivamente, estos estudios buscaron identificar cuáles eran las mejores alternativas farmacológicas para iniciar el manejo monoterápico de la epilepsia, así concluyeron que en las epilepsias focales la lamotrigina es el fármaco de primera línea y para epilepsias generalizadas el valproato de sodio era la mejor opción en comparación a otros fármacos del estudio. Sin embargo, estos estudios tienen alta posibilidad de sesgo, debido a que sus ensayos no estaban cegados.(36,37)

En el 2016, en Estados Unidos se encuestó a 42 expertos en epilepsia sobre diversos tratamientos existentes para la epilepsia y cerca al 80% de ellos coincidieron en que: el fármaco de elección para las crisis generalizadas es el valproato, excepto en mujeres en edad reproductiva en quienes la lamotrigina y el levetiracetam fueron de elección. La etosuximida como primera opción para crisis de ausencia. Para crisis focales el fármaco de primera línea sería la lamotrigina, oxcarbazepina y levetiracetam. En pacientes con insuficiencia hepática o post trasplante de órgano el fármaco de elección sería el levetiracetam. Sin embargo, este estudio por su nivel de evidencia debe ser considerado como un complemento de la información médica existente.(38)

Si el medicamento de primera línea dado en monoterapia y a dosis máximas no logra evitar las crisis epilépticas de manera adecuada se cambiará por otro fármaco también en monoterapia. Es importante conocer la farmacología de estos medicamentos para introducirlos y cambiarlos de manera adecuada sin alterar el umbral de protección durante el cambio. Si este nuevo FAE no logra controlar las crisis se elevará su dosis hasta lo máximo tolerado, de no lograr los efectos esperados 2 monoterapias consecutivas se pasará a politerapia, se recomienda la asociación de 2 fármacos conocidos y de no controlar las crisis se agrega uno más.(35)

El Perú no cuenta con guías de tratamiento actualizadas, la última Guía de Práctica Clínica (GPC) de Epilepsia del MINSA (Ministerio de Salud) data del 2015.(39)

Epilepsia resistente a medicamentos (ERM): la ILAE mediante un consenso propuso que la ERM es el fracaso de 2 programas de terapias AE (anti epilépticas)

adecuadamente elegidos, utilizados y tolerados, ya sea el uso de monoterapia o politerapia, para obtener el control adecuado de las CE.

Los tratamientos disponibles para las ERM son a través de la estimulación del nervio neumogástrico y la cirugía de epilepsia.(40)

Cirugía en epilepsia:

La cirugía como tratamiento de la ERM constituye una opción terapéutica bastante efectiva si se aplica una adecuada técnica quirúrgica, mínimamente invasiva y se utiliza en pacientes estrictamente seleccionados.

La cirugía al igual que los FAE buscan reducir y/o evitar que el paciente presente CE y de esta manera optimizar su CV. Además, la cirugía al ser invasiva busca que el paciente quede sin secuelas neurológicas derivadas de la intervención.(41)

Tipos de Cirugía:

Según la última GPC de epilepsia en el Perú tenemos dos opciones de tratamiento quirúrgico:(39)

- *Cirugía sobre Vías de Propagación:* evita la propagación de descargas eléctricas epileptogénicas.
 - Callosotomía.
 - Transección Subpial.
 -
- *Cirugía Resectiva:* elimina la lesión que funciona como foco de descargas neuronales.
 - Lesional Anatómica.
 - Resección del foco epileptógeno.
 - Resección Multilobar y Hemisferectomía.

Medicamentos complementarios:

A toda mujer en edad fértil debe administrarse rutinariamente ácido fólico con la finalidad de reducir riesgos defectos del tubo neural. La dosis depende del FAE que utilizan, si es carbamazepina o valproato la suplementación es de 4 mg/d, mientras que si usan otros AE con dosis de 0,4 a 0,8 mg/d es suficiente. La GPC de epilepsia del Perú, recomienda dar una dosis de 4 mg/d independientemente del FAE que utilizan.(39,41)

f) Mortalidad:

Los pacientes con epilepsia tienen de 2 a 4 veces más riesgo de morir que las demás personas, esto está relacionado con la misma enfermedad y la ocurrencia de crisis epilépticas que generen un daño extra, como el status epiléptico, ahogamientos, quemaduras, traumatismos por las caídas, etc.(7)

g) Pronóstico:

En más del 60% de pacientes que reciben tratamiento la enfermedad remitirá por completo. El inicio y respuesta precoz del tratamiento antiepiléptico es un predictor importante del pronóstico del paciente, es decir, cuantas más crisis tenga un paciente antes de iniciar el tratamiento, peor es su pronóstico. Otra variable de importancia para el pronóstico es la edad de presentación de la enfermedad, las epilepsias que tienen peor pronóstico son aquellas que inician en el primer mes de vida a diferencia de aquellas que inician entre los 2 y 16 años ya que entre estas edades se suele presentar los síndromes benignos que suelen remitir por completo. El mal pronóstico también está asociado a la presencia de lesión cerebral evidenciada por un examen neurológico o de imágenes, la presencia de alteraciones psiquiátricas o retraso mental. La normalización del Electroencefalograma a lo largo de la enfermedad constituye un elemento de buen pronóstico. Las crisis de tipo focal que tienen un foco muy localizado en la zona occipital o Rolándica tienen buen pronóstico a diferencia de los focos temporales cuyo pronóstico es peor.(7)

Debemos entender que la epilepsia no solo es una afección neuronal, sino que altera también otros aspectos del desarrollo personal, social y psicológico. Sin embargo, la mayoría de las políticas sanitarias mundiales se han centrado en el manejo de la epilepsia con un enfoque tradicional clínico basado en los aspectos fisiopatológicos, neuronales, biológicos y medicamentosos de la enfermedad, centrandose sus esfuerzos en controlar las crisis en base a los fármacos antiepilépticos más novedosos o en última instancia, cuando se está frente a una epilepsia refractaria al tratamiento, se puede optar por la cirugía. En países en vías de desarrollo como el Perú, solo 1 de 4 personas epilépticas recibe manejo con FAE y la cirugía es un sueño al que muchos de los pacientes no podrán alcanzar fácilmente.(42,43)

No obstante, a pesar de una adecuada adherencia farmacológica, son frecuentes las recaídas debido a situaciones que alteran el bienestar psicológico como el estrés, la depresión, ansiedad, pobre desarrollo de autoconfianza y la autoestima baja, todo ello

debido a los temores, la inseguridad, la insatisfacción vital, carencia de habilidades para afrontar situaciones estresantes, entre otros; que afectan en gran medida el éxito del tratamiento farmacológico y su calidad de vida. Volviéndose así un círculo vicioso, donde toda alteración emocional que sufra el paciente afecta negativamente su calidad de vida, este se convierte en un desencadenante que termina exacerbando la ansiedad por las crisis, la depresión, etc. llevando a perturbar más la CV de estos pacientes.(44)

CALIDAD DE VIDA

La CV se conceptualiza como la apreciación que cada persona tiene respecto a su lugar en la vida, su entorno social, los principios y reglas que guían el actuar de los individuos, en donde habitan, asociado a sus propósitos, anhelos, normas e inquietudes. Involucra de manera compleja la salud física, mental, relaciones sociales, el nivel de autonomía, y la relación del individuo con su entorno.(13)

Al ser un concepto multidimensional, es necesario desarrollar cada dimensión para el mejor entendimiento del concepto:

Los indicadores sociales en la CV son; las oportunidades de trabajo, domicilio, acceso a servicios básicos en salud y educación, comunicación, zonas urbanas, índice de criminalidad, delincuencia y contaminación del medio ambiente que repercuten sobre la CV y el desarrollo social. A nivel mundial en la última década los pobladores rurales migran al área urbana y sobresalen por carecer de servicios básicos, trabajos informales con remuneración debajo del mínimo vital en diferentes países. Así mismo, un indicador social importante es la educación ya que va a influir directamente en las oportunidades laborales, autoasistencia y la salud en general. La convergencia de dificultades de los indicadores sociales tiene una afección negativa en la salud y CV del individuo y los efectos son mucho más marcados cuando el individuo se encuentra en un proceso de enfermedad.(45)

La CV en relación a la autorrealización; consiste en que la persona necesita sentirse sana, productiva, segura y capaz de manifestar y compartir emociones íntimas que son la parte subjetiva y la parte objetiva es como realmente se muestra, por ejemplo, una persona puede sentirse saludable pero no estarlo y viceversa.(45)

El bienestar material en relación a la CV; los ingresos monetarios y satisfacer los deseos, tiene una relación directamente proporcional. Por tanto, se deduce que no

satisfacer las necesidades básicas conlleva a no encontrar la felicidad en la gran mayoría de contextos.(45)

La CV en relación a la salud; es una construcción de múltiples dimensiones que hacen alusión a la salud individual física, social y psicológico, sin embargo la CV está estrechamente relacionado con el padecimiento de la enfermedad y los efectos del tratamiento, teniendo como fin la preservación de vivir una vida digna y no solo el tiempo prolongado de vida o esperanza de vida, esto se logra mediante la prevención y el manejo de las patologías de forma tradicional o implementadas con las nuevas tecnologías sanitarias, por ello los individuos con padecimientos crónicos deben ser examinados en el deterioro o buena evolución del estado funcional en relación a su CV, una manera de medirlo es a través del uso de cuestionarios, el cual brinda un examen integral, tolerante y puede validar el estado de salud de manera beneficiosa o riesgosa proveniente de la atención sanitaria del paciente. (45,46)

Para percibir el impacto de algún tipo de patología es imprescindible evaluar la funcionalidad de la persona y sus consecuencias que pueden ser breves o prolongadas, por ejemplo, tener obstáculos en las tareas cotidianas y limitar la participación en actividades familiares o de la comunidad, perjudica directamente la autorrealización.

Por ello, la OMS definió algunos términos para la descripción de estas consecuencias.(47)

- **Deficiencia:** pérdida de la facultad psicológica y morfo fisiológico.
- **Discapacidad:** limitación producto de un déficit en el individuo en actividades consideradas normales para la comunidad.
- **Minusvalía:** falta de alguna facultad física o mental que impide el desarrollo completo en las actividades de una persona en específico.

Estas alteraciones de funcionalidad en individuos con epilepsia nos muestran que, en los niños de edad escolar, existe, un inicio escolar tardío, abandono y rechazo escolar, en el ambiente cultural, menor capacidad de adaptación, en el entorno emocional, una dificultad ante las crisis, baja autoestima y mayor dependencia.(48)

CALIDAD DE VIDA EN EPILEPSIA:

La epilepsia es una patología influenciada por múltiples factores personales y sociales que influyen en el cuidado personal, citando algunos ejemplos estos son: el nivel de seguridad en habilidades propias, el nivel de complacencia del cuidado percibido, la relación atención sanitaria con el paciente, las redes de soporte, estigmatización, tratamiento que recibe. Por ello, la definición de CV está dada por apreciaciones subjetivas y objetivas que posee el paciente de sí mismo, teniendo así un carácter relativo.(49,50)

Es así que para que mejoren y tengan una buena calidad de vida se debe implementar las siguientes medidas de cuidado:(50)

- **Adhesión a la prescripción médica:** es cuando el paciente toma en cuenta de manera activa las recomendaciones vertidas del personal sanitario sobre la medicación que recibe, en caso contrario se convertirá en la principal fuente de mal control de las crisis trayendo consigo las hospitalizaciones y visitas por emergencia al hospital. La determinación de tomar y continuar tomando un medicamento a largo tiempo se basa en que los pacientes tengan conocimiento sobre su enfermedad, los efectos de las crisis y la preocupación por la misma, las siguientes son estrategias que mejoran la adherencia a la prescripción médica:
 - Prescribir la menor cantidad de medicamentos posibles de preferencia monoterapias o combinaciones de diferentes medicamentos unidas en un solo fármaco, con el mismo tiempo de vida media y de la capacidad de concentración, evitando interacciones.
 - Instruir al paciente y su círculo familiar sobre la epilepsia y el tratamiento que recibe, haciendo hincapié en las inquietudes y creencias que poseen.
 - Recomendar a los pacientes llevar un registro de la toma del tratamiento, utilizando pastilleros y alarmas como recordatorios para la misma generando un hábito para consumir los medicamentos prescritos.

- **Estrategias de control y manejo de las crisis y sus efectos:**
 - **Higiene del sueño:** la escasez del sueño provoca el inicio de las CE generales pues facilita la descarga de focos epileptiformes interictales por lo cual se recomienda dormir por las noches las horas recomendadas, que son ocho horas, evitar trasnochar, en preferencia deben tener solo labores diurnas.
 - **Primeros auxilios en crisis epilépticas:** El entorno del paciente con epilepsia debe ser capacitado en proteger al paciente de los daños producto de la crisis sin intentar las siguientes maniobras: despertar o sacudir en ese momento, mantener los dientes separados o introducir objetos en la boca, pues las crisis son autolimitadas y terminaran por sí mismas, si las crisis se prolongan más de 5 o 10 minutos se debe evitar un estado epiléptico por lo cual la persona que está brindando los primeros auxilios debe administrar los FAE de emergencia como el diazepam rectal o llevar a emergencia del hospital más cercano para ser controlado.
 - **Consumo de alcohol:** Está restringido en pacientes que tienen antecedentes de abusar de esta sustancia, pues el consumo moderado no aumenta las crisis y no hay interacción con el medicamento. El principal riesgo es durante la abstinencia pues el umbral de convulsión disminuye y aumenta las cantidades de crisis epilépticas o durante la intoxicación alcohólica.
- **Manejo psicológico social:** incluye el trabajo en conjunto y armónico del personal sanitario y muchas veces de entidades sociales para brindar técnicas para el manejo de situaciones a consecuencia de una patología crónica como la epilepsia.

Medir la CV va más allá de ser una escala para el diagnóstico o ver la severidad de los signos y síntomas de una enfermedad porque los individuos que padecen epilepsia sufren por las crisis propias de la enfermedad, pero también la epilepsia influye en su evolución psicológica, social, laboral educativa, económica, por lo mencionado se le cataloga como una patología de estigmatización. Una persona con epilepsia tendrá menor probabilidad de culminar sus estudios por múltiples factores como el estigma

personal, familiar, social, control de su padecimiento, consecuencias adversas de los FAE y por el tanto menor oportunidad laboral, menor ingreso a la bolsa familiar, añadido a esto, la falta de leyes para su contrata y la alta tasa de discriminación por parte de sus compañeros que juegan un papel negativo en la CV de estos pacientes.(7)

Es por esta razón, para cuantificar el nivel de CV se requiere instrumentos que incorporen los diversos factores que intervienen en la valoración de parte del paciente, sobresaliendo el *Washington Psychosocial Seizure Inventory (WPSI)* y *Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE)*.(45,49)

EPILEPSIA EN CIUDAD DE ALTURA:

Se define como ciudad de altura a aquellas que se encuentran por encima de los 1500 msnm. Se divide en 4 grupos: altura intermedia (de 1500 a 2500 msnm); alta (de 2501 a 3500 msnm); muy alta (de 3501 a 5800 msnm) y altura extrema (> 5800 msnm). Si bien, no existe evidencia clara de la asociación entre altura y epilepsia, se sabe que existe una relación inversa entre la altura, la presión de oxígeno y la presión atmosférica.(51)

En un estudio realizado en Alemania, se reportó que la exposición a presiones atmosféricas menores de 980 hPa (hectopascal) y una humedad mayor del 80% aumenta el riesgo de aparición de una CE en 29% y 48% respectivamente y la presión atmosférica superior a 995 hPa y temperaturas mayores a 20°C reducen el riesgo de presentar una crisis en 26% y 46%, respectivamente.(11)

Ayacucho, una región de la sierra central peruana, se encuentra sobre los 2746 m.s.n.m. y reporta una presión atmosférica promedio de 1014 hPa (hectopascales). Estudios informan que por cada 8 metros de altura que se asciende, disminuye la presión atmosférica en 1 hPa. Además, la humedad relativa en la región de Ayacucho oscila entre 55% y 85% y la temperatura promedio mínima es de 7,5°C y la máxima de 28,1°C. (52)

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES:

Epilepsia: Patología del sistema nervioso crónica no transmisible, caracterizada por actividad eléctrica alterada que genera convulsiones recurrentes y en ocasiones pérdida de conciencia y control de esfínteres.

Convulsión de inicio focal: actividad eléctrica anormal de una pequeña parte de la corteza cerebral que puede acompañarse de automatismos, síntomas cognitivos, motores y sensoriales, en algunos casos perder la consciencia.

Epilepsia generalizada: los focos epileptógenos se distribuyen en ambos hemisferios cerebrales, con clínica variada pueden cambiar desde las ausencias hasta las tonicoclónicas y el EEG caracterizado por onda de punta.

Síndrome de epilepsias: Conjunto de características clínicas, EEG e imágenes que suelen presentarse juntas de una o varias patologías, agrupadas para guiar el tratamiento.

Calidad de vida: Constituye una construcción utópica y valorativa, útil para calcular las impresiones sobre el nivel de bienestar personal como social en una población.

Bienestar social: Percepción del paciente sobre sus relaciones interpersonales y el papel de la sociedad en la cotidianidad de la vida, como el requerimiento de soporte social y familiar, la relación con su médico tratante y el desenvolvimiento laboral.

Bienestar físico: Relacionado con la apreciación que tiene la persona sobre su salud que se entiende como la ausencia de enfermedad física, las CE producidas por la enfermedad y las consecuencias adversas de los FAE.

Bienestar psicológico: Autopercepción del estado cognitivo y afectivo como la ansiedad, miedo, baja autoestima, y preocupación por el futuro.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS:

Hipótesis general:

Ho: existe mala calidad de vida de los pacientes de altura con epilepsia atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2023.

Hi: no existe mala calidad de vida de los pacientes de altura con epilepsia atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2023.

3.2. VARIABLES:

- **Variable principal:** Calidad de vida

Dimensiones:

- Dimensión social
- Dimensión física
- Dimensión psicológica

- **Variables secundarias:** características clínicas y sociodemográficas.

Características clínicas.

- Tiempo de enfermedad
- Tipo de crisis epiléptica.
- Crisis epilépticas por mes
- tratamiento antiepiléptico.

Características sociodemográficas.

- Edad.
- Género
- Estado civil.
- Ocupación.
- Nivel de educación

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Estudio de diseño no experimental, tipo observacional descriptivo, transversal.

Diseño no experimental: Ya que no se realizó manipulación de las variables, ni pretendemos modificar el curso de la enfermedad.(53)

Observacional: No se manipuló el objeto o situación de estudio solo se observa.(53)

Descriptivo: Buscan medir o recoger detalladamente las particularidades importantes del evento que se estudia cómo los contextos, situaciones, sucesos del individuo o del grupo.(53)

Transversal: Debido a que los datos serán recolectados en un solo tiempo o momento.(53)

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Unidad de estudio: Paciente con epilepsia atendido en el consultorio externo de neurología del Hospital Regional de Ayacucho (HRA) durante los meses de agosto a diciembre del 2023.

Población: Población censal

Muestreo: No probabilístico - censal

Muestra: 52 pacientes (estudio censal)

Criterios de inclusión:

- Pacientes con epilepsia que, luego de ser informados, aceptan participar en el estudio firmando su consentimiento.
- Pacientes epilépticos entre 18 a 65 años que acuden al consultorio externo de neurología.
- Pacientes con epilepsia sin alteración cognitiva, puntuación del test minimal más de 27.

Criterios de exclusión:

- Personas que se niegan a participar y no firman el consentimiento informado.
- Pacientes con alteración cognitiva, con puntaje del test minimental menor de 27.
- Pacientes que no residen en la ciudad de Ayacucho.
- Pacientes con comorbilidades crónicas adicionales.
- Pacientes fuera del rango de edad de 18 a 65 años.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Instrumento de recolección:

El QOLIE-31 versión 1.0 es el cuestionario más difundido en el mundo. Fue adaptado culturalmente y traducido en diferentes países del inglés norteamericano al holandés, danés, sueco, francés, inglés británico, alemán, canadiense, español e italiano, denominadas las versiones 1.1.(54,55)

Este cuestionario analítico, psicométrico y multidimensional valora la CV, aportando conocimiento general sobre la percepción del individuo sobre su enfermedad y entorno. Contiene 31 ítems, las mismas que fueron unidas en 7 dominios:(55, 56)

- a) Preocupación por las crisis: plasmado en las preguntas 11, 21, 22, 23 y 25. (8% del puntaje global).
- b) Calidad de vida general: plasmado en las preguntas 1 y 14. (14% del puntaje global).
- c) Bienestar emocional: plasmado en las preguntas 3, 4, 5, 7 y 9. (15% del puntaje global).
- d) Sensación de fatiga-energía: plasmado en las preguntas 2, 6, 8 y 10. (12% del puntaje global)
- e) Funciones cognitivas: plasmado en las preguntas 12, 15, 16, 17, 18 y 26. (27% del puntaje global).
- f) Efectos de la medicación: plasmado en las preguntas 24, 29 y 30. (3% del puntaje global).
- g) Bienestar social: plasmado en las preguntas 13, 19, 20, 27 y 28. (21% del puntaje global).

Se utiliza la escala Likert para obtener las respuestas de cada ítem. El puntaje global, para cada dominio, se obtiene calculando el promedio ponderado de los ítems, donde 100 es el valor máximo que se puede obtener.(55,56)

La apreciación de la puntuación global del cuestionario se da de la siguiente manera:

- El rango de 91-100: indica excelente calidad de vida.
- El rango de 81-90: indica muy buena calidad de vida.
- El rango de 71-80: indica buena calidad de vida.
- El rango de 61-70: indica regular calidad de vida.
- Los valores \leq a 60: indican mala calidad de vida.

Los 7 dominios presentados pueden agruparse en 3 grandes dimensiones:(55)

Dimensión física: Evaluado por los dominios efectos secundarios de la medicación y la sensación de fatiga / energía.

Dimensión psicológica: Evaluado por los dominios calidad de vida general, preocupación por las crisis, bienestar emocional y funciones cognitivas.

Dimensión social: Evaluado por el dominio de función social.

Se encontró que el cuestionario QOLIE-31 tiene una fiabilidad: consistencia interna α de Cronbach 0,75 - 0,85.(55)

Técnica de recolección de datos: Se procedió al acopio de datos aplicando la técnica de encuesta dentro de la cual se encuentra el consentimiento informado, el test de minimalista para valorar el nivel cognitivo, preguntas para identificar las características clínico y sociodemográficas y el cuestionario QOLIE-31 que se encuentra validado en el idioma español. Completar la encuesta tiene una duración aproximada de media hora.

Previamente se realiza una breve explicación acerca del presente estudio haciendo hincapié en el anonimato de su participación y la firma del consentimiento informado, al mismo tiempo si el participante obtiene un puntaje menor a 27 en el test de minimalista se suspende la participación al ser indicativo de alteración cognitiva, estando dentro de nuestros criterios de exclusión.

4.4 PROCEDIMIENTO:

- Autorización universitaria para la ejecución del proyecto.
- Solicitud de permiso al HRA para realizar el proyecto en los ambientes de consultorio externo.
- Capacitación de los encuestadores y supervisores.
- Realización de una Prueba Piloto.
- Firma del consentimiento informado por los pacientes que autorizan su participación.
- Se aplica el test de mini-mental para garantizar que los pacientes no tengan síntomas de alteraciones cognitivas.
- Recolección de datos.
- Clasificación y ordenamiento de datos.
- Codificación y recodificación de los datos.
- Generación de base de datos en el programa MS Excel.
- Control de calidad de los datos recolectados.
- Observación y reemplazo de datos.
- Procesamiento estadístico por el programa MS Excel
- Análisis e interpretación.
- Elección de los resultados más resaltantes y creación de gráficos y cuadros.
- Redacción de resultados y discusión
- Redacción de conclusiones y recomendaciones

4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información obtenida fue tabulada y procesada en el programa MS Excel. Posteriormente, se realizó un análisis estadístico descriptivo en la cual se presentó en tablas y gráficos de frecuencias y porcentajes y el puntaje global de CV según las especificaciones de la ficha técnica del QOLIE-31.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio, protege la propiedad intelectual de los autores respecto a teorías y conocimientos siendo referenciados apropiadamente y mencionados en las fuentes

bibliográficas. Dado que el presente trabajo se realizó en sujetos humanos se tomaron las precauciones conforme a las normas éticas de investigación.

Los datos obtenidos fueron resguardados garantizando su anonimato y evitando la vulnerabilidad de la información, además de que los datos solo fueron con fines académicos.

Los participantes tuvieron la libre decisión de continuar o dejar el estudio en el momento que vean conveniente.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

5.1 RESULTADOS:

Tabla 2: características clínico sociodemográficas evaluadas en pacientes con epilepsia del HRA, agosto a diciembre 2023.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS		N	%	Puntuación QOLIE- 31
Género	Masculino	32	61.5%	46.6
	Femenino	20	38.5%	49.5
Edad	18-30 a	31	59.6%	49.2
	>30-40 a	9	17.3%	53.8
	>40-50 a	8	15.4%	44.3
	>50-65 a	4	7.7%	29.2
Situación Laboral	Empleado	6	11.5%	47.3
	Desempleado	28	53.8%	43.5
	Trabajo ocasional	18	34.6%	54.4
Estado civil	Soltero	39	75.0%	47.2
	Casado	9	17.3%	54.4
	Viudo	2	3.8%	25.7
	Divorciado	2	3.8%	50.4
Grado de Instrucción	Primaria	11	21.2%	35.7
	Secundaria	26	50.0%	45.8
	Superior Incompleta	8	15.4%	62.9
	Superior Completa	7	13.5%	56.3
Tiempo de enfermedad	< 1 año	9	17.3%	52.2
	1 a 3 años	8	15.4%	48.8
	> 3 años	35	67.3%	46.7
Tipo de Crisis Epiléptica	Focal	5	9.6%	56.9
	Generalizado	45	86.5%	46.9
	Desconocido	2	3.8%	43.6
Número de crisis por mes	≤1 crisis por mes	25	48.1%	57.0
	2-5 crisis por mes	21	40.4%	37.0
	≥ 5 crisis por mes	6	11.5%	46.3
Tipo de tratamiento	Monoterapia Farmacológica	23	44.2%	50.3
	Politerapia Farmacológica	29	55.8%	45.6

El presente estudio que fue realizado entre los meses agosto a diciembre del 2023, determinó la CV de 52 pacientes diagnosticados con epilepsia que acudieron de manera ambulatoria al HRA.

Se encontró que la distribución de acuerdo al sexo fue del 61,5% (32 personas) varones y el 38,5% (20 personas) mujeres, observándose mayor prevalencia del sexo masculino. respecto a la puntuación QOLIE-31 se observa que el sexo masculino tuvo 46,6 y las mujeres 49,5.

De acuerdo a la distribución de edad, se observa que predominantemente están en el rango comprendido entre 18 – 30 años, con un total de 59,6% (31 personas), seguido por edades comprendidas entre 30 a 40 años con un total de 17,3% (9 personas), el rango comprendido entre 40-50 años se encuentra el 15,4% (8 personas) y la menor cantidad de personas se halla entre los 50 – 65 años con 7,7% (4 personas). Se encontró un puntaje QOLIE-31 en mayores de 50 años de 29,2, siendo la menor puntuación; el rango de 30 a 40 años obtuvo un puntaje de 53,8 siendo la puntuación más alta de los grupos etarios.

Respecto a la situación laboral, se encontró que la mayoría, 53,8% (28 personas), estaba en condición de desempleo, mientras que el 34,6% (18 personas) realizaba trabajos de manera ocasional y la menor cantidad de 11,5% (6 personas) tenían un empleo permanente. de acuerdo al puntaje QOLIE-31 los pacientes desempleados tuvieron un puntaje de 43,5 los pacientes con empleo 47,3 y finalmente los que tienen trabajo de manera ocasional 54,4.

Respecto al estado civil, el 75% (39 personas) eran solteros, el 17,3% (9 personas) se encontraban casados, el 3,8% (2 personas) viudas y la misma cantidad de divorciados. De acuerdo al puntaje QOLIE-31 el grupo de viudos tuvo un puntaje de 25,7 la menor puntuación de este grupo y los casados 54,4 siendo el más alto puntaje.

De acuerdo al grado de instrucción de los participantes, el 50% (26 personas) tenían educación secundaria, seguidos del 21,2% (11 personas) que tenían educación primaria, el 15,4% (8 personas) con educación superior completa y el 13,5% (7 personas) con educación superior incompleta. respecto a la puntuación QOLIE-31 los que tuvieron primaria tenían una puntuación de 35,7, de educación secundaria una puntuación de 45,8, educación superior completa 56,3 y los superior incompleta un puntaje de 62,9.

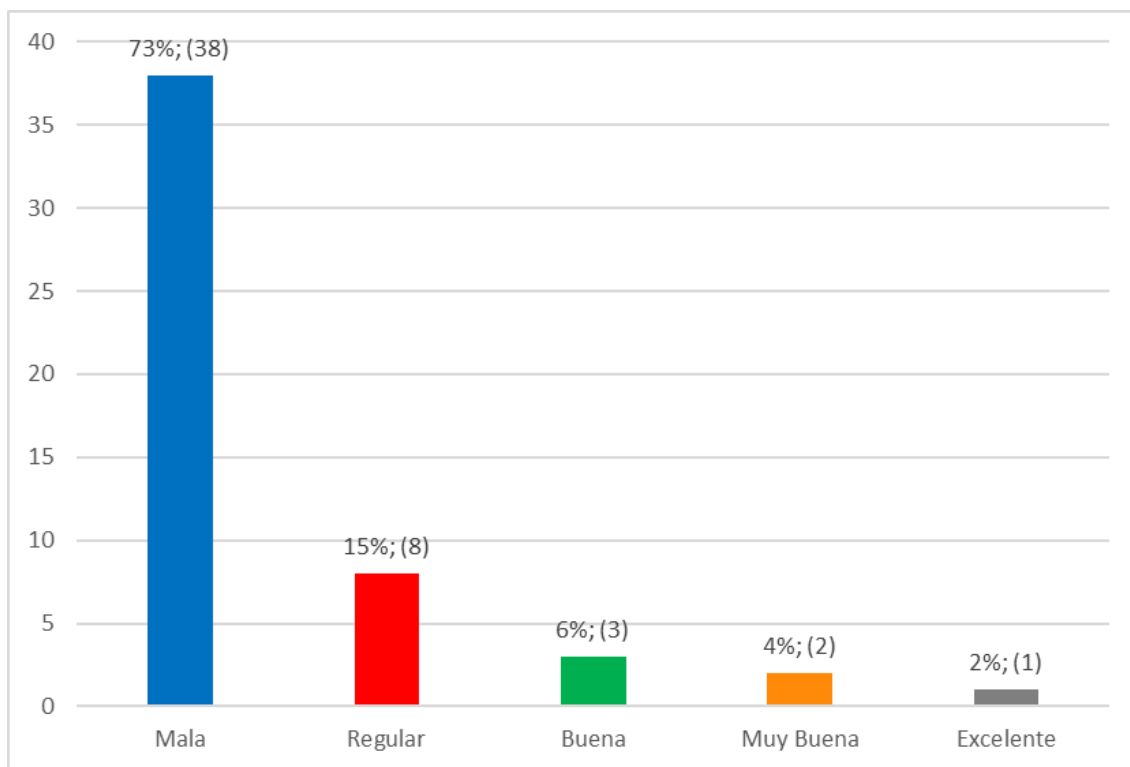
De acuerdo al tiempo de enfermedad, se observa que la mayoría de los pacientes tiene un tiempo de enfermedad mayor de 3 años con un valor de 67,3% (35 personas), seguido del 17,3% (9 personas) con tiempo menor a 1 año, y en el intervalo de 1 a 3 años se encuentra el 15,4% (8 personas). Respecto a la puntuación QOLIE - 31 los que tenían más de 3 años de enfermedad tuvieron un puntaje de 46,7, el intervalo de 1 a 3 años 48,8 y menor a un año 52,2.

De acuerdo al tipo de crisis de epilepsia que presentan, la mayor cantidad son de tipo generalizado con el 86,5% (45 personas), seguido del tipo focal con el 9,6% (5 personas) y el 3,8% (2 personas) que desconocen el tipo de CE. Los participantes que desconocían el tipo de CE tuvieron un puntaje QOLIE-31 de 43,6, los pacientes con crisis generalizada una puntuación de 46,9 y finalmente de tipo de crisis focal un puntaje de 56,9.

Respecto a la frecuencia de crisis por mes, el 48,1% (25 personas) manifestaron presentar menor igual a 1 crisis por mes, siendo la mayoría de participantes, seguidos del 40,4% (21 personas) que presentaron de 2 a 5 crisis por mes y el 11,5% (6 personas) que presentaron más de 5 crisis por mes, siendo la minoría. Los pacientes con crisis de 2 a 5 tuvieron una puntuación QOLIE-31 de 37, más de 5 crisis por mes un puntaje de 46,3 y por último los pacientes con menor igual a una crisis por mes una puntuación de 57.

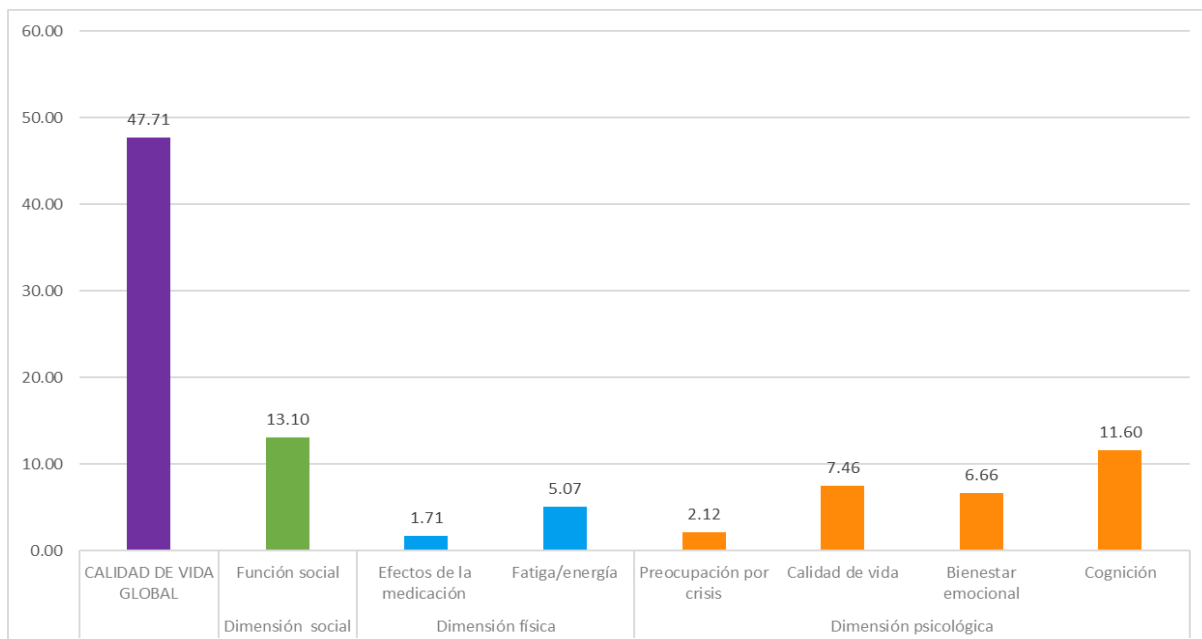
Respecto al tipo de tratamiento que utilizan los pacientes para el control de sus crisis, se observó que la mayoría, el 55,8% (29 personas) reciben tratamiento farmacológico con politerapia, el 44,2% (23 personas) reciben tratamiento con monoterapia. Respecto a la puntuación QOLIE.31 los pacientes con politerapia tuvieron una puntuación de 45,6 y con monoterapia 50,3.

Gráfico 2: Distribución de la calidad de vida, en pacientes con epilepsia del HRA, agosto a diciembre 2023.



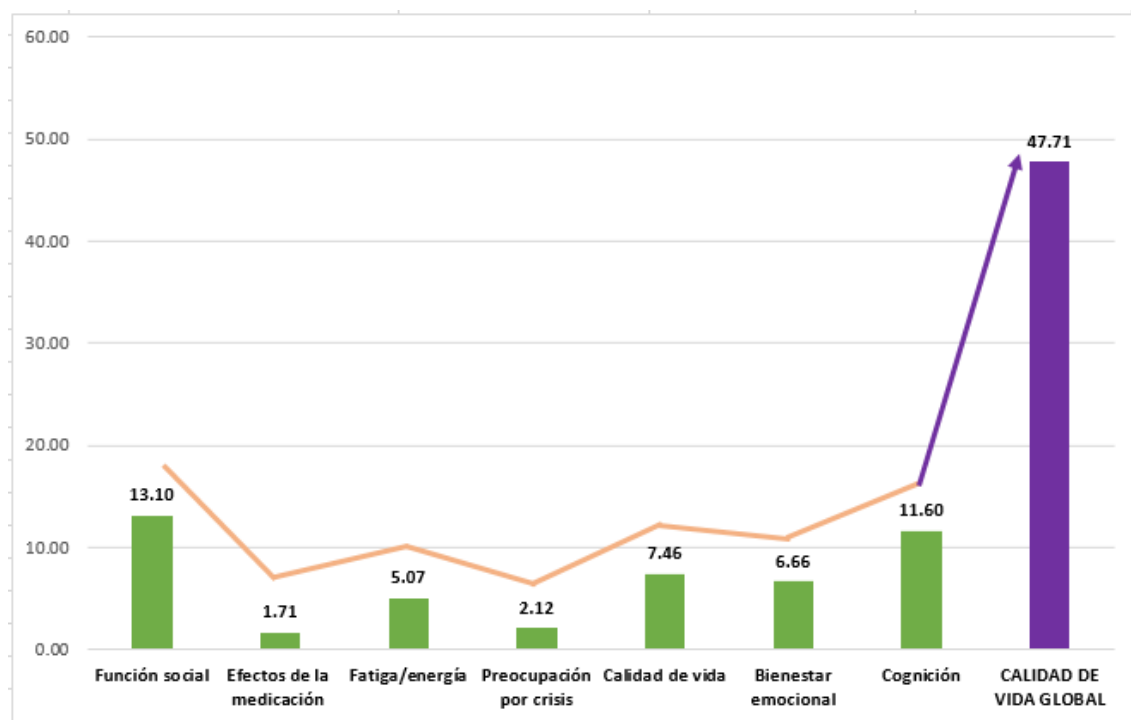
Después de aplicar la escala QOLIE 31, se obtuvo que la mayoría de los pacientes (73%) presentaron una CV mala, 15% (8 personas) CV regular, 6% (3 personas) CV buena, 4% (2 personas) CV muy buena y el 2% (1 persona) tuvo una CV excelente.

Gráfico 3: Puntaje de Calidad de vida global según sus dimensiones según QOLIE- 31, en pacientes con epilepsia del HRA, agosto a diciembre 2023.



Se obtuvo un puntaje promedio QOLIE 31 de 47,7 que indica una mala CV. La CV fue afectada de la siguiente manera, la dimensión social aportó al puntaje de CV con un valor de 13,10; la dimensión física aportó un total de 6,78 puntos, siendo la dimensión con menor aporte al valor de la CV global, donde el dominio efectos de la medicación presentó el puntaje más bajo; la dimensión psicológica fue el que mayor aporte mostró a la puntuación para la CV global, con un valor total de 27,84, en esta dimensión el dominio de preocupación por la crisis fue el más afectado con un puntaje de 2,12 puntos.

Gráfico 4: Puntaje de Calidad de vida global y sus dominios según QOLIE- 31, en pacientes con epilepsia del HRA, agosto a diciembre 2023



Cada dimensión está integrada por dominios, donde la más afectada fue efectos de la medicación con el puntaje más bajo de 1,71 puntos, seguido de preocupación por las crisis con 2,12 puntos; los dominios con valores intermedios fueron: fatiga y energía, bienestar emocional y calidad de vida con 5,07, 6,66 y 7,46 puntos respectivamente; y los dominios que tuvieron mayor aporte positivo al puntaje final fueron la función social con 13,1 puntos y el dominio de cognición con 11,6 puntos.

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

En función a las características clínicas y sociodemográficas (tabla 2) podemos mencionar que:

Respecto al género, en nuestra población se encontró que la mayoría fueron del sexo masculino, con 61,5%, con una puntuación QOLIE-31 de 46,6 puntos. Estos resultados son similares a Ogundare T, et al. en Nigeria (17) donde reportó que el 53,3% eran varones, Dorrego P. en Argentina (27) encontró que el 56,6% eran del sexo masculino; de la misma manera en una ciudad costera del Perú, Delgado Rios JC (30), encontró que el 56,67% eran varones y se contrarrestan con Honari B, et al. en Irán (23) donde en 115 pacientes encontró una prevalencia del sexo femenino del 58%. Bujan A, et al. en Croacia (25) encontró que de 108 pacientes el 63% eran mujeres. Estos resultados podrían ser debido a que una de las causas principales de epilepsia es traumáticas, y el género masculino está expuesto a mayor riesgo de accidentes de tránsito, accidentes cerebro vasculares por hábitos como abuso de alcohol, tabaquismo. Además, la baja puntuación QOLIE-31 podría estar relacionado con que al ser Ayacucho una región de la sierra con cultura predominantemente machista, se considera al hombre como proveedor y esta función se ve afectada debido a la discriminación propia de padecer esta enfermedad, los estigmas y la falta de oportunidades laborales. Esta situación ocasiona en los pacientes la sensación de rechazo, falta de autorrealización y de no cumplir con su rol social.

Las edades con mayor prevalencia fueron entre los 18 a 30 años con 59,6% y los pacientes con menor puntaje QOLIE-31 fueron los mayores de 50 años con una puntuación de 29,2. Estos resultados concuerdan con Siddig A, et al. en Sudán (24) donde de 360 pacientes, donde el intervalo de edad con mayor prevalencia fue de 18 a 30 años en el 61,2%. Delgado Rios JC en Perú (30) encontró que el intervalo de edad de 18 a 30 años es del 63,3%. En nuestro estudio la mayor prevalencia de edad fueron los menores de 30 años, esto podría deberse a que estos pacientes tienen mayor vitalidad e independencia pese a padecer de epilepsia, tienen diagnósticos relativamente recientes y mayor comprensión del control y tratamiento de la enfermedad; por ello acuden a sus citas control con el especialista con el fin de controlar la frecuencia de crisis epilépticas y por ende evitar el deterioro neurológico y las secuelas producidas por las mismas. Los pacientes mayores de 50 años tuvieron puntuaciones más bajas de

la escala QOLIE-31 esto posiblemente debido a que a mayor edad existe mayor tiempo de enfermedad, menor comprensión del tratamiento que se está instaurando y sus efectos secundarios, mayor dependencia de terceras personas tanto para realizar sus actividades cotidianas, como para solventar sus gastos médicos.

La situación laboral en mayor proporción fue de desempleado con 53.8% con una puntuación QOLIE-31 de 43,5 puntos. Resultados similares a estudios realizados por Honari B, et al. en Irán (23) que encontró que el 58% se encontraba desempleado y el 27% trabajaba en el sector privado. Raghad M, et al. en Arabia Saudita (26) mostró que el 69,4% son desempleados. Delgado Rios JC en Perú (30) reporta que el 78,3% fueron desempleados. La situación laboral prevalente de desempleado se puede relacionar con que las empresas y las instituciones no contratan a pacientes con epilepsia por el miedo a que durante su horario laboral presenten alguna crisis epiléptica lo que afectará sus actividades. Sumado a ello, la periodicidad de CE, la pérdida de memoria y los accidentes en lugares no seguros que pueden suceder durante una crisis epiléptica genera constante preocupación y miedo en el paciente. Además, refieren que no conducen o no quieren aprender, por el miedo a presentar una convulsión y accidentes de tránsito que afecten su vida y la de otras personas. La puntuación QOLIE-31 baja en el ámbito laboral podría deberse a lo anterior mencionado y que el ámbito laboral para estas personas es limitado y reducido.

Respecto al estado civil el 75% de los encuestados eran solteros; la puntuación QOLIE-31 más baja la tuvieron los viudos con 25,7 y los casados la puntuación más alta con 54,4. Estos resultados concuerdan con Siddig A, et al. en Sudán (24) que describió que el 57,3% eran solteros y Raghad M, et al. en Arabia Saudita (26) con el 59,7% de solteros. Por el contrario, Honari B, et al. en Irán (23) encontró que el mayor porcentaje fue del 57% que se encontraban casados, Perez Galdos P, en una ciudad de la costa peruana (21) reportó que más del 51,4% estaban casados y 45,7 solteros. En nuestro estudio, la prevalencia considerable de solteros podría deberse a que la sociedad desconoce las causas de la epilepsia y suelen atribuirse a etiologías genéticas, lo que podría causar discriminación y rechazo a entablar relaciones emocionales duraderas; se debe tener en cuenta, que al ser la epilepsia una enfermedad de descargas anormales en el cerebro, se puede presentar una crisis en cualquier lugar y circunstancia, siendo esto una causa de inseguridad, miedo y rechazo del entorno que rodea al paciente. Además, debemos tener en cuenta que en nuestro estudio el rango

de edad predominante fueron los menores 30 años, y dentro del proyecto de vida actual de los jóvenes pocas veces se considera el matrimonio a estas edades. En nuestro estudio se observa que la puntuación QOLIE-31 fue menor en viudos, y la puntuación más alta lo tuvieron los casados, esto puede deberse a que la mayoría de los pacientes son dependientes de familiares para realizar sus actividades y el solvento de sus gastos, la compañía de una pareja e hijos les da una sensación de confort, apoyo continuo, mayor facilidad de acceso a medicamentos y a tener un entorno social activo. Siendo su familia el impulso para buscar el control de su enfermedad, para cumplir sus objetivos de vida conjunta.

Respecto al grado de instrucción, el 50% tenían educación secundaria y el 28,9% educación superior entre incompleta y concluida, este resultado concuerda con Honari B, et al. en Irán (23) donde el 66% estudio educación secundaria y se contrasta con, Siddig A, et al. en Sudán (24) que mostró que el 26,2% presenta educación secundaria y el 41,7% educación primaria. Raghad M, et al. en Arabia Saudita (26) evidencio que la mayor cantidad de encuestados tenían universidad concluida en el 37,5% y secundaria completa el 34,7%. Delgado Rios JC en Perú (30) mostró que el 40,8% tiene educación superior, el 34,2% secundaria completa. Ayacucho es una región que solo cuenta con una universidad nacional y ninguna particular, por lo cual, las competencias académicas son más exigentes para el ingreso, esto podría ser una limitante para nuestros pacientes debido a que presentan deterioro cognitivo, pérdida de memoria y dificultad para el aprendizaje, siendo una posible razón de la mayor prevalencia de educación secundaria. Respecto a la puntuación QOLIE-31 en el grado de instrucción los que tuvieron educación primaria obtuvieron una puntuación de 35,7 puntos, los de educación secundaria un puntaje de 45,8 y educación superior incompleta 62,9 puntos. Esto posiblemente debido a que a menor grado de educación puede existir menor comprensión de la enfermedad, los cuidados e incluso la manera de tomar los medicamentos. También se puede relacionar a que a menor grado de instrucción menores oportunidades laborales, por ende, menor ingreso económico que afecta de manera directa al momento de acceder a servicios básicos, la canasta familiar y servicios de salud.

De acuerdo a las características clínicas, el tiempo de enfermedad más prevalente fue mayor a 3 años en el 67,3%, este mismo grupo presentó el puntaje más bajo de CV con 46,7 puntos. Resultados similares se hallaron por Siddig A, et al. en Sudán (24) donde

el 71,8% tuvieron un tiempo de enfermedad mayor a 3 años y Raghad M, et al. en Arabia Saudita (26) donde el 68,1% tuvieron más de 5 años de diagnóstico de epilepsia. Lo evidenciado en nuestro estudio puede ser debido a que la epilepsia es una enfermedad crónica que muchas veces inicia desde la infancia y adolescencia. En nuestro estudio los que tuvieron mayor tiempo de enfermedad tuvieron menor puntaje de CV, aparentando una relación inversa entre la asociación de tiempo de enfermedad y puntuación QOLIE-31, esto se puede deber que, a mayor tiempo de enfermedad, mayor cantidad de crisis por ende mayores secuelas como pérdida de memoria, dificultad para concentrarse y mayores estigmas de su entorno.

El tipo de crisis epiléptica prevalente fue generalizado en el 86,5% y el puntaje del QOLIE-31 para este tipo de CE fue de 46,9 puntos. Esta predominancia es similar a los encontrados por Raghad M, et al. en Arabia Saudita (26) en donde el 81,5% tuvieron crisis epilépticas de tipo generalizado, Honari B, et al. en Irán (23) con 83% y Siddig A, et al. en Sudán (24) con 78,4% de CE generalizado. Contrario a lo encontrado por Delgado Rios JC (30) en la costa peruana donde el porcentaje es mucho menor con sólo el 23,8% de crisis generalizada y la mayoría presentó crisis parciales con 75.8%. La relación del tipo de crisis y la baja puntuación QOLIE-31 puede ser debido a que las crisis generalizadas tienen mayor daño cerebral y por ende mayores secuelas, en algunos casos existe el riesgo de autolesiones o accidentes por el lugar en donde ocurre la crisis todo esto afectado de manera directa la CV.

En cuanto al episodio de CE mensual, el 48,1% manifestaron tener menor o igual a 1 crisis mensual y el 11,5% más de 5 crisis mensuales. Respecto a la puntuación de CV los pacientes con más de 5 crisis obtuvieron un puntaje de 46,3 y los que tuvieron menor a una crisis al mes una puntuación de 57. Estos resultados se contrarrestan con Honari B, et al. en Irán (23) donde el 14% presentó un solo ataque, el 70% presentó de 2 a 4 crisis y el 16% más de 5 crisis por mes; del mismo modo, Siddig A, et al. en Sudán (24) encontró que el 36,9% presentó de 1 a 2 crisis epilépticas mensuales; y Delgado Rios JC en Perú (30) donde el 37,5% presentó de 1 a 4 episodios de crisis epilépticas mensuales. En nuestro estudio se observa que existe una aparente relación indirecta con el mayor número de crisis y peor CV, estos resultados podrían deberse a un buen control farmacológico de las crisis, pero a costa de usar en mayor proporción politerapia (55,8%).

Respecto al tratamiento, el 55,8% reciben medicación con politerapia, con la puntuación QOLIE-31 más baja con 45,6 puntos. Estos hallazgos concuerdan con Bujan A, et al. en Croacia (25) donde el 74% también reciben politerapia. Por el contrario, Delgado Rios JC (30) en una ciudad a nivel del mar del Perú encontró que el 85% recibían monoterapia. El mayor porcentaje de politerapia puede ser debido a que los pacientes no pueden controlar de manera óptima sus CE con monoterapia, por lo que el especialista se ve en la obligación de añadir más FAEs al tratamiento. Además, en los hospitales del MINSA no se cuenta con medicamentos modernos que combinan dos o más fármacos en un solo producto, ni los pacientes cuentan con medios económicos para adquirirlos, por lo cual se llega a usar politerapia, esta situación aumenta los efectos adversos de los FAEs, disminuye la adherencia farmacológica e incluso en adultos mayores puede llevar a la confusión, todo esto llevando a un deterioro de la CV.

Se entiende como CV a la percepción que cada persona tiene sobre su bienestar físico, social y psicológico, esta se puede ver afectada debido a que la epilepsia es una enfermedad de carácter crónico, que afecta la vida cotidiana de los pacientes tanto en lo personal como social. En el presente estudio se encontró que el 73% (38 pacientes) presentó mala CV (gráfico 2) y un el puntaje QOLIE-31 promedio de 47,71 puntos, el cual indica también una CV mala (gráfico 3). Este resultado difiere a lo encontrado por Ogundare T. et al. en Nigeria (17) que estudió la CV de pacientes con epilepsia y encontró una puntuación QOLIE 31 de 77,98 puntos que indica una buena CV. Así mismo, Raghad m. et al, en Arabia Saudita (26) que utilizaron la versión árabe del cuestionario QOLIE 31 reportan un puntaje promedio de 64,23 puntos indicando una calidad de vida regular. Por el contrario, existen estudios que informan resultados similares al nuestro, como en Argentina, Dorrego P. (27) en su estudio que incluyó a 30 pacientes, encontró que el 43,3% presentaba una mala CV. Del mismo modo, Perez Galdos (21), Delgado Rios en lima (30), y Acevedo Orellano en Chimbote (22) en los estudios que realizaron sobre CV de pacientes con epilepsia aplicando el inventario QOLIE-31 encontraron puntajes de CV de 58,6; 50,08 y 55,19 respectivamente, todos ellos indicando mala CV. Esta diferencia de puntuaciones podría deberse a que los estudios internacionales mencionados fueron realizados en ciudades más desarrolladas, hospitales de tercer nivel con la mayor complejidad resolutive, centros neurológicos especializados, con capacidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento

más sofisticado en epilepsia y que cuentan con un sistema de salud para atención primaria y secundaria mejor estructurado.

Consideramos que el bajo puntaje QOLIE 31 de nuestro estudio podría ser explicado por las condiciones económicas de nuestra región y población. Ayacucho, un departamento dividido en 11 provincias, cuenta con un solo Hospital Regional del Ministerio de Salud (MINSA) con nivel de capacidad resolutiva III-1 que ofertan especialistas en neurología para atender a pacientes con epilepsia. Este hospital, ubicado en la capital de la región, brinda sus servicios a personas que no cuentan con un contrato de trabajo fijo o el suficiente ingreso monetario para atenderse en el Seguro Social de Salud (ESSALUD) o en clínicas privadas. Es decir, principalmente atiende a personas de bajos o escasos recursos. La centralización de médicos especialistas ocasiona que para lograr una consulta con el neurólogo el paciente tiene que pasar previamente por diversos niveles de atención primaria para recién ser referidos al Hospital Regional, este procedimiento puede tardar de semanas a meses, lo que equivale a tiempo perdido en lograr un diagnóstico certero y el inicio de un adecuado tratamiento.

Además, al día cada médico del MINSA atiende entre 30 a 40 pacientes en consultorio externo, lo que les obliga a acortar los tiempos de atención por paciente a 10 a 15 min como máximo, tiempo que debe ser usado para indagar los antecedentes individuales y de su familia, los síntomas, signos, la examinación física, solicitar exámenes auxiliares, idear o ajustar un adecuado tratamiento y explicar a los pacientes las medidas preventivas. Todo ello deja un margen de tiempo casi nulo para interrogar al paciente sobre los factores que determinan la CV y brindarle una atención multidisciplinaria.

Así mismo, Ayacucho, una ciudad de altura atravesada por la cordillera de los andes tiene población altoandina que vive distribuida en toda su área geográfica, lo que dificulta a muchos de los pacientes acudir puntuales a sus controles de seguimiento debido a que no encuentran citas con su médico tratante o no cuentan con el suficiente ingreso para solventar sus pasajes, lo que los lleva a discontinuar su tratamiento por largas temporadas. Sumado a ello, durante la atención médica, las múltiples preocupaciones del paciente foráneo, por ejemplo, si alcanzará el último bus que lo llevará a su lugar de origen, evitan que pueda concentrarse en comunicar a su médico todas las molestias que está sintiendo en torno a su enfermedad, añadido a esto el lenguaje puede ser un obstáculo que dificulta una adecuada interacción entre el

especialista y el paciente, ya que según el INEI el 13,9% de los ayacuchanos solo habla quechua y esto repercute en la comprensión de la epilepsia y su manejo.

La pobreza y el nivel educativo tienen una relación inversa. Ayacucho es considerado como uno de las regiones con los más altos índices de pobreza del país. Por ello, consideramos que otro factor que podría influir en la mala CV, es la desinformación sobre la enfermedad, tanto del paciente como de su entorno. Un entorno social desinformado conlleva la estigmatización de los pacientes que sufren epilepsia. Estos factores podrían llegar a afectar varios aspectos de la CV de los pacientes.

Evaluando las 3 dimensiones de la CV, nuestro estudio encontró mayor compromiso de la esfera de bienestar físico, donde se halla la puntuación más baja correspondiente a efectos de la medicación con 1,71 puntos (gráfico 3 y 4). Este resultado concuerda con los hallazgos del estudio publicado por Dorrego P. en Argentina (27) donde el dominio más afectado fue también dicha área. Del mismo modo, en Chimbote (22) y en Lima (30) se informan resultados similares. Consideramos que esto podría deberse a que muchos médicos, además de no contar durante la consulta con el tiempo suficiente para identificar los efectos adversos que podría estar presentando el paciente, no disponen de un instrumento estandarizado y rápido que advierta la ocurrencia de estos. El instrumento QOLIE 31, si bien nos permite un acercamiento de la CV de estos pacientes, es poco práctico para ser realizado durante la consulta médica, tanto por el número de preguntas como por su sistema de puntuación e interpretación complejos. Además, en concordancia con nuestros hallazgos, encontramos que el puntaje QOLIE-31 de los pacientes con politerapia fue más bajo que los que recibían monoterapia y esto es importante porque el uso de varios FAEs a la vez está relacionado con mayores efectos adversos. Identificar los efectos adversos de un FAE en una consulta externa podría ser complicado, esto debido al tiempo corto que se dispone, la dificultad de los pacientes de expresar sus síntomas y en identificar cuál es el fármaco causante de los síntomas en caso se esté usando politerapia.

En el bienestar psicológico, evidenciamos que el dominio más afectado fue preocupación por las crisis que presentó un puntaje de 2,12; seguido del bienestar emocional con 6,66 puntos (gráfico 3 y 4). Los resultados concuerdan con lo hallado por Delgado Rios en Lima (30), donde estos dominios también fueron los más afectados en esta dimensión. Sin embargo, Ogundare T. et al, en Nigeria (17), encontró que en su población el dominio de preocupación por las crisis se encontraba en primer lugar como

el factor más afectado de la CV, ubicando a la dimensión física en segundo lugar, donde el dominio fatiga/energía presentó el puntaje más bajo. Consideramos que los hallazgos en nuestro estudio podrían deberse a que las personas que presenten crisis frecuentes, se hallan con el miedo permanente de no saber cuándo y dónde sucederá su próxima crisis epiléptica, entonces se restringen a cocinar, conducir, realizar trabajos que incluyan actividades o instrumentos de riesgo, con el fin de evitar tener una crisis en el momento y lugar equivocado. Esta condición de vida termina afectando su CV.

En nuestro estudio, el bienestar social fue la dimensión menos afectada, cuyo único dominio fue el factor que más puntos aportó al puntaje global QOLIE (Gráfico 3). Estos hallazgos concuerdan con los resultados informados por Raghad M. et al (26) donde la función social también fue el dominio menos afectado de la CV. Del mismo modo, Delgado Rios en Perú (30) también concuerda con estos resultados. Consideramos que en nuestra población estos resultados podrían estar influenciados por la estigmatización en torno a la cronicidad de la enfermedad, lo que implica discriminación en labores comunes y cotidianas, como estudiar, manejar un vehículo, trabajar e incluso acceder a un seguro. Esta estigmatización puede surgir de entornos cercanos como la familia y desde edades muy tempranas generando sobreprotección, percepción del yo como una persona “enferma”, con limitaciones, causando un aislamiento social con miedo a presentar una convulsión en público o lastimarse durante una crisis, que a lo largo de la vida conducen a un menor desarrollo de habilidades y, por ende, a menos oportunidades. Además, manifestaciones comunes en pacientes con epilepsia como: los síntomas de la salud mental que incluyen enfermedades como la ansiedad, depresión, y el deterioro neurocognitivo manifestados en la memoria, atención y velocidad de procesar ideas, podrían contribuir aún más en las dificultades sociales.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

El presente estudio que fue realizado entre los meses agosto a diciembre del 2023, evaluó la CV de 52 pacientes diagnosticados con epilepsia que asistieron de forma ambulatoria al HRA.

- Se identificó dentro de las características sociodemográficas que de acuerdo al género el 61,5% fueron varones con una puntuación QOLIE-31 de 46,6 puntos, de acuerdo a la edad fue más prevalente en el rango de 18 a 30 años con el 59,6% y la puntuación QOLIE-31 más baja, con el 29,2 puntos corresponde a los mayores de 50 años; en el ámbito laboral la condición de desempleados representa el 53,8% con un puntaje QOLIE-31 de 43,5 y con trabajos ocasionales o estables las puntuaciones QOLIE-31 más altas, el 75% de los pacientes fueron solteros, el 50% presentaron educación secundaria, y la puntuación más baja de QOLIE-31 con 35,7 puntos fueron de los que cursaron educación primaria, estas características y las puntuaciones de QOLIE-31 respectivas, sugieren que puede existir una asociación entre las características sociodemográficas y la CV.
- Dentro de las características clínicas de los pacientes encuestados, se evidenció que el tiempo de enfermedad mayor a 3 años está representada por el 67,3% de los pacientes con una puntuación QOLIE-31 baja de 47 puntos, el tipo CE más frecuente fue el tipo generalizados con el 86,54% con una puntuación QOLIE-31 de 46,7, la frecuencia de crisis que se presenta en mayor proporción fue menor a 1 crisis por mes con el 48,1% de pacientes, la puntuación QOLIE-31 más baja la recibieron los pacientes con más de 5 crisis por mes con 46,3 puntos y respecto al tratamiento instaurado en estos pacientes el 55,8% recibe tratamiento farmacológico con múltiples fármacos y puntuación QOLIE-31 de 45,6 puntos, dentro de los aspectos clínicos y la puntuación QOLIE-31 respectiva, nos sugiere que podría existir una relación directa entre la mala CV y los diferentes rasgos descritos.
- En este trabajo se encontró que el 73% (38 pacientes) presentó mala CV.
- El puntaje QOLIE-31 promedio fue de 47,71 puntos, lo cual indica también una mala CV.

- La dimensión social aportó al puntaje de CV con un valor de 13,10; la dimensión física aportó un total de 6,78 puntos y la dimensión psicológica fue el que mayor aporte mostró, con un valor total de 27,84
- Nuestro trabajo encontró mayor compromiso de la CV en la dimensión física, dentro del cual el dominio más afectado fue efectos de la medicación con 1,71 puntos.
- En la dimensión psicológica, evidenciamos que el dominio más afectado fue preocupación por las crisis que presentó un puntaje de 2,12; seguido del bienestar emocional con 6,66 puntos.
- La dimensión social integrada por el dominio función social, fue el factor que más valor aportó al puntaje global QOLIE 31 con 13,10 puntos.

RECOMEDACIONES

- Al realizar el cuestionario se identificó que los pacientes desconocían del concepto de CV, los efectos que tenían los medicamentos instaurados, la forma de tomar cada uno de ellos, por ello se sugiere que el personal de salud debería tener un trabajo multidisciplinario para el seguimiento a los pacientes y corroborar si la información brindada por el médico especialista fue comprendida tanto por el paciente y los familiares que le rodean.
- Durante nuestro estudio se logró identificar limitaciones y pocas oportunidades laborales en los pacientes con epilepsia, por miedo de los empleadores a que los pacientes se ausenten en horarios de trabajo a causa de una crisis epiléptica, la desconcentración o alguna secuela motora que padecen, incluso los mismos pacientes se mostraron necios de trabajar en el ámbito de construcción, transporte, esto por el miedo a presentar una crisis de epilepsia, autolesionarse o producir un accidente en cadena, por ello se sugiere que las autoridades distritales, provinciales y regionales fomenten la inserción a un trabajo seguro a los pacientes con epilepsia, con carga laboral disminuida y flexibilidad de horarios.
- A partir de los resultados obtenidos en este trabajo, consideramos que sería óptimo realizar estudios donde se busque la relación entre los factores clínicos y sociodemográficos con la CV en los pacientes con epilepsia.
- Idear un cuestionario que mida la calidad de vida estandarizado y que sea aplicable en corto tiempo antes o durante la consulta médica ayudaría al personal de salud a identificar los factores individuales que afectan la CV de los pacientes, así ofrecer una atención más enfocada de acuerdo a las necesidades de cada individuo.
- Brindar campañas educativas a los pacientes, así como a su entorno familiar y social, acerca de la epilepsia, factores de riesgo, efectos beneficiosos y adversos de los medicamentos, cuidados durante y después de las crisis, así como de la estigmatización infundamentada.

REFERENCIAS:

1. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. abril de 2014;55(4):475-82.
2. Organización Mundial de la Salud. Epilepsia [Internet]. [citado 26 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
3. OPS/OMS | Más de la mitad de las personas con epilepsia no reciben ningún tipo de atención en América Latina y el Caribe [Internet]. [citado 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14927:more-than-half-of-people-with-epilepsy-in-latin-america-and-the-caribbean-do-not-receive-treatment&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
4. Oficina de comunicaciones. INCN beneficia a 130 pacientes con cirugía de epilepsia [Internet]. INCN. Lima: noticias prensa; 2021 Ene 25 [citado 8 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.incn.gob.pe/2021/01/25/incn-beneficia-a-130-pacientes-con-cirugia-de-epilepsia/>
5. Gonzales I, Miranda JJ, Rodriguez S, Vargas V, Cjuno A, Smeeth L, et al. Seizures, cysticercosis and rural-to-urban migration: the PERU MIGRANT study. *Trop Med Int Health*. abril de 2015;20(4):546-52.
6. Beghi E. The Epidemiology of Epilepsy. *Neuroepidemiology*. 18 de diciembre de 2019;54(2):185-91.
7. Organización Panamericana de la Salud, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) y el Buró Internacional para la Epilepsia (IBE). Informe sobre epilepsia en latinoamérica. Panamá 2008. Pg. 92.
8. Lopez Gonzales, Vicente Villanueva, Mercé Falip, Toledo Manuel, et al. Manual de Práctica Clínica en Epilepsia. Sociedad Española de Neurología. SEN Grupo de Epilepsia. Junio de 2023; 263 (1). Pg 165-193.
9. Pérez Galdos P. Costo médico directo de la epilepsia en la población hospitalaria del Hospital III Miguel Grau de EsSalud. *Acta Médica Peru*. enero de 2010;27(1):37-42.
10. Begley C, Wagner RG, Abraham A, Beghi E, Newton C, Kwon CS, et al. The global cost of epilepsy: A systematic review and extrapolation. *Epilepsia*. 2022;63(4):892-903.
11. Rakers F, Walther M, Schiffner R, Rupprecht S, Rasche M, Kockler M, et al. Weather as a risk factor for epileptic seizures: A case-crossover study. *Epilepsia*. julio de 2017;58(7):1287-95
12. Walker MC. Pathophysiology of status epilepticus. *Neuroscience Letters*. 22 de febrero de 2018;667:84-91.

13. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* 1 de abril de 1993;2(2):153-159.
14. Akinsulore y Adewuya A. Psychosocial aspects of epilepsy in Nigeria: a review. *Afr J Psychiatry.* 2010 Nov;13(5):351-356.
15. Wolfzun C, Korman GP, Sarudiansky M. Calidad de vida en pacientes con epilepsia y crisis no epilépticas psicógenas: una revisión sistemática. *Interdiscip Rev Psicol Cienc Afines.* 2022 enero 17;39(2):89-104.
16. Norsa'adah B, Zainab J, Knight A. The quality of life of people with epilepsy at a tertiary referral centre in Malaysia. *Health Qual Life Outcomes.* 2013 Ag 23;11(1):143-148.
17. Ogundare T, Adebawale TO, Okonkwo OA. Quality of life among patients with epilepsy in Nigeria: predictors and barriers to routine clinical use of QOLIE-31. *Qual Life Res.* 2021 Feb ;30(2):487-496.
18. Mroueh L, Boumediene F, Jost J, Ratsimbazafy V, Preux PM, Salameh P, et al. Quality of life and stigma in Lebanese people with epilepsy taking medication. *Epilepsy Res.* 2020 Nov; 167: 106437.
19. Palacios E, Vicuña M, Pulido AC, Vergara J paul. Calidad de vida en pacientes con epilepsia que son atendidos en el departamento de neurología del Hospital San José de Bogotá. *Acta Neurol Colomb.* 2015 Jul; 31(3): 235-239.
20. Salado-Medina V, Espuela F, Falcon-Garcia A, Rico Martín S, Gómez-Luque A, Casado-Naranjo I. Evaluation of quality of life, social stigma and treatment adherence in patients with epilepsy in the Caceres Healthcare Area: a cross-sectional study. *Rev Neurol.* 16 de octubre de 2018;67:281-6.
21. Pérez Galdós P. Estudio de calidad de vida y factores pronósticos de los pacientes con epilepsia refractaria del Hospital Miguel Grau de EsSalud, Lima - Perú. *Acta Médica Peru.* Octubre de 2010;27(4):244-249.
22. Orellano CA, Ramírez WP. Severidad de la epilepsia y calidad de vida de los pacientes del Hospital "Eleazar Guzmán Barrón" Nuevo Chimbote, Enero – Diciembre 2016. *Rev Cienc Tecnol.* 2019 Oct: 15(4):181.
23. Honari B, Homam SM, Nabipour M, Mostafavian Z, Farajpour A, Sahbaie N. Epilepsy and quality of life in Iranian epileptic patients. *J Patient-Rep Outcomes.* diciembre de 2021;5(1):16-23.
24. Siddig A, Ahmed AHM, Ahmed KAHM, Omer MEA. The Quality of life among adult Sudanese patients with epilepsy. *Brain Behav.* 2022 Feb: 12(2); e2487.
25. Bujan Kovač A, Petelin Gadže Ž, Tudor KI, Nanković S, Šulentić V, Poljaković Z, et al. Quality of life in patients with epilepsy – single centre experience. *Acta Clin Croat.* 2021 Dec; 60(3): 16-24.

26. Altwijri RM, Aljohani MS, Alshammari HK. Quality of life among epileptic patients in Qassim Region, KSA. *Neurosciences*. Enero de 2021;26(1):56-61.
27. Dorrego P, Joneret G, Zofiaurre J, Perez Armanazco C, Morales D, Arrigoni M. Quality of life in patients with epilepsy. *J Neurol Neurol Sci Disord*. 2018 Jul 19; 4(1); 8-10.
28. Milovanović M, Martinović Ž, Tošković O. Determinants of quality of life in people with epilepsy in Serbia. *Epilepsy Behav*. Febrero de 2014;31:160-6.
29. Cuenca Alfaro J, Valderas Rosa V, Segovia José L, Salazar Alvarez G, Villareal Dioses J. Manifestaciones neuropsicológicas en pacientes con epilepsia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Lima. *Psiquemag. Revista Científica Digital de Psicología*. 2017 Jun: 6(1).
30. Delgado Rios J. Calidad de vida del paciente con epilepsia. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas junio 2006 – diciembre 2007. Lima. Repositorio de Tesis – Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. Pg.82.
31. Wirrell E. Clasificación ILAE de convulsiones y epilepsia – UpToDate. 2021 Aug 17. [citado 5 de marzo de 2023]. Disponible en: https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/ilae-classification-of-seizures-and-epilepsy?search=clasificacion%20de%20la%20epilepsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
32. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017 Abr; 58(4): 512-521.
33. Gil-Nagel Rein A, Garca Morales I. Etiopatogenia y isiopatología de la epilepsia. *Medicine*. 2007 Abr; 9(75): 4806-4813.
34. Fisher RS, Cross JH, D'Souza C, French JA, Haut SR, Higurashi N, et al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia*. 2017;58(4):531-42.
35. Karceski S. Tratamiento inicial de la epilepsia en adultos - UpToDate. 2022 Abr 26 [Internet]. [citado 5 de marzo de 2023]. Disponible en: https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/initial-treatment-of-epilepsy-in-adults?sectionName=SELECTION%20OF%20AN%20ANTISEIZURE%20MEDICATION&search=tratamiento%20de%20la%20epilepsia%20en%20el%20adulto%20&topicRef=2220&anchor=H5&source=see_link#H845121374.
36. Marson A, Appleton R, Baker G, Chadwick D, Doughty J, et al. A randomised controlled trial examining the longer-term outcomes of standard versus new antiepileptic drugs The SANAD trial. *Health Technol Assess*. 2007 Oct 15; 11(37). 168.
37. Marson A, Burnside G, Appleton R, Smith D, Leach JP, Sills G, et al. The SANAD II study of the effectiveness and cost-effectiveness of levetiracetam, zonisamide, or lamotrigine for newly diagnosed focal epilepsy: an open-label, non-inferiority,

- multicentre, phase 4, randomised controlled trial. *The Lancet*. 2021 Abr 10; 397(10282): 1363-1374.
38. Shih JJ, Whitlock JB, Chimato N, Vargas E, Karceski SC, Frank RD. Epilepsy treatment in adults and adolescents: Expert opinion, 2016. *Epilepsy Behav*. abril de 2017;69:186-222.
 39. Ministerio de Salud. RM N° 692-2006/MINSA por el cual se aprueba las Guías de Práctica Clínica Sobre Patologías más Frecuentes en la Especialidad de Neurología. Guía de Práctica Clínica De Epilepsia. Perú. 2015 Dec. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3392.pdf>.
 40. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Allen Hauser W, Mathern G, et al. Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*. junio de 2010;51(6):1069-77.
 41. Schachter Steve C. Descripción general del manejo de la epilepsia en adultos - UpToDate. 2022 Abr 25.[citado 6 de marzo de 2023]. Disponible en: https://bibvirtual.upch.edu.pe:2050/contents/overview-of-the-management-of-epilepsy-in-adults?search=tratamiento%20de%20epilepsia%20en%20adulto&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
 42. Fabelo Roche JR. Psicología y epileptología. *ECIMED*. Editorial de ciencias medic. 2010;01(1):194.
 43. OMS. Comunicado de prensa. La OMS destaca la escasez de tratamientos para la epilepsia en los países de ingresos bajos. Ginebra. 2019 Jun 20. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/20-06-2019-who-highlights-scarcity-of-treatment-for-epilepsy-in-low-income-countries>.
 44. Figueroa Duarte AS, Campell Araujo ÓA. Aspectos psicosociales de la epilepsia. *Arch Neurocienc México DF*. Septiembre de 2004;9(3):135-42.
 45. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública México*. Julio de 2002;44(4):349-361.
 46. Fernández López JA, Fernández Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública*. Abril de 2010;84(2):169-84.
 47. World Health Organization, Sociales (Spain) IN de S. Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad: publicada de acuerdo con la resolución WHA29.35 de la Vigésimonovena Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 1976 [Internet]. Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1994 [citado 5 de marzo de 2023]. 282 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131983>
 48. Simeonsson RJ, Lollar D, Hollowell J, Adams M. Revision of the International

- Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: Developmental issues. *J Clin Epidemiol.* 1 de febrero de 2000;53(2):113-124.
49. Ivanovic Zuvic, Alvarado L. Evaluación psicosocial de los epilépticos en Chile. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2001 Oct; 39(4): 303-315.
 50. E. U. Loreto OR. Medidas de autocuidado en el paciente con epilepsia. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de noviembre de 2013;24(6):1027-33.
 51. Paredes GC, Cueva FJ, Pinto KA. Quito, ciudad de altura.pdf. 2018, *Rev. Inv Acad. Educación* Vol. 2 (1):6-14 a
 52. Gobierno Regional de Ayacucho. Indicadores Ambientales Ayacucho. [Internet]. Ayacucho. 2014. [citado 8 de febrero de 2025]. disponible en: <https://sinia.minam.gob.pe/sites/default/files/siar-ayacucho/archivos/public/docs/813.pdf>.
 53. Hernandez, Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio P. Metodología Investigación Científica. 6ta ed. Mexico. Mc Graw Hill. 2014.
 54. Olbrich Guzmán C, Alvarado Paiva L, Fuentes-García A, Fuentes Alburquenque M. Translation and cross-cultural adaptation of the «Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-31-P)» Questionnaire for Chile. *Epilepsy Behav* EB. septiembre de 2021;122:108169.
 55. Cramer J, Perrine K, Devinsky O, Bryant-Comstock L, Meador K, Hermann B. Development and Cross-Cultural Translations of a 31-Item Quality of Life in Epilepsy Inventory. *Rev. de Epilepsia.* Junio 1998;39(1):81-88.
 56. Barbara G, Perrine Kenneth, Cramer J, et al. Quality Of Life In Epilepsy Qolie 31 Scoring, version 1.0. Scoring Manual. Physicians World Communications Group, and the QOLIE Development Group. California USA. 1993. pag 4-11.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	METODOLOGÍA
<p>VARIABLE PRINCIPAL: Calidad de vida</p> <p>DIMENSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Social • Física • Psicológica <p>VARIABLES SECUNDARIAS: Características clínicas y sociodemográficas.</p> <p>DIMENSIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero de crisis epiléptica por mes • Tipo de crisis epiléptica • Tiempo de tratamiento • Tipo de tratamiento • Edad • Género • Estado civil • Ocupación • Nivel de educación. 	<p>¿Cómo es la calidad de vida en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023?</p>	<p>Determinar la calidad de vida en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023.</p>	<p>Ho: existe mala calidad de vida de los pacientes de altura con epilepsia atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2023.</p>	<p>Tipo de investigación: observacional descriptivo, transversal.</p> <p>Diseño de investigación: Estudio de diseño no experimental</p> <p>Unidad de estudio: Paciente con epilepsia atendido en el consultorio externo de neurología del Hospital Regional de Ayacucho (HRA) durante los meses de agosto a diciembre del 2023.</p> <p>Población: Población censal</p> <p>Tipo de muestreo: No probabilístico – censal</p> <p>Muestra: 52 pacientes (estudio censal)</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con epilepsia, que aceptan participar en el estudio firmando su consentimiento. • Pacientes entre 18 a 65 años que acuden al consultorio externo de neurología. • Pacientes con epilepsia sin alteración cognitiva, puntuación del test minimal más de 27. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que no aceptan participar • Pacientes con alteración cognitiva, con puntaje del test minimal menor de 27. • Pacientes que no residen en la ciudad de Ayacucho. • Pacientes con comorbilidades crónicas adicionales. • Pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años. <p>Técnica de recolección de datos: Encuesta</p> <p>Instrumento de recolección: cuestionario El QOLIE-31 versión 1.0 y ficha de identificación</p> <p>Técnica de procesamiento y análisis de datos Los datos obtenidos fueron tabulados y procesados en el programa MS Excel. Se realizó un análisis estadístico descriptivo en la cual se presentó tablas y gráficos de frecuencias, porcentajes y el puntaje global de CV</p>
	PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	
	<p>¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023?</p>	<p>Identificar las características clínicas y sociodemográficas en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023.</p>		
	<p>¿Cuál es la puntuación de la calidad de vida y de sus componentes por dimensiones: físico, psicológico y social en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023?</p>	<p>Estimar la puntuación de la calidad de vida y de sus componentes por dimensiones: físico, psicológico y social en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023.</p>		
	<p>¿Cuál es la puntuación de cada dominio y su impacto en el puntaje global de calidad de vida en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023?</p>	<p>Estimar la puntuación de cada dominio y su impacto en el puntaje global de calidad de vida en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023.</p>		

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
CALIDAD DE VIDA	Ítems: 2,6,8,10 24, 29 y30 Ítems: 1, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 25 y 26. Ítems:13,19, 20,27 y 28	Física Psicológica Social	cualitativo	ordinal	1. 91 - 100: excelente 2. 81 - 90: muy buena 3. 71 - 80: buena 4. 61 - 70: regular 5. < 60: mala	QOLIE-31
Características Clínicas	Cantidad de crisis epilépticas que presentó en el último mes.	Número de crisis por mes	Cuantitativa	Discreta	1. ≤1 crisis 2. 2-5 crisis 3. ≥ 5 crisis	Ficha de recolección
	Tipo de crisis epiléptica que presenta el paciente según la clasificación de la ILAE- 2017.	Tipo de crisis epiléptica.	Cualitativo	Nominal	1. De inicio focal. 2. De inicio generalizado. 3. De inicio desconocido	
	Tiempo transcurrido desde el inicio del diagnóstico de epilepsia hasta la actualidad.	Tiempo de enfermedad.	Cuantitativa	Continua	1. ≤1 año 2. 2-5 años 3. 5-10 años 4. > 10 años	
	Tipo de tratamiento que utiliza para el control de sus crisis.	Tratamiento farmacológico Tratamiento Quirúrgico	Cualitativo Cualitativo	Nominal Nominal	1. Monoterapia 2. Politerapia 1. Cirugía sobre vías de propagación 2. Cirugía resectiva	
Características Sociodemográficas	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la actualidad según DNI	Edad	Cuantitativo	Razón	Años	
	Característica biológica determinada en DNI	Género	Cualitativo	Nominal	1. Femenino 2. Masculino	
	Presencia o no de una relación sentimental.	Estado civil	Cualitativo	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado	
	Actividad permanente que le genere beneficio económico.	Ocupación	Cualitativo	Nominal	1. Empleado 2. Desempleado 3. Ocasional	
	Nivel educativo que logró alcanzar.	Nivel de educación	Cualitativo	Ordinal	1. Primaria. 2. Secundaria 3. Superior completa 4. Superior incompleta	

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sr(a)..... EXPONGO Que he sido debidamente INFORMADO (A) acerca de los objetivos, procedimientos, tiempo requerido para mi participación en una entrevista, que se realizará previa coordinación con las entrevistadoras. Que he recibido explicaciones verbales, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación en la que participaré, beneficios y riesgos, habiendo tenido ocasión de aclarar dudas que me han surgido. MANIFIESTO Que he entendido y estoy satisfecha/ o de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el proceso de mi participación en la investigación titulada: "CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE ALTURA DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA, 2023" de la cual seré partícipe; en este sentido OTORGO MI CONSENTIMIENTO libre y voluntario para que se me aplique la entrevista.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mi persona en cualquier momento del estudio, sin que esto signifique algún tipo de compensación monetaria y de otra índole hacia las responsables del estudio; por lo cual, firmo el presente documento.

Ayacucho, de

Firma del usuario

DNI Firma de la entrevistadora

(O su representante en caso amerite).

Investigadoras:

Erika Dayssi Méndez Pomasoncco.

Celular: 921 344 907

Dayda Flormira Alcarraz Buleje.

Celular: 929 149 291

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)
 Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre:

Varón () Mujer ()

Fecha:

F. nacimiento:

Edad:

Estudios/profesión:

Nº de historia:

Observaciones:

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (nación o autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO INMEDIATO (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.	ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	
DENOMINACIÓN: Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN: Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1 ÓRDENES: Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en el suelo 0-1. LECTURA: Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA: Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA: Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.	LENGUAJE (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 o más: Normal. 24 o menos: sospecha patológica. 12-24: deterioro. 9-12: demencia.	PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	

Anexo 3: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EPILEPSIA QOLIE-31

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Edad: Años cumplidos según DNI

Género:

- a) Femenino
- b) masculino

Lugar de Procedencia

Estado civil:

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Divorciado
- d) Viudo

¿Cuánto es el ingreso mensual familiar?.....

Ocupación:

- a) Empleado
- b) Desempleado
- c) Ocasionalmente

Nivel de educación:

- a) Primaria.
- b) Secundaria.
- c) Superior completa.
- d) Superior incompleta.

Tiempo de enfermedad antes del tratamiento:

- a) < 1de año.
- b) 1-3 años
- c) > de 3 años

Número de crisis por mes.

- a) ≤ 1 crisis
- b) 2-5 crisis
- c) > 5 crisis

Tipo de crisis epiléptica.

- a) De inicio focal.
- b) De inicio generalizado.
- c) De inicio desconocido

Tratamiento antiepiléptico

- a) Farmacológica monoterapia
- b) Farmacológico politerapia
- c) Cirugía sobre vías de propagación
- d) Cirugía resectiva

Tiempo de tratamiento.

- a) ≤ 1 año
- b) 2-5 años
- c) 5-10 años
- d) ≥ 10 años

II. CUESTIONARIO QOLIE-31

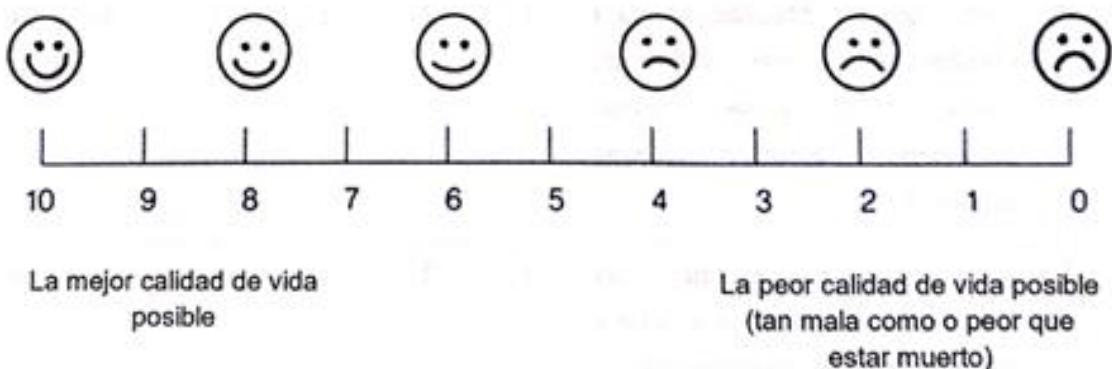
INSTRUCCIONES:

Este cuestionario le pregunta por su salud y sus actividades diarias.

Conteste a todas las preguntas rodeando con un círculo el número de respuesta adecuado (1,2,3...). Si no está seguro de que contestar, elija la respuesta que crea más apropiada y escriba un comentario o explicación al margen izquierdo. **Si lo necesita, no dude en pedir que alguien le ayude a leer o rellenar el formulario.**

1. En términos generales, ¿cómo calificaría su calidad de vida?

(Rodee con un círculo un solo número de la siguiente escala)



Las preguntas que siguen se refieren a como se ha SENTIDO y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.

Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo...?

(Rodee con un círculo un solo número)

	Siem pre	Casi siemp re	Mucha s veces	Alguna s veces	Solo algun a vez	Nun ca
2. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
9. ¿Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6
11. ¿le ha preocupado la posibilidad de sufrir otro ataque?	1	2	3	4	5	6
12. ¿Ha tenido dificultades para razonar y resolver problemas (como hacer planes, tomar decisiones, aprender cosas nuevas)?	1	2	3	4	5	6
13. ¿Su salud ha limitado sus actividades sociales (como visitar a amigos o parientes cercanos)?	1	2	3	4	5	6

14. ¿Qué tal ha sido su CALIDAD DE VIDA durante las últimas 4 semanas (es decir, como le han ido las cosas)?

La siguiente pregunta está relacionada con la MEMORIA.

(Rodee con un círculo un solo número)

Sí muchos	Sí algun os	Solo un poco	No ningun o
--------------	-------------------	--------------------	-------------------

15. En las últimas cuatro semanas, ¿Ha tenido algún problema con su memoria?

1	2	3	4
---	---	---	---

La siguiente pregunta se refiere a cuantas veces durante las 4 últimas semanas ha tenido problemas para recordar cosas o cuantas veces han interferido estos problemas de memoria en su trabajo normal o en su vida cotidiana.

(Rodee con un círculo un solo número)

	Siem pre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nun ca
16. Problemas para recordar cosas que la gente dice	1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas están relacionadas con problemas de CONCENTRACIÓN que puede tener. En las 4 últimas semanas ¿con que frecuencia ha tenido problemas para concentrarse o con qué frecuencia han interferido estos problemas en su trabajo normal o en su vida cotidiana?

(Rodee con un círculo un solo número en cada línea)

	siem pre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nun ca
17. Problemas de concentración al leer	1	2	3	4	5	6
18. Problemas para concentrarse en una sola cosa a la vez	1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas están relacionadas con los problemas que pueda tener con ciertas ACTIVIDADES.

En las 4 últimas semanas, cuántos problemas le ha causado su epilepsia o su medicación antiepiléptica.

(Rodee con un círculo un solo número en cada línea)

Muchísimos Muchos Algunos Pocos Ninguno

19.	En su tiempo libre (como aficiones, salir)	1	2	3	4	5
20.	Conduciendo	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas están relacionadas con cómo se SIENTE respecto a sus ataques.

(Rodee con un círculo un solo número en cada línea)

		Mucho miedo	Bastante miedo	No mucho miedo	Nada de miedo
21.	¿Le da miedo sufrir un ataque durante las cuatro próximas semanas?	1	2	3	4

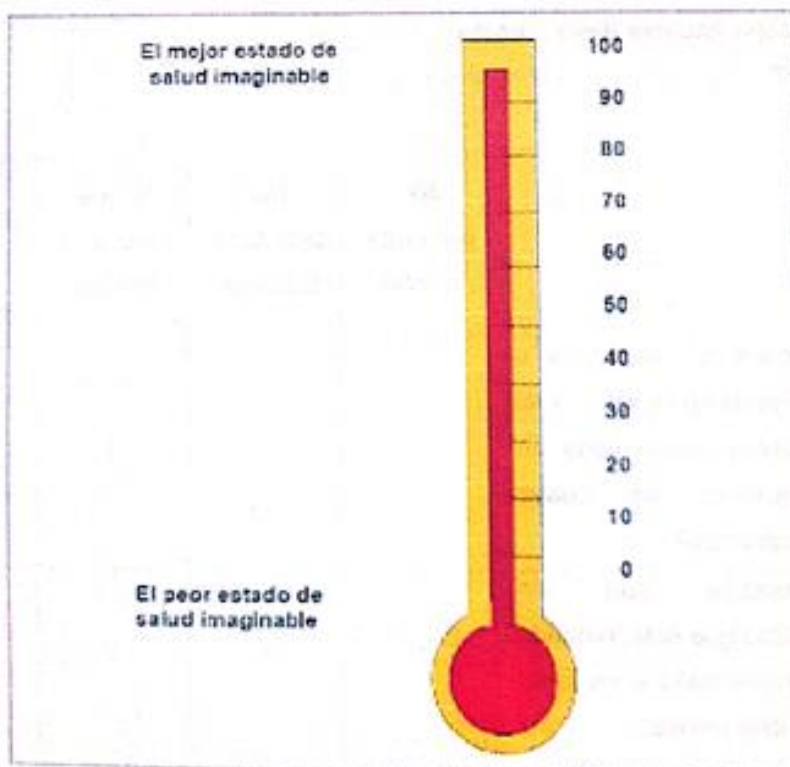
		Me preocupa mucho	Me preocupa un poco	No me preocupa en lo absoluto
22.	¿Se preocupa hacerse daño durante un ataque?	1	2	3

		Me preocupa mucho	Me preocupa bastante	No me preocupa mucho	No me preocupa en absoluto
23.	¿Le preocupa la vergüenza u otros problemas en su vida social que le pudiera causar sufrir un ataque durante las cuatro próximas semanas?	1	2	3	4
24.	¿Le preocupa que los medicamentos que está tomando puedan hacerle daño si los toma durante mucho tiempo?	1	2	3	4

Para cada uno de los siguientes PROBLEMAS, rodee con un círculo el número que refleje cuanto le molestan en una escala del 1 al 5 (1=nada molesto y 5= extremadamente molesto).

		Nada molestos				Extremadamente molestos
25.	Ataques	1	2	3	4	5
26.	Dificultades de memoria	1	2	3	4	5
27.	Limitaciones en el trabajo	1	2	3	4	5
28.	Limitaciones en su vida social	1	2	3	4	5
29.	Efectos físicos de la medicación antiepiléptica	1	2	3	4	5
30.	Efectos mentales de la medicación antiepiléptica	1	2	3	4	5

31. ¿Cree que su salud es buena o mala? En el siguiente termómetro el mejor estado de salud imaginable es 100 y el peor estado imaginable es 0. Indique cómo cree que es su estado de salud rodeando con un círculo un solo número en la escala. Al responder a esta pregunta, tenga en cuenta que la epilepsia forma parte de su estado general de salud.



CARTA DE COMPROMISO DE ASESORAMIENTO

Ayacucho, 17 de marzo del 2023

Dra. Iris Jara Huayta


DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez manifestarle mi compromiso en el asesoramiento del Proyecto de Tesis titulado: **“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE ALTURA DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA, 2023”**, presentado por las estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana: Erika Dayssi Méndez Pomasoncco y Dayda Flormira Alcarraz Buleje con el fin de optar el título profesional.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Dr. Víctor Alexander Palomino Vargas
Catedrático/- DAMH

CARTA DE COMPROMISO DE ASESORAMIENTO

Ayacucho, 16 de marzo del 2023

Dra. Iris Jara Huayta

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez manifestarle mi compromiso en el asesoramiento del Proyecto de Tesis titulado: "**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE ALTURA DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA, 2023**", presentado por las estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana: Erika Dayssi Méndez Pomasoncco y Dayda Flormira Alcarraz Buleje con el fin de optar el título profesional.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Iliano Fernández Chillce
CMP. N° 87373
RNE. N° 028861
MÉDICO NEURÓLOGO

M.C Fernández Chillce, Iliano
Catedrático - DAMH

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

RD. N° 374-2025-UNSCH-FCSA-D

BACHILLERES:

- DAYDA FLORMIRA ALCARRAZ BULEJE.
- ERIKA DAYSSI MENDEZ POMASONCCO.

En la ciudad de Ayacucho siendo las dieciocho y diez horas del día veintiocho de mayo del dos mil veinticinco, se reunieron en el Auditorio de la Escuela Profesional de Obstetricia los docentes miembros del jurado evaluador de la tesis titulada: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE ALTURA, DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA, 2023 , para el acto de sustentación, presentado por las Bachilleres: Dayda Flormira Alcarraz Buleje, y Erika Dayssi Mendez Pomasoncco; para optar el Título profesional de Médico Cirujano.

Los miembros del Jurado de sustentación de la tesis, está conformado por:

Presidente: Prof. Jorge Alberto Rodríguez Rivas (encargado por el Decano)

Miembros: Prof. Alex Darwin Pedroza Castillo.

Prof. Robin Edgardo Ykehara Huamaní.

Prof. José Luís Apaza Gutiérrez.

Secretaria docente: Prof. Betzabé Quispe Camacho.

Con el quorum de reglamento se dio inicio la sustentación de tesis, el presidente de la comisión pide al secretario docente dar lectura a los documentos presentados por los recurrentes, y da algunas indicaciones a los sustentantes.

Dio inicio a la exposición la Bachiller Dayda Flormira Alcarraz Buleje; y una vez concluida su exposición, se dio inicio a la sustentación de la Bachiller Erika Dayssi Mendez Pomasoncco, una vez concluida la sustentación de ambos bachilleres, el presidente del jurado Dr. Jorge Rodríguez, solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas; los docentes miembros del Jurado realizan sus preguntas, observaciones y aclaraciones correspondientes.

El presidente invita a los sustentantes a abandonar el auditorio para que los miembros del Jurado, puedan proceder con la calificación de la Sustentación de Tesis.

RESULTADO DE LA EVALUACION FINAL

BACHILLERES:

- DAYDA FLORMIRA ALCARRAZ BULEJE.
- ERIKA DAYSSI MENDEZ POMASONCCO.

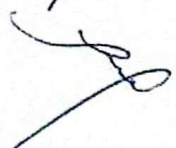
NOMBRE DE JURADOS	Nota de Tex.		Nota de Exposición.		Nota de respuesta a preguntas		Promedio	
	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2
JORGE ALBERTO RODRIGUEZ RIVAS	-	-	-	-	-	-	-	-
ALEX DARWING PEDROZA CASTILLO	18	17	17	17	18	16	18	17
ROBIN EDGARDO YKEHARA HUAMANÍ	17	17	17	17	17	17	17	17
JOSÉ LUÍS APAZA GUTIÉRREZ	16	18	16	18	16	18	16	18
Promedio Final							17	17


De la evaluación realizada por los miembros de jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar a las Bachilleres Dayda Flormira Alcarraz Buleje, y Erika Dayssi Mendez Pomasoncco, quienes obtuvieron las notas de 17 y 17, respectivamente para lo cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente.

Siendo las veinte y 20 horas, se da por concluido con la presenta sustentación de tesis.


 Jorge Alberto RODRIGUEZ RIVAS
 PRESIDENTE


 Alex Darwin Pedroza Castillo
 MIEMBRO


 Robin Edgardo Ykehara Huamaní
 MIEMBRO


 José Luis apaza Gutiérrez
 MIEMBRO


 Betzabe Quispe Camacho
 SECRETARIO DOCENTE



UNSCH

FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL
DE MEDICINA HUMANA

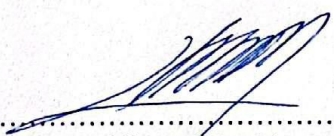
CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en **segunda instancia** para la Escuela Profesional de medicina humana; en cumplimiento a la Resolución de Consejo Universitario N°171-2023-UNSCH-CU, Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la UNSCH y el RESOLUCIÓN DECANAL N.º 720-2023-UNSCH-FCSA /D, deja constancia que:

- Apellidos y Nombres de las tesis: **Alcarráz Buleje, Dayda Flormira
Mendez Pomasoncco, Erika Dayssi**
- Escuela Profesional : **Medicina Humana**
- Título de la Tesis : **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE
ALTURA DIAGNOSTICADOS CON EPILEPSIA, 2023.**
- Evaluación de la originalidad: 2% de similitud

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es procedente otorgar la constancia de originalidad para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 24 de marzo de 2025


.....
Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas

Director de la escuela profesional de Medicina Humana
Facultad de Ciencias de la Salud

(Verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado de la EPMH)

Calidad de vida en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023

por Dayda Flormira ALCARRAZ BULEJE Erika Dayssi MENDEZ
POMASONCCO

Fecha de entrega: 21-mar-2025 06:42p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2621457749

Nombre del archivo: CALIDAD_DE_VIDA_EN_PACIENTES_DE_ALTURA_CON_EPILEPSIA_2025.pdf (1.39M)

Total de palabras: 18801

Total de caracteres: 103888

Calidad de vida en pacientes de altura diagnosticados con epilepsia, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

2%

INDICE DE SIMILITUD

2%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	<1%
3	1library.co Fuente de Internet	<1%
4	core.ac.uk Fuente de Internet	<1%
5	repositorio.uct.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.upse.edu.ec Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo