



Volumen 10, números 1-2, 2001

Perfil de la Epilepsia en el Ecuador *

Página principal

Presentación

Dr. Arturo Carpio,^{1,2} Dr. Marcelo Placencia,^{3,4} Dr. Marcelo Román,⁵ Dr. Rafael Aguirre,⁶ Dra. Noemí Lisanti,¹ Dr. Jorge Pesantes.⁷

Equipo directivo y comité científico

Centro Regional de Epilepsias Ciudad de Cuenca (1), Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (2), Hospital Carlos Andrade Marín, Quito (3), Universidad Católica de Quito (4), Hospital Baca Ortiz, Quito (5), Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil (6), y Hospital Eugenio Espejo, Quito (7).

Información para los autores

Correspondencia: Dr. Arturo Carpio,

INDICE

Casilla Postal: 0101-719, Cuenca - Ecuador

Correo electrónico: arcarpio@az.pro.ec

Revistas Anteriores

* Trabajo presentado en el 1er Congreso

Envío de artículos

Latinoamericano de Epilepsia, Santiago

de Chile, 6-7 Septiembre, 2000

Enlaces a revistas médicas

Congreso virtual de neurología

Resumen: En el Ecuador, la prevalencia de punto de epilepsia activa es de 7 a 12 por 1000, que es similar a la de los países desarrollados, lo cual no necesariamente quiere decir que el riesgo de padecer epilepsia sea similar. La incidencia de epilepsia es de 120 a 172 por 100.000, que es dos a tres veces más alta que la reportada en países desarrollados, lo cual debería ser confirmado en estudios posteriores. A diferencia de lo que ocurre en países desarrollados, la mayor frecuencia se halla en los grupos de edad de la adolescencia y la edad media de la vida, debido posiblemente a que existen enfermedades más prevalentes en estos grupos de edad, tales como las enfermedades infecciosas y parasitarias, que constituyen un factor de riesgo para la epilepsia. La probabilidad de recurrencia de crisis en pacientes con epilepsia es de 43% de promedio. La recurrencia estimada mediante análisis actuarial de Kaplan-Meier es de 30% a los 12 meses; 51% a los 24 meses, 79% a los 45 meses de seguimiento. Los únicos factores predictores de riesgo son la etiología (52% de riesgo de recurrencia en crisis sintomáticas) y la TC cerebral (51 % de recurrencia con TC anormal). La mortalidad en pacientes con epilepsia es seis veces mayor que la población general del Ecuador (razón estandarizada de mortalidad -REM- de 6.3) y la mortalidad por muerte súbita (REM: 3.9) es mayor a la reportada en países desarrollados. Estas cifras altas de mortalidad probablemente explican que a su vez las tasas de prevalencia sean relativamente bajas. El gasto total en atención de salud en el Ecuador fue del orden del 4.6% del producto interno bruto (PIB) para 1995; en tanto que el gasto público en salud fue de apenas el 1%, siendo uno de los más bajos de Sudamérica. No existe una política de salud para las enfermedades crónicas en general y peor aún para la epilepsia en particular. Tampoco se dispone de un marco legal de protección al paciente con epilepsia. Frente a este panorama poco alentador, corresponde a las autoridades de salud, a los gremios científicos, a las universidades, a la empresa privada y a la sociedad misma, unirse en un esfuerzo común para afrontar la problemática de la epilepsia en su real dimensión biopsicosocial.

Abstract: The point prevalence of active epilepsy in Ecuador is between 7/1000 and 12/1000, which is similar to that reported in developed countries; however, this finding does not necessarily indicate that the risk to develop epilepsy is the same in these two populations. The incidence of epilepsy in Ecuador is between 120/100,000 and 172/100,000, which is two to threefold higher than that reported in developed countries. These results should be confirmed by further studies. In Ecuador, the frequency of epilepsy is highest during adolescence and adulthood, probably due to the high prevalence of infectious and parasitic diseases in these age groups. Regarding the prognosis, seizures recur in 43% of patients with epilepsy. The risk of recurrence by the Kaplan-Meier actuarial analysis is 30% at 12 months, 51% at 24 months, and 79% at 45 months of follow-up. Statistically significant risk factors for recurrence are the etiology (52% recurrence risk in patients with symptomatic epilepsy) and the presence of an abnormal CT scan (51% recurrence risk in patients with abnormal CT scans). Mortality in patients with epilepsy is six-fold higher than in the general population of Ecuador (standardized mortality ratio *SMR* of 6.3). The *SMR* for sudden death in patients with epilepsy (3.9) is also higher than that reported in developed countries. These greater mortality ratios probably explain the relatively low prevalence rates in our country. In 1995, Ecuador spent 4.6% of the gross national product on the health system. The Ministry of Health, which funds the public health system, contributed only 1.5% of this amount. This government contribution is one of the lowest in South America. There are no government programs in Ecuador working to manage and prevent chronic diseases, such as epilepsy. There are also no laws to protect patients with epilepsy. This complex background obligates the health authorities, scientific community, and the society in general, to join together in the fight against epilepsy, as a bio-psycho-social problem.

La República del Ecuador, con 274.780 Km², alberga aproximadamente 12 millones y medio de habitantes según estimaciones para el año 2000. La mayoría de la población se asienta en las áreas urbanas (62%), estimándose que un 30% a 35% son indígenas y que en su mayoría viven con grandes limitaciones y carencias. En la actualidad, el país sufre un proceso de crisis estructural en todas sus dimensiones, fomentada por los fracasos en la conducción económica y política de los gobiernos de turno. En este contexto, el sector de la salud es uno de los más descuidados por parte del estado, observándose un deterioro aún mayor en los últimos años. Si bien se mantiene una tendencia a la baja de las tasas de mortalidad infantil y general, y la esperanza de vida al nacer para el período 1995-2000 se ubicó en 69 años, los actuales niveles de salud se sitúan también entre los más bajos de Latinoamérica. La distribución de los factores relacionados con la salud (educación, empleo,

alimentación, saneamiento básico, etc.) está marcada por una injusta desigualdad. Mientras la mayoría de la población no tiene acceso a los modestos servicios de salud públicos, existe una minoría que puede acceder a centros privados que disponen de aceptable tecnología y recursos humanos bien calificados.

El conocimiento de la frecuencia, etiología y pronóstico de la epilepsia ha mejorado notablemente gracias a los estudios epidemiológicos realizados a lo largo de todo el mundo en las dos últimas décadas. Se ha postulado que probablemente existen diferencias en el comportamiento e historia natural de esta patología según las condiciones socioeconómicas de una población en general, y particularmente entre los países desarrollados en comparación con aquellos subdesarrollados o en vías de desarrollo [1], lo cual no ha sido definitivamente comprobado mediante estudios epidemiológicos que cumplan con la rigurosidad científica que exige la epidemiología moderna. Sin embargo, durante la última década se han realizado en el Ecuador y en otros países Latinoamericanos importantes estudios epidemiológicos [2], tanto descriptivos como analíticos, dirigidos a conocer la frecuencia de la epilepsia, los posibles factores de riesgo que determinan su causalidad y los potenciales factores predictores del pronóstico. A continuación se realizará una revisión del perfil epidemiológico de la epilepsia en el Ecuador, y adicionalmente se establecerá una comparación con los estudios realizados en otros países de América.

PREVALENCIA E INCIDENCIA

A fin de evaluar la real importancia de una enfermedad en la población, en este caso la epilepsia, es importante tener presente los conceptos básicos de las medidas de frecuencia utilizadas en epidemiología. La prevalencia (número de enfermos existentes en la población) es función tanto de la incidencia (número de casos nuevos) como de la duración de una enfermedad. Por esta razón, una cifra alta de prevalencia puede indicar que una enfermedad es crónica y no necesariamente que la población tenga un alto riesgo de padecerla; por el contrario, una cifra de baja prevalencia podría, en determinadas circunstancias, deberse a una elevada mortalidad por dicha enfermedad. Por su parte, la incidencia proporciona una medida directa de la probabilidad de que una población sana desarrolle la enfermedad, por lo tanto esta medida es un buen predictor del riesgo de padecer tal enfermedad. En este contexto, la prevalencia es útil para planificar las necesidades de salud y evaluar los programas de salud pública, en tanto que el conocimiento de la incidencia permite implementar medidas de prevención y proporciona información sobre la efectividad del control de las enfermedades.

Importantes estudios epidemiológicos descriptivos de epilepsia se realizaron en el Ecuador en la década de los 80 [2,3], los cuales, al igual que aquellos realizados en el resto del mundo, resultaron poco comparables y no definitivos, debido a diferencias metodológicas importantes; tales como el uso de diferentes criterios de diagnóstico, la falta de diferenciación entre epilepsia activa o inactiva, diversos diseños de selección de pacientes, etc. Los estudios epidemiológicos latinoamericanos sobre epilepsia publicados en la década pasada [4-6] han sido más consistentes y confiables, debido a que han usado definiciones claras y rigurosas, generalmente ajustadas a las recomendaciones de la Liga Internacional Contra la Epilepsia, lo cual permite establecer comparaciones concluyentes.

En el Ecuador se destaca el proyecto "Manejo Comunitario de la Epilepsia" (MCE) realizado por Placencia y colaboradores en una población andina de 72.121 habitantes [5], mediante la aplicación puerta-a-puerta de un instrumento debidamente validado, en el que se reportó una prevalencia de epilepsia activa (crisis epilépticas ocurridas en los 12 meses previos al estudio) de 9 por 1000 (Tabla 1), y una prevalencia "a lo largo de la vida" (lifetime – crisis epilépticas activas e inactivas) de 12 a 19/1000. La figura 1 muestra la prevalencia específica por edad, cuyas cifras más elevadas se hallan en los grupos comprendidos entre los 20 y 50 años de edad. Este mismo estudio reportó una incidencia de crisis recurrentes afebriles de 172 por 100.000 persona—años basado en datos retrospectivos obtenidos en el transcurso de 12 meses (Tabla 2).

Las tasas de prevalencia de epilepsia activa reportadas durante la década pasada en países latinoamericanos son más o menos similares entre sí (5 a 12/1000), excepto el estudio realizado en Chile [7] y no muestran mayor diferencia de la reportada en Rochester, EE.UU (6/1000), que representa a una población típica de un país desarrollado [8] (Tabla 1). Sin embargo esto no quiere decir que el riesgo de padecer epilepsia sea el mismo, como usualmente suele interpretarse, sino que debemos considerar otros factores tales como la posibilidad de una mayor mortalidad en individuos con epilepsia en países en desarrollo, lo que hace parecer que la frecuencia de epilepsia sea aparentemente menor en nuestros países. Por otro lado, no se debe comparar las cifras crudas de prevalencia sino las tasas ajustadas a la edad, a fin de evitar la influencia de la estructura de la edad en la cada población. Las cifras reportadas en las tablas 1 y 2 han sido ajustadas a la edad, de acuerdo al método directo de ajuste de tasas, tomando como referencia estándar la población de los EEUU en el año 1990.

El estudio de Chile [7] reporta una prevalencia tres veces mayor que en el resto de países (Tabla 1), a pesar de que los autores utilizaron definiciones similares a las recomendadas por la ILAE. Esta amplia variación puede ser debida al hecho de que el estudio Chileno utilizó el criterio de selección de crisis recurrente afebril, en el que se incluyeron tanto las crisis sintomáticas agudas como las crisis no provocadas. En el estudio del Ecuador [5] se restringió la definición de epilepsia activa a un año, a diferencia de los otros estudios en los que en la definición de epilepsia activa el rango fue de cinco años. Es también posible que esta diferencia se deba a que el estudio chileno utilizó la metodología de revisión de registros médicos para detectar los casos, lo que permite una mayor posibilidad de captar a todos los pacientes con crisis epilépticas, a diferencia del resto de estudios latinoamericanos que utilizaron encuestas aplicadas a la población mediante el sistema puerta a puerta, cuyo método tiene el riesgo de no captar a pacientes con crisis parciales.

Las tasas más altas de prevalencia específica por edad en los países latinoamericanos, corresponden a los grupos comprendidos entre los 15 y 40 años de edad, a diferencia del estudio realizado en Estados Unidos, que al igual que otros países desarrollados, muestran una mayor prevalencia de epilepsia en los extremos de las edades; esto es, en la primera década de la vida y por encima de los 60 años de edad (Figura 1). Esto se debe a la diferente composición de edades de la población y posiblemente también a los diferentes factores de riesgo de la epilepsia entre estas dos poblaciones, lo cual esta por confirmarse en el futuro.

La incidencia de la epilepsia en una población rural del Ecuador [5] (172 /100000), es mucho más alta en comparación con las cifras reportadas en Canadá y Estados Unidos (44/100000) e incluso con la tasa reportada en Chile [7] (95/100000) (Tabla 2). Este fenómeno se debe a que los autores incluyeron pacientes con crisis únicas y no con crisis recurrentes; sin embargo es difícil establecer comparaciones definitivas en este caso, puesto que el estudio ecuatoriano tiene el inconveniente de ser retrospectivo, lo cual no es lo más aconsejable en estos casos. Al igual que lo reportado para la prevalencia, las cifras más altas de incidencia

específica por edad en los Estados Unidos se sitúan en la tercera edad, a diferencia de los países latinoamericanos, cuyo pico de incidencia se halla en los jóvenes y en la edad media de la vida (Figura 2).

ETIOLOGÍA

Los estudios realizados en Latinoamérica sobre etiología de la epilepsia son escasos y poco comparables entre sí, puesto que no se dispone de definiciones precisas [3]. No se diferencia, por ejemplo, entre crisis sintomáticas agudas y crisis provocadas, o entre crisis epilépticas y epilepsia (crisis recurrentes). Estas definiciones y distinciones no sólo tienen importancia desde el punto de vista semántico, sino fundamentalmente de tipo conceptual, puesto que implican una etiología y sobre todo un pronóstico diferentes [3]. Adicionalmente, casi todos los estudios reportados en Latinoamérica son series de casos prevalentes, que no son los adecuados para estudiar etiología. En las enfermedades crónicas, como en el caso de la epilepsia, es difícil precisar si la supuesta etiología apareció antes o después del inicio de las crisis epilépticas. Un claro ejemplo de esta circunstancia ocurre en aquellos pacientes que presentaron crisis epilépticas varios años atrás y se realiza una TC cerebral que muestra una o más calcificaciones (posiblemente neurocisticercosis), en cuyo caso no se puede estar completamente seguro de la relación temporal causa-efecto. Situaciones similares ocurren en otras patologías neurológicas, como por ejemplo en los casos de traumatismos de cráneo. Por esta razón, la condición indispensable para estudiar etiología de la epilepsia es mediante un estudio prospectivo, en el que se seleccione una cohorte de pacientes con casos nuevos de epilepsia (incidentes).

En un estudio multicéntrico prospectivo de cohorte llevado a cabo recientemente en el Ecuador [4] en 312 pacientes nuevos (incidentes) con diagnóstico de epilepsia (crisis no provocadas recurrentes), se pudo observar que el 63,5% de casos tuvieron etiología idiopática/criptogénica, mientras que en el 36,5% la causa fue sintomática (Figura 3). Otro estudio de campo, realizado en una población rural del Ecuador [6], mostró también que por lo menos en el 73% de pacientes no se pudo demostrar la causa. Estos datos coinciden con la información de países desarrollados, en el sentido de que solamente en un tercio de pacientes se puede demostrar la causa, aunque sí existen diferencias con relación a las causas sintomáticas, puesto que en el Ecuador las principales causas sintomáticas son los trastornos perinatales (9%) y la neurocisticercosis (8%), seguido de traumas de cráneo, enfermedades cerebrovasculares e infecciones del sistema nervioso central (4% para cada una de ellas). En todo caso, es importante precisar que estas cifras distan mucho de algunas publicaciones de otros países latinoamericanos que afirman que el 50% de casos de epilepsia se debe a neurocisticercosis, lo cual posiblemente se debe a problemas metodológicos, tales como el tipo de muestra o diferentes criterios de diagnóstico.

PRONÓSTICO

Un estudio multicéntrico prospectivo de cohorte, con un seguimiento de 3 años (Enero de 1997 a Enero del 2000), se realizó en 5 hospitales generales del Ecuador [4], en el que se seleccionaron 312 pacientes con epilepsia de diagnóstico reciente (crisis no provocadas recurrentes). El promedio de seguimiento fue de 14 meses (± 11.6); 43% de pacientes presentaron recurrencia de crisis durante el período de seguimiento. La recurrencia estimada mediante análisis actuarial de Kaplan-Meier fue de 30% a los 12 meses; 51% a los 24 meses, 79% a los 45 meses (Figura 3). El riesgo de recurrencia en pacientes con crisis sintomáticas (52%) fue mayor que en los de crisis idiopáticas (38%) ($p < 0.0.5$). De igual forma, los pacientes con TC normal tuvieron una recurrencia menor (35%) que aquellos con TC anormal (51%) ($p < 0.0.5$) (Figura 4). No se encontraron diferencias significativas en el riesgo de recurrencia según el sexo, edad, EEG y tipo de crisis. En este estudio se concluye que el riesgo de recurrencia de crisis epilépticas en personas con epilepsia en países en desarrollo es similar al reportado en países industrializados. A pesar de las diferencias en la etiología en estos dos grupos, la historia natural de la epilepsia parece ser universal.

MORTALIDAD

No se han realizado estudios de mortalidad de la epilepsia en el Ecuador, debido entre otros factores, a la dificultad de obtener información confiable de los certificados médicos de defunción y al hecho de que muy excepcionalmente se realizan autopsias en nuestros hospitales, lo cual ocurre también en el resto de países de Latinoamérica. Al parecer, el método más apropiado para investigar la mortalidad en nuestros países es mediante estudios multicéntricos prospectivos de cohorte, que si bien tienen el inconveniente de ser una muestra muy seleccionada y con poder estadístico probablemente insuficiente, tienen la ventaja de que la selección de casos y los criterios de diagnóstico estarían bien documentados y serían confiables.

De acuerdo a información de estudios realizados en países subdesarrollados [9], la mortalidad asociada con epilepsia es dos a tres veces mayor que la de la población en general. También se ha postulado que los individuos con epilepsia tienen mayor riesgo de fallecer por "muerte súbita", no relacionada con las crisis per se, ni debida a muerte accidental por ahogamiento, asfixia, etc. En seminarios organizados por la ILAE se ha propuesto criterios de definición de "muerte súbita, no explicada, en paciente con epilepsia" (en inglés, se conoce con las siglas SUDEP: sudden unexpected and unexplained death in individuals with epilepsy), de acuerdo a niveles de certeza, en diagnóstico definitivo, probable y posible [9].

En el Centro de Epilepsias de la Ciudad de Cuenca, Ecuador se llevó a cabo un estudio para investigar la mortalidad de la epilepsia [9], en el que se realizó un seguimiento de 3 años de duración en 412 pacientes (1236 paciente-años de exposición) con diagnóstico de epilepsia. Siete pacientes fallecieron durante el período de seguimiento, de los cuales en 4 se estableció el diagnóstico de muerte súbita (SUDEP), 2 murieron accidentalmente y una persona por recurrencia de infarto cerebral. La razón estandarizada de mortalidad (REM) fue calculada dividiendo el número de muertes observadas en la cohorte de individuos con epilepsia, para el número de muertes esperadas, tomando como referencia la mortalidad general de la población del Ecuador en el año 1996. De esta manera, la REM por muerte súbita fue de 3.9 y la REM por todas las causas de muerte fue de 6.23 (Tabla 3), que son cifras superiores a las reportadas en países desarrollados (por ejemplo 1.3 en Rochester, USA). Estas cifras altas de mortalidad podrían determinar que la prevalencia de epilepsia en países latinoamericanos sea aparentemente baja, similar

a la de los países desarrollados, como se discutió líneas arriba. Sin embargo, estos resultados deberán ser confirmados mediante estudios posteriores con una muestra poblacional más representativa.

NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON EPILEPSIA

El Ecuador cuenta con 13 médicos por 10.000 habitantes y 4.6 enfermeras/10.000 (calculado al año 1995), pero la mayoría de ellos están ubicados en áreas urbanas, debido a las escasas posibilidades económicas y de desarrollo para el profesional en las áreas rurales. En el país existen aproximadamente 70 neurólogos, 80 neurocirujanos y 240 psiquiatras que atienden pacientes con epilepsia, y que no cubren las necesidades de cobertura de toda la población con epilepsia (aproximadamente 200.000 individuos), y ésta debe acudir también a un número difícil de precisar de pediatras, internistas y médicos generales. Esta circunstancia, agravada por la distribución desigual de los servicios de salud y la grave crisis económica que afronta el país, hacen difícil que la mayoría de los epilépticos tengan posibilidad de un manejo apropiado, como lo demostró el proyecto MCE [10,11], en el que apenas el 21% de población con epilepsia estaba con tratamiento antiepiléptico al momento de la investigación, mientras que el 71% había acudido a la medicina alternativa para recibir tratamiento de “curanderos” locales.

No se dispone de estadísticas definitivas que informen sobre la cobertura de atención a los pacientes con epilepsia. En el año 1988 se realizó en el Ecuador un seminario [10] sobre políticas de salud en epilepsia, cuyos resultados y conclusiones siguen siendo un buen referente en lo que respecta a la problemática biopsicosocial de la epilepsia en nuestro país. En este seminario se estimó que en aquél entonces, el 2.95 por mil de egresos hospitalarios correspondieron al diagnóstico de epilepsia; pero por otro lado, se hizo hincapié que apenas el 7.5% de los pacientes epilépticos se hospitalizaban por año. En el año 1995 el número de egresos hospitalarios por epilepsia fue de 1.9 por mil.

CENTROS DE EPILEPSIA

Existen tres Centros de Epilepsia sin fines de lucro en el Ecuador, que funcionan con autonomía económica y administrativa. El Centro Regional de Epilepsias Ciudad de Cuenca, funciona gracias a un convenio entre el Ministerio de Salud Pública, la Universidad de Cuenca, La Liga Ecuatoriana Contra la Epilepsia, y la empresa privada; cuenta con personal administrativo de secretaría y contabilidad, una trabajadora social, cinco neurólogos, dos neurocirujanos, una psicóloga y un psiquiatra. El personal médico brinda actividad asistencial a través de 250 consultas médicas mensuales de promedio, de las cuales un 10 al 20% son pacientes nuevos. Entre los principales objetivos del centro, cabe resaltar las actividades de docencia médica de pre y postgrado en coordinación con la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, y especialmente actividades de investigación. Actualmente se realizan varios proyectos de investigación locales, nacionales e internacionales, que cuentan con el auspicio y financiamiento del Consejo Nacional de Universidades y Escuela Politécnica del Ecuador (CONUEP) y del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH).

En la ciudad de Quito funciona la Fundación Epilepsia (FUNNEPI), es una institución privada que cuenta con personal administrativo propio, una trabajadora social, una terapeuta de rehabilitación, cinco neurólogos, un pediatra, un médico internista, un médico electrofisiólogo, dos psicólogos y un psiquiatra. La Fundación tiene registradas 9.800 historias clínicas de pacientes con epilepsia desde el año 1992, 60% de los que continúan con controles médicos subsecuentes, mediante 200 consultas mensuales aproximadamente. De éstas, cerca del 30% son pacientes nuevos. Dentro del equipamiento cuenta con un electroencefalógrafo y el resto de exámenes complementarios se realizan mediante convenios con otras instituciones de salud.

En la ciudad de Guayaquil funciona la Clínica de Epilepsia, que trabaja mediante autogestión económica, cuenta con personal administrativo, cinco neurólogos y dos psicólogas, quienes proveen alrededor de 100 consultas médicas mensuales. El centro dispone de una farmacia que facilita a los pacientes de escasos recursos económicos medicación antiepiléptica con descuentos considerables.

Adicionalmente, los departamentos de neurología de los hospitales generales y pediátricos de las principales ciudades del país tienen unidades o “clínicas de epilepsia” que brindan atención especializada específica.

ASPECTOS ECONÓMICOS

El gasto total en atención de salud en el Ecuador fue del orden del 4.6% del producto interno bruto (PIB) para 1995; en tanto que el gasto público en salud fue de apenas el 1%, siendo uno de los más bajos de Sudamérica. En el seminario arriba mencionado sobre políticas de salud en epilepsia [10], se realizó un cálculo del costo aproximado que cada paciente con epilepsia representaba al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, lo cual convertido al valor en dólares norteamericanos en aquella época fue de aproximadamente \$ 600 dólares. Esta cifra no se puede extrapolar exactamente a la época actual, pero significa un referente válido. No se ha realizado en nuestro país un cálculo tomando en cuenta costos directos (tratamiento de pacientes hospitalizados y ambulatorios, medicinas, exámenes médicos, cuidados especiales en casa, etc.) y costos indirectos (pérdida de productividad económica, desempleo, subempleo, exceso de mortalidad, etc.).

Tampoco existen programas de epilepsia diseñados por las autoridades de salud, como debería ocurrir. Sin embargo, se puede fácilmente aprovechar el Sistema de Salud Rural, en el cual los médicos recién graduados para poder ejercer su profesión deben realizar previamente y en forma obligatoria un año de medicatura rural. De esta manera, los médicos rurales, con un buen entrenamiento en el diagnóstico y manejo de la epilepsia, podrían ampliar notablemente la cobertura y calidad de atención. Estos aspectos deberán ser asumidos por las autoridades nacionales de salud y fomentados por la Liga Ecuatoriana Contra la Epilepsia.

IMPACTO SOCIAL

Más de 300.000 ecuatorianos han presentado una crisis convulsiva, de los cuales aproximadamente 150.000 padecen epilepsia y cada año serán diagnosticados en nuestro país entre 12.000 a 18.000 nuevos casos de epilepsia. Casi la mitad de estos pacientes son niños o adultos jóvenes, lo que constituye un importante sector de la población potencialmente productiva que estaría en riesgo de constituirse en una carga para la sociedad, debido a los estigmas y prejuicios sociales que lamentablemente persisten. Un porcentaje no determinado, pero probablemente muy significativo de esta población, es discriminado en las aulas escolares o en sus lugares de trabajo por la falta de un real conocimiento de la epilepsia. Urge entonces comprometer a las autoridades de salud, a los gremios científicos, y a la sociedad misma, para unirse en un esfuerzo común y afrontar la problemática de la epilepsia en su real dimensión.

La Constitución del Ecuador consagra el derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, la vivienda, el vestido, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; sin embargo, ésta es una declaración de principios, que no están plasmados en normas y leyes, particularmente en lo que a la epilepsia se refiere, lo cual se constituye en un gran vacío legal. En este campo está todo por hacerse en nuestro país.

El nivel de organización de los pacientes con epilepsia es también incipiente en el Ecuador. Existe un grupo de auto-ayuda organizado por los pacientes y sus familiares en el Centro de Epilepsias de la ciudad de Cuenca, que funciona con una directiva propia y mantiene un plan de trabajo dirigido a actividades de educación y promoción de la problemática social de la epilepsia. Lamentable, sus planes y sueños, se ven muchas veces frustrados por la falta de apoyo económico por parte de la sociedad.

REFERENCIAS

1. Bittencourt PRM, Adamolekun B, Bharucha N, et al. *Epilepsy in the tropics: I. Epidemiology, socioeconomic risk factors, and etiology. Epilepsia* 1996;37:1121-1127
2. Carpio A, Bittencourt PRM. *Epilepsy in the Tropics. In: Chopra JS, Sawney IMS. eds. Neurology in Tropics. New Delhi: B.I. Churchill Livingstone Pvt Ltd, 1999:527-32*
3. Carpio A, Hauser WA. *The distribution and etiology of epilepsy in the tropics of America. Revista Ecuatoriana de Neurología* 2:137-145, 1993-
4. Carpio A, Hauser WA, Lisanti N, et al. *Prognosis of epilepsy in Ecuador: A preliminary report. Epilepsia* 1999;40:110
5. Placencia M, Shorvon SD, Paredes V, et al. *Epileptic seizures in an andean region of Ecuador. Incidence and prevalence and regional variation. Brain* 1992;115:771-782.
6. Placencia M, Sander JWAS, Roman M, et al. *The characteristics of epilepsy in a largely untreated population in rural Ecuador. J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57:320-325.
7. Lavados J, Germain L, Morales A, et al. *A descriptive study of epilepsy in the district of El Salvador, Chile, 1984-1988. Acta Neurol Scand* 1992;85:249-256.
8. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. *Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota:1935-1984. Epilepsia* 1993;34:453-468.
9. Carpio A. *Mortality of epilepsy in Ecuador. Workshop of Mortality of Epilepsy. International League Against Epilepsy. Commission on the Burden of Epilepsy. Brussels, May 19-20, 2000.*
10. Placencia M. *Políticas de Salud en Epilepsia. Seminario Taller. Ministerio de Salud Pública. Sociedad Ecuatoriana de Neurología. Liga Ecuatoriana Contra la Epilepsia. 1988*

Tabla 1. Prevalencia de Epilepsia Activa en América

Autor (año)	País	Población	Prevalencia Cruda	Prevalencia Ajustada *
Hauser WA. (1991)	U.S.A.	56.447	6.8	6.8
Lavados J. (1991)	Chile	17.694	17.7	18
Placencia M (1992)	Ecuador	72.121	8	9
Mendizabal E.	Guatemala	1.882	8.5	5.6

(1996) Nicoletti A	Bolivia	10.124	11.1	12
(1999)				

* tasa por 1000, ajustada a la población de USA de 1990

Tabla 2. Incidencia de Epilepsia en América

Autor (año)	País	Población	Selección de casos	Incidencia *
Lavados J. (1991)	Chile	17.694	Revisión de registros	95
Placencia M (1992) °	Ecuador	72.121	Puerta a puerta	172
Hauser WA. (1993)	U.S.A	516.903	Revisión de registros	44
Camfield CS (1996)	Canadá	850.000	E.E.G.	44

* tasa por 100,000, ajustada a la población de USA de 1990

° incidencia de primera crisis afebril

Tabla 3. Razón Estandarizada de Mortalidad en individuos con Epilepsia en el Ecuador (todas las causas)

Edad	Pacientes con Epilepsia	Muertes esperadas*	Muertes observadas	R.E.M.
0-19	268	0.55	4	7.7
20-59	102	0.31	3	7.1
>60	9	0.41	1	3.2
	379	1.28	7	6.3

* Tomando como referencia la mortalidad específica por edad de la población del Ecuador en 1996

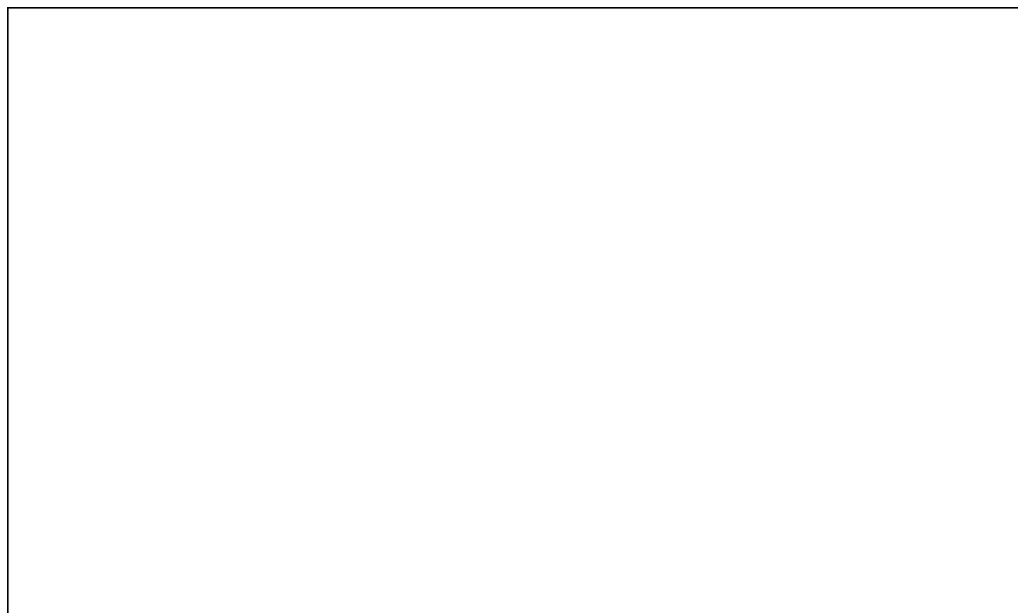
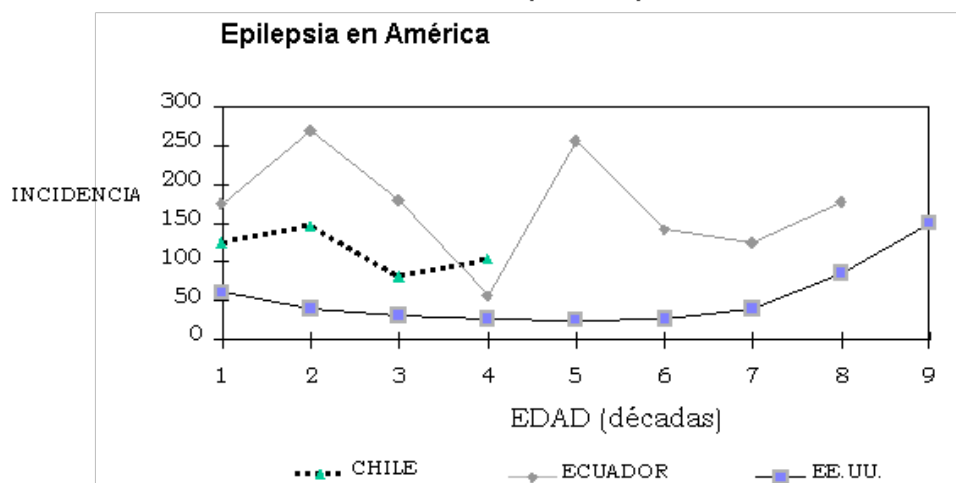


Gráfico 2. Incidencia Específica por Edad de la Epilepsia en América



Gráfica 3. Etiología de la Epilepsia en el Ecuador

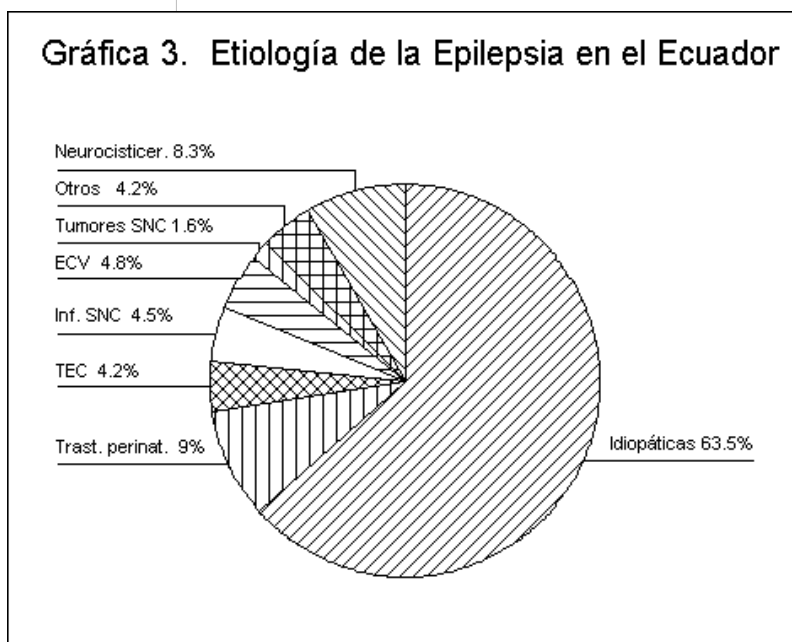
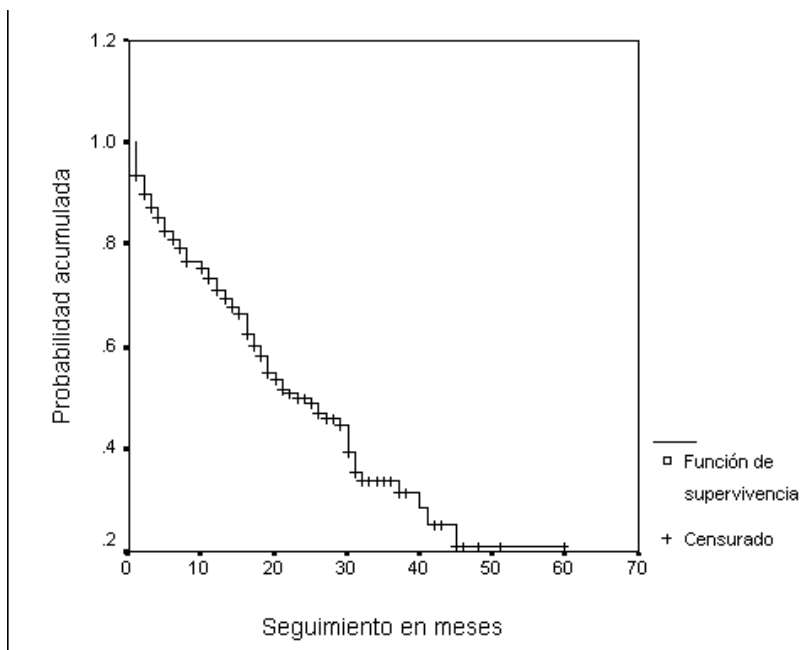
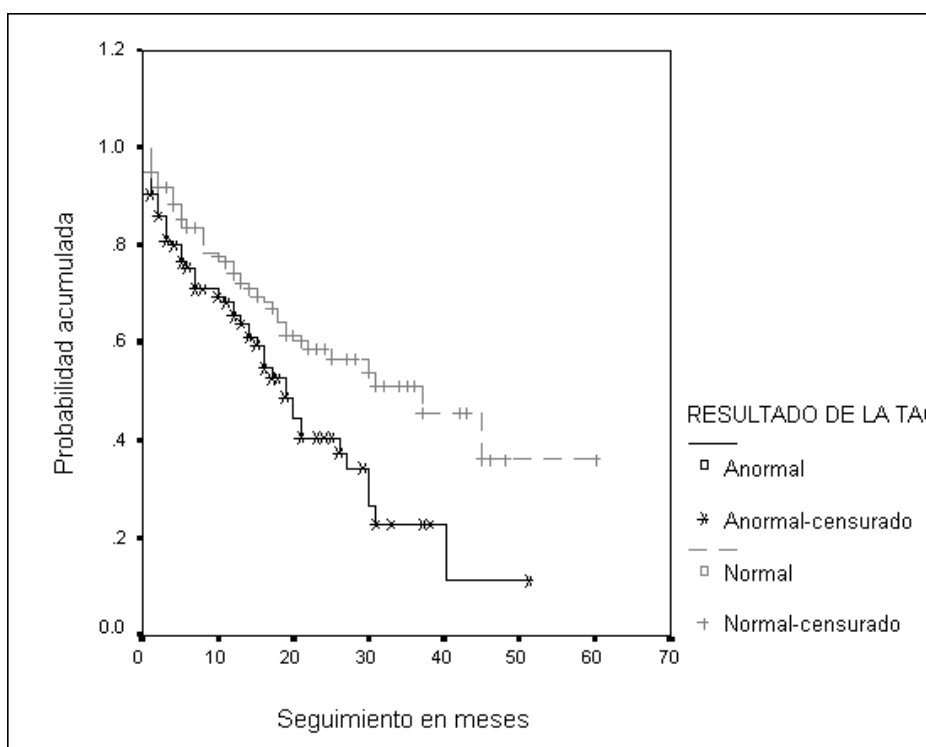


Gráfico 4. Probabilidad de recurrencia de crisis epilépticas en 289 pacientes con epilepsia en el Ecuador. Curva de Kaplan-Meier



Gráfica 5. Probabilidad de recurrencia de crisis epilépticas en 289 pacientes con epilepsia en función del resultado de la tomografía cerebral computarizada. Curvas de Kaplan-Meier



Esta página está hospedada en www.medicosecuador.com

MEDICOS ECUADOR

- Directorio de Médicos
- Directorio de Empresas
- Consulta en Línea a Médicos
- Artículos para Pacientes
- Artículos para Médicos
- Congresos Médicos

Desea más información? [Búsquela en medicosecuador.com](http://www.medicosecuador.com)