

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO



PREVALENCIA DE EPILEPSIA
HABITANTES DE LA CASA HOGAR SAN PABLO
SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO
1992 - 1997

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA
OBTENER EL GRADO DE

MÉDICO CIRUJANO GENERAL

PRESENTA

ADRIANA URANGA ROMERO

DIRIGIDA POR

DR. FAUSTINO LLAMAS IBARRA
DR. ADRIÁN HERNÁNDEZ LOMELÍ

CENTRO UNIVERSITARIO
SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, MÉXICO.
1998

S.A.B. JANTO AUSTOLERO

No Adq. H58499...

No. Título _____

Clas. 616.853

U 720

INDICE

Capítulo I Datos de identificación	2
Capítulo II Resumen	3
Capítulo III. Introducción	4
Capítulo IV. Material y método	7
Capítulo V. Resultados	9
Capítulo VI. Discusión.....	12
Capítulo VII. Conclusiones	14
Capítulo VIII. Referencias bibliográficas	16
Capítulo IX. Firmas de los investigadores y asociados	19

CAPÍTULO I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

PREVALENCIA DE EPILEPSIA EN HABITANTES DE LA CASA HOGAR SAN PABLO SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO 1992 - 1997.

Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Calle Clavel No 200 colonia Prados de la Capilla.

Santiago de Querétaro, Querétaro.

Casa Hogar San Pablo

Playa Angel s/n esq con Mocamo. Colonia Desarrollo San Pablo.

Santiago de Querétaro, Querétaro.

Adriana Uranga Romero

Médico pasante de servicio social.

CAPÍTULO II.- RESUMEN

La epilepsia es un padecimiento neurológico que se caracteriza por crisis convulsivas recurrentes y en el 75% de los pacientes inician antes de los 16 años. En la Casa Hogar San Pablo, se desconocía la prevalencia de esta enfermedad, por lo cual se estudiaron a 47 pacientes y su relación con la edad del paciente, el sexo, patologías agregadas como parálisis cerebral infantil, (PCI) y retraso mental (RM), así como la relación existente con el tipo de tratamiento y el control de los cuadros agudos y finalmente correlacionarlo con el EEG y TAC. Reportamos una prevalencia total de 60.3 por c/100 niños estudiados (c/100 n.e), destacando las crisis tónico clónico generalizada, con una T.P. de 50 (c/100 n.e) ; el grupo de edad más afectado fue el de 0 a 9 años de edad con una T.P. 32.0 c/100 n.e, no existió un predominio en relación al sexo. La edad en que se observaron mas aciertos y desaciertos en el diagnóstico fue en el grupo de 0-9 años, se observó un mejor control de los cuadros agudos con el uso de la monoterapia. Se confirmó una vez más la relación existente entre el RM, PCI y epilepsia. El uso de electroencefalograma ayudó para confirmar el diagnóstico y la tomografía axial no mostró ayuda diagnóstica.

CAPÍTULO III .- INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una de las enfermedades más frecuentes, si bien no se conoce con precisión su epidemiología, ya que muchos casos son negados. En el Instituto Nacional de Neurología en Tlalpan se encontró una prevalencia de 18/1000, sin embargo estadísticas nacionales refieren que la prevalencia que se ha encontrado es de 10 a 20 por cada mil habitantes, lo que demuestra que por lo menos en nuestro país hay un millón de personas que presentan epilepsia (3).

En la Ciudad de Querétaro se desconoce la prevalencia de epilepsia, y aún no se cuenta con programas para diagnóstico y tratamiento oportuno. La finalidad de realizar este trabajo de investigación es conocer el número de casos de epilepsia dentro de una población capturada que son los habitantes de la Casa Hogar San Pablo de 1992 a 1997, así como la relación existente de esta enfermedad con el sexo, edad donde más la encontramos, si incrementa la frecuencia en pacientes con retraso mental y/o parálisis cerebral, hacer una relación entre el tipo de trazo EEG anormal y el tipo de crisis convulsiva, hacer un análisis del tipo de tratamiento que llevan y los resultados en cuanto al control de las crisis convulsivas, y por último ver si existe una relación entre epilepsia y alteraciones anatómicas encontradas en las tomografías. (3).

La epilepsia es un síndrome que se presenta en diferentes padecimientos del sistema nervioso central, que se caracteriza por cuadros recurrentes de crisis convulsivas, consecuencia de una descarga paroxística anormal, masiva y exagerada de una cantidad de neuronas, la que a su vez es secundaria a una despolarización rápida y repetitiva de las mismas siendo así un foco de descarga.(9,11,17).

En relación a la edad de presentación, se reporta que puede iniciar a cualquier edad, sin embargo estudios nacionales reportan que el 78% de los casos se presentan antes de la

adolescencia, el 16.3% aparece en el adulto joven, 5.2% corresponde a los adultos y el 1.7% a los ancianos (9). Ninguno de los autores consultados reporta un predominio en cuanto al sexo.

Para la realización de un diagnóstico adecuado de epilepsia, se requiere que el paciente refiera crisis convulsivas en más de una ocasión, que se describan las características clínicas de dicho evento, además se requiere un electroencefalograma, para realizar la confirmación de los eventos, así como un estudio de tomografía axial computarizada para descartar cualquier causa orgánica, ya que Velasco Velasco y Romo demuestran que un 40% de los epilépticos no muestran etiología aparente y que de ellos el 30% muestran alteraciones EEG de lesión regional o focal y exclusivamente el 10% fueron idiopáticas. (2,8).

Dependiendo del tipo de crisis convulsiva, van a ser las alteraciones de los trazos EEG en el periodo interictal. Las crisis de ausencia se caracterizan por actividad de fondo normal, y algunas veces espigas y complejos punta onda lenta; las crisis mioclónicas por polipuntas y ondas lentas; crisis clónicas por puntas y ondas o bien por polipuntas y ondas; las de tipo tónico se observa un fondo anormal para la edad, descargas rítmicas puntas agudas; las convulsiones tónico clónico generalizadas se caracterizan por polipuntas ondas o espigas, y descargas de ondas lentas; los trazos anormales de EEG que se observan polipuntas y ondas lentas. (3)

Para el tratamiento de epilepsia se recomienda como primera elección el tratamiento con monoterapia, proporcionando un control de las crisis en un 50 a 80%; sin embargo el porcentaje restante, requiere el manejo con politerapia, ya que se consideran crisis de difícil control.(7,10).

Definitivamente se ha observado una asociación entre epilepsia y enfermedades del sistema nervioso central como son retraso mental y parálisis cerebral infantil, siendo

reportado un 10% de epilépticos en pacientes con un coeficiente intelectual menor a 70, siendo estas dos asociaciones el reflejo de la existencia de mayor daño neurológico (2,11,13).

Actualmente no existen parámetros para decir que se han controlado los cuadros agudos de epilepsia , sino que cada paciente se valora en relación a la frecuencia de crisis convulsivas que presentaba, siendo entonces, que si disminuye la frecuencia de estas se puede decir que se esta logrando un control. (6,15).

CAPÍTULO IV.- MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal dentro de las instalaciones de la Casa Hogar San Pablo que es una institución que alberga a niños con discapacidad mental y que presentan abandono social o familiar, con la finalidad de conocer la prevalencia de epilepsia dentro de esta población cautiva.

El estudio abarcó todos los habitantes de la Casa Hogar San Pablo que presentaron crisis convulsivas, eliminándose todos aquellos expedientes ilegibles que no proporcionaban datos para la investigación.

Se inició con la apertura de los expedientes clínicos y la revisión cuidadosa a partir de 1992 y se seleccionaron todos aquellos que reportaban eventos de crisis convulsivas y/o el diagnóstico de epilepsia.

Toda la información como edad, sexo, diagnóstico clínico, tratamiento, control de cuadros agudos, fue vaciada en hojas de recolección, posteriormente se recolectaron todos los estudios de electroencefalograma y todos aquellos pacientes seleccionados para el estudio que no contaban con EEG, se les realizó bajo el sistema internacional 10-20, el cual consistió que el área total de la cabeza fue trazada bajo líneas, con intervalos 10% o 20% y los electrodos se colocaron en las intersecciones de estas líneas, siendo un total de 21 en masa y finalmente se registró en hojas de ocho canales.

Se analizaron los electroencefalogramas registrándose en la hoja de recolección todos aquellos trazos patológicos. Se hizo una relación de todas las placas de tomografía axial computarizada, posteriormente se separaron todas aquellas que pertenecían a los niños seleccionados para la investigación, se buscaron alteraciones registrándose en la hoja de recolección

Posteriormente se hizo un concentrado de toda la información obtenida en una hoja de tabulación y esta información fue procesada en cuadros de cruce de variables.

CAPÍTULO V.- RESULTADOS

El estudio de epilepsia fue realizado en la Casa Hogar San Pablo donde se tomaron en cuenta todos los niños desde 1992-1997 que presentaron crisis convulsivas, y que aún vivan en dicha institución.

Se encontró que existen 47 casos de pacientes con epilepsia en un universo de 78 habitantes presentando una tasa de prevalencia de 60.2 por cada 100 niños estudiados (T.P. p/100 niños) Tabla y grafica #1 siendo el tipo de crisis más frecuente las tónico clónicas generalizadas con una tasa de prevalencia 50, resaltando que no se registra ningún caso de crisis de ausencia, clónicas y tónicas.

Tabla #2, indica la prevalencia de epilepsia según el grupo de edad al momento del diagnóstico. El grupo de mayor prevalencia fue de 0-4 años con 19 casos reportados y una T.P 240 por c/100 niños, donde 16 de los casos corresponden a crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas (CCTCG), el segundo lugar le corresponde al grupo de pacientes de 5 a 9 años de edad donde se reportan 6 casos y un T.P 7.7 por c/100 niños estudiados, siendo el 100% de estos del tipo tónico clónico generalizadas.

Se reporta el tipo de epilepsia y el sexo de los pacientes estudiados, encontrando que no existe diferencia en cuanto a la tasa de prevalencia entre uno y otro sexo ya que se encontró una T.P. de 60 por c/100 niños estudiados para el sexo femenino y una T.P de 60.5 para el sexo masculino.

Podemos mencionar que en relación al número de casos del tipo de epilepsia, la caracterizada por CCTCG fue muy similar para ambos sexos pero en relación a la tasa de prevalencia reportada fue mayor para el sexo femenino (T.P. 51.4 por c/100 niños estudiados). Tablas # 3 y gráfica # 2.

En relación al diagnóstico adecuado de la epilepsia y la edad del paciente al momento del diagnóstico, existe un predominio demasiado importante de los diagnósticos adecuados, observando un 64% contra un 36% de los diagnósticos en forma inadecuada.

Cabe resaltar que el mayor número de aciertos y desaciertos ocurrió en el grupo de 0 a 9 años. Tabla # 4y gráfica # 3.

En la tabla # 5 y gráfica # 4, se presenta la asociación del tratamiento dividido en monoterapia y politerapia con el control de los eventos agudos de epilepsia, 38 casos presentaron un control de las crisis convulsivas de los cuales 20 de ellos recibían un solo fármaco (monoterapia) y los demás pacientes con más de un medicamento (politerapia), en aquellos casos no controlados les corresponde un total de nueve, cuatro con un sólo fármaco y 5 con politerapia.

El retraso mental (RM) y la parálisis cerebral infantil (PCI) fueron las patologías agregadas más frecuentemente detectados en los niños con epilepsia, correspondiendo 38 casos a los que se diagnóstico retraso mental (T.P. 80.9 para c/100 niños con epilepsia) en contraste a la presencia de PCI que reporta 17 casos (T.P. 36.2 para c/100 niños con epilepsia).

Considerando que un mismo paciente llegó a presentar tanto PCI con retraso mental. Tabla # 6 y gráfica # 5.

Tabla #7 y gráfica 6 Muestra la relación entre los trazos anorales del EEG y el tipo de crisis epilépticas. Se encontraron que los trazos predominantes en CCTCG fueron los

paroxismos (23), ondas lentas (18) polipuntas, (9), punta onda lenta (8), puntas (6), ondas agudas (3). En cuanto a las crisis atónicas se encontraron ondas lentas (2), uno de los casos electro se observó normal, y otro polipuntas (1).

Por último, algunos pacientes estudiados contaban con tomografía axial computarizada y se tomó esta en cuenta para evaluar si presentaban alteraciones en la misma y relacionarla con el tipo de crisis convulsivas del paciente epiléptico.

Se encontró que en 19 de los casos si presentaron alteraciones en TAC y seis no, destacando que 22 de los 47 casos no contaron con TAC como apoyo al diagnóstico.

Tabla # 8 y gráfica #7.

**PREVALENCIA DE EPILEPSIA
DE LOS HABITANTES DE LA CASA HOGAR SAN PABLO
1992 - 1997**

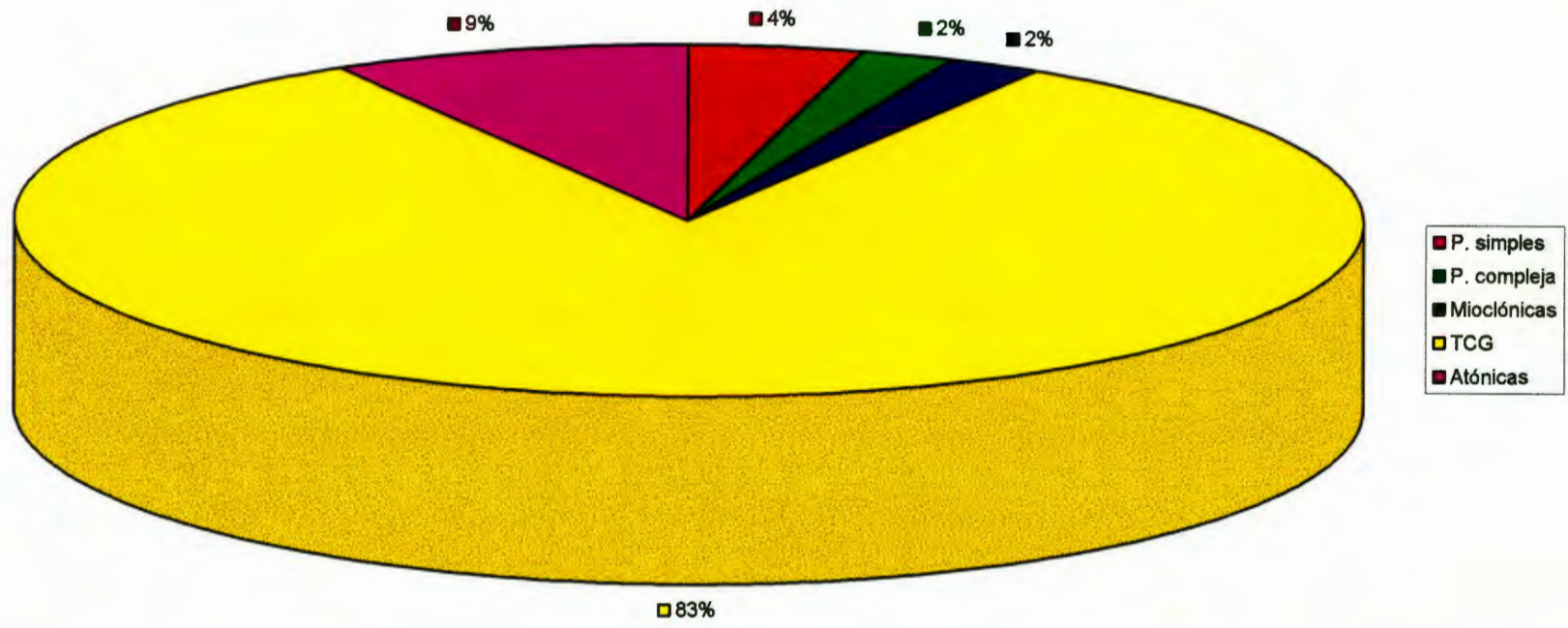
EPILEPSIA	No de casos	T.P.*
P. simples	2	2.6
P. compleja	1	1.3
Ausencia	-	-
Mioclónicas	1	1.3
Clónicas	-	-
Tónicas	-	-
TCG	39	50
Atónicas	4	5.1
Total	47	60.2

N = 78

* = Tasa de prevalencia por cada 100 niños estudiados

Fuente: Estudio de investigación

**PREVALENCIA DE EPILEPSIA
DE LOS HABITANTES DE LA CASA HOGAR SAN PABLO
1992 - 1997**



Fuente: Estudio de Investigación

**PREVALENCIA DE EPILEPSIA
SEGÚN LA EDAD
EN HABITANTES DE CASA HOGAR SAN PABLO
1992 - 1997**

EDAD	EPILEPSIA								TOTAL	TASA PREVALENCIA *
	P.simple	P.compleja	Ausencia	Mioclónicas	Clónicas	Tónico	TCG	Atónicas		
0 - 4	2	1	-	-	-	-	16	-	19	24.4
5 - 9.	-	-	-	-	-	-	6	-	6	7.7
10 - 14.	-	-	-	-	-	-	3	-	3	3.8
15 - 19.	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2.6
20 - 24.	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1.3
25 o más	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Desconocido	-	-	-	1	-	-	13	2	16	20.5
TOTAL	2	1	-	1	-	-	39	4	47	60.3

N = 78

* = Tasa de prevalencia por cada 100 niños estudiados

Fuente: Estudio de investigación

**PREVALENCIA DE EPILEPSIA
SEGÚN EL SEXO
DE LOS HABITANTES DE CASA HOGAR SAN PABLO
1992 - 1997**

EPILEPSIA	SEXO				TOTAL	
	Femenino		Masculino		No.	T.P. *
	No.	T.P.	No.	T.P.		
P. simple	-	-	2	4.7	2	2.6
P. compleja	-	-	1	2.3	1	1.3
Ausencia	-	-	-	-	-	-
Mioclónicas	1	2.9	-	-	1	1.3
Clónicas	-	-	-	-	-	-
Tónicas	-	-	-	-	-	-
TCG	18	51.4	21	48.8	39	50
Atónicas	2	5.7	2	4.7	4	5.1
TOTAL	21	60	26	60.5	47	60.2

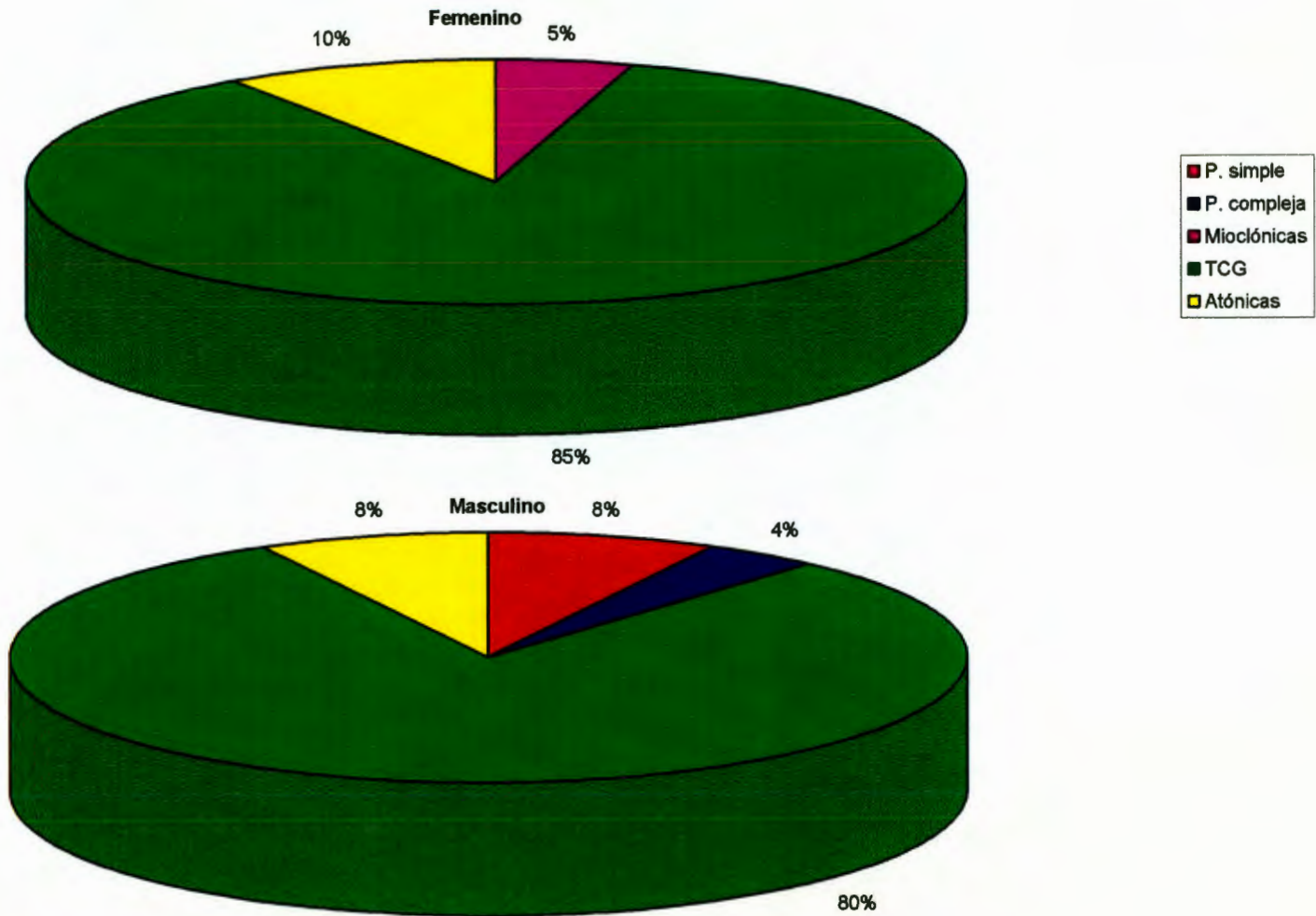
N femeninos = 35

N masculinos = 43

* = Tasa de prevalencia por cada 100 niños estudiados

Fuente: Estudio de investigación

PREVALENCIA DE EPILEPSIA SEGUN EL SEXO DE LOS HABITANTES DE CASA HOGAR SAN PABLO 1992 - 1997



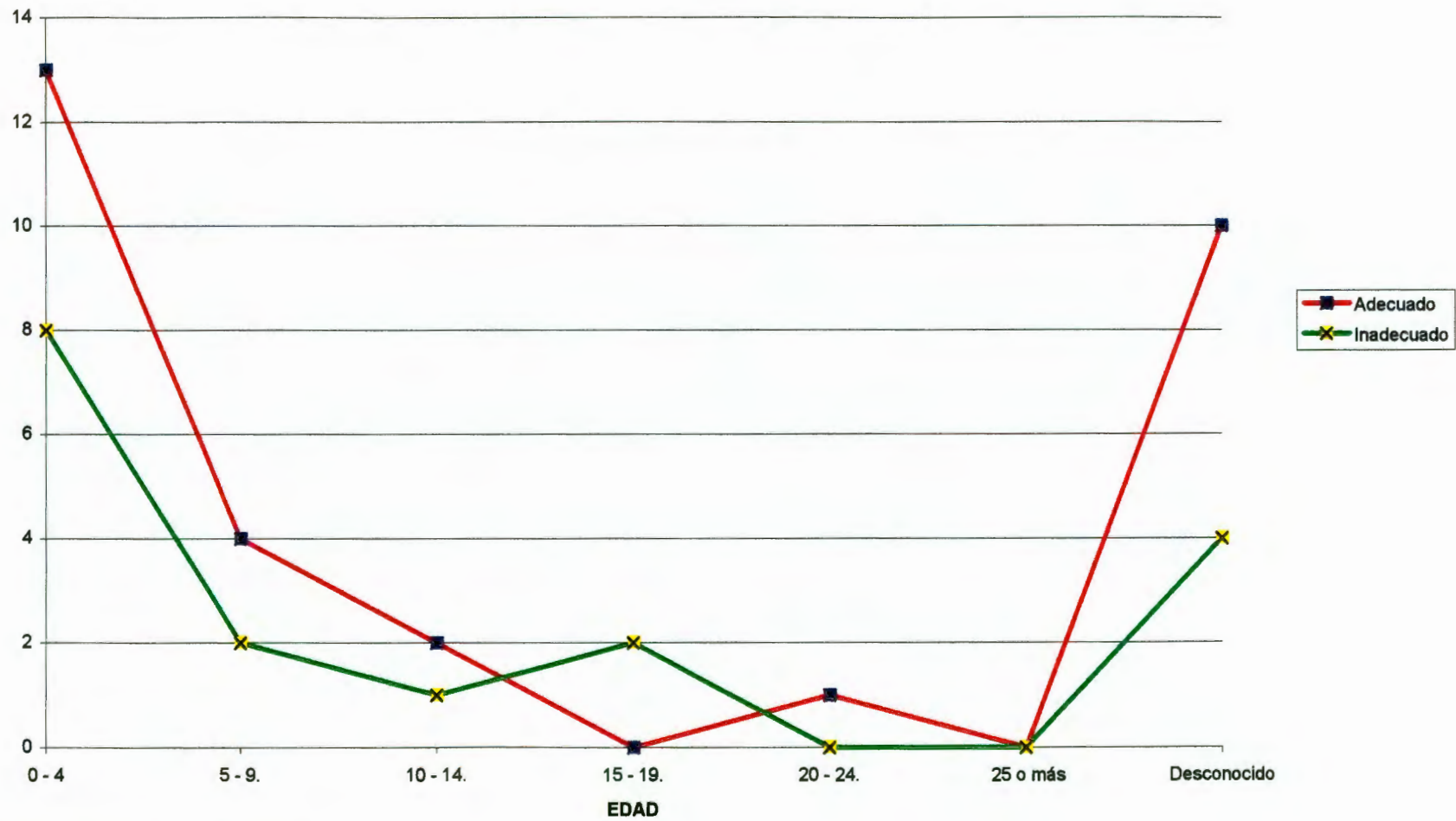
Fuente: Estudio de Investigación

**PREVALENCIA DE EPILEPSIA
SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO CLÍNICO
EN HABITANTES DE CASA HOGAR SAN PABLO
1992 - 1997**

EDAD	Diagnóstico clínico				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		No	%
	No	%	No	%	No	%
0 - 4	13	27.7	8	17	21	44.7%
5 - 9.	4	8.5	2	4.3	6	-13%
10 - 14.	2	4.2	1	2.1	3	6.3%
15 - 19.	-	-	2	4.3	2	4.2%
20 - 24.	1	2.1	-	-	1	2.1%
25 o más	-	-	-	-	-	-
Desconocido	10	21.3	4	8.5	14	29.7%
TOTAL	30	63.80.	17	36.2	47	100%

Fuente: Estudio de investigación

**PREVALENCIA DE EPILEPSIA
SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL DIAGNOSTICO CLÍNICO
DE HABITANTES DE LA CASA HOGAR SAN PABLO
1992 - 1997**



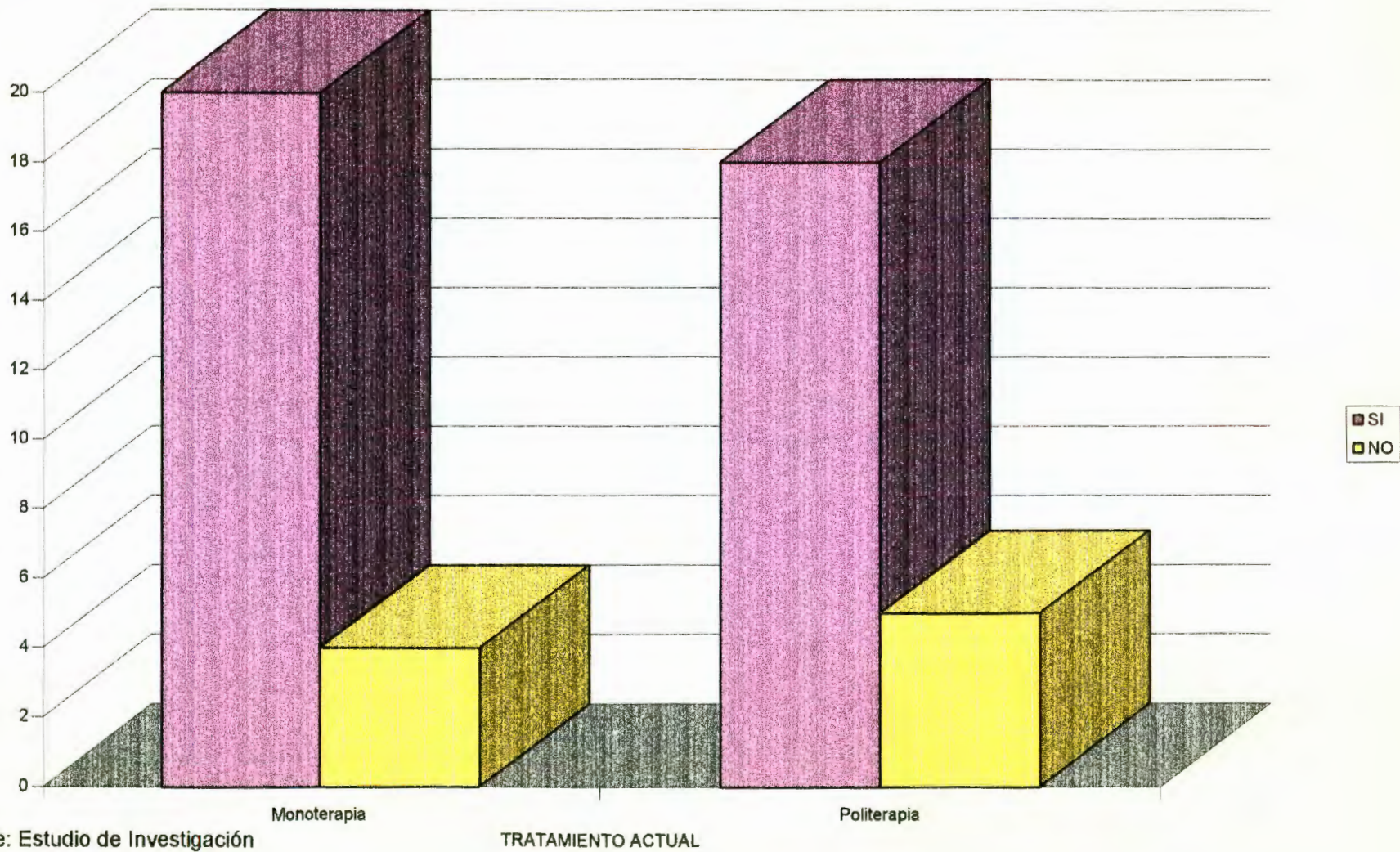
Fuente: Estudio de Investigación

**PREVALENCIA DE EPILEPSIA
SEGUN TRATAMIENTO ACTUAL Y CONTROL DE CRISIS AGUDAS
EN HABITANTES DE CASA HOGAR SAN PABLO
1992 - 1997**

TRATAMIENTO	CONTROL DE CRISIS		TOTAL	PORCENTAJE
	SI	NO		
Monoterapia	20	4	24	51%
Politerapia	18	5	23	49%
TOTAL	38	9	47	100%

Fuente: Estudio de investigación

**PREVALENCIA DE EPILEPSIA
SEGÚN TRATAMIENTO ACTUAL Y CONTROL DE CRISIS AGUDAS
DE HABITANTES DE LA CASA HOGAR SAN PABLO
1992 - 1997**



Fuente: Estudio de Investigación

**PREVALENCIA DE EPILEPSIA
SEGÚN LA PRESENCIA DE PARALISIS CERBRAL INFANTIL Y RETRASO MENTAL
EN HABITANTES DE CASA HOGAR SAN PABLO
1992 - 1997**

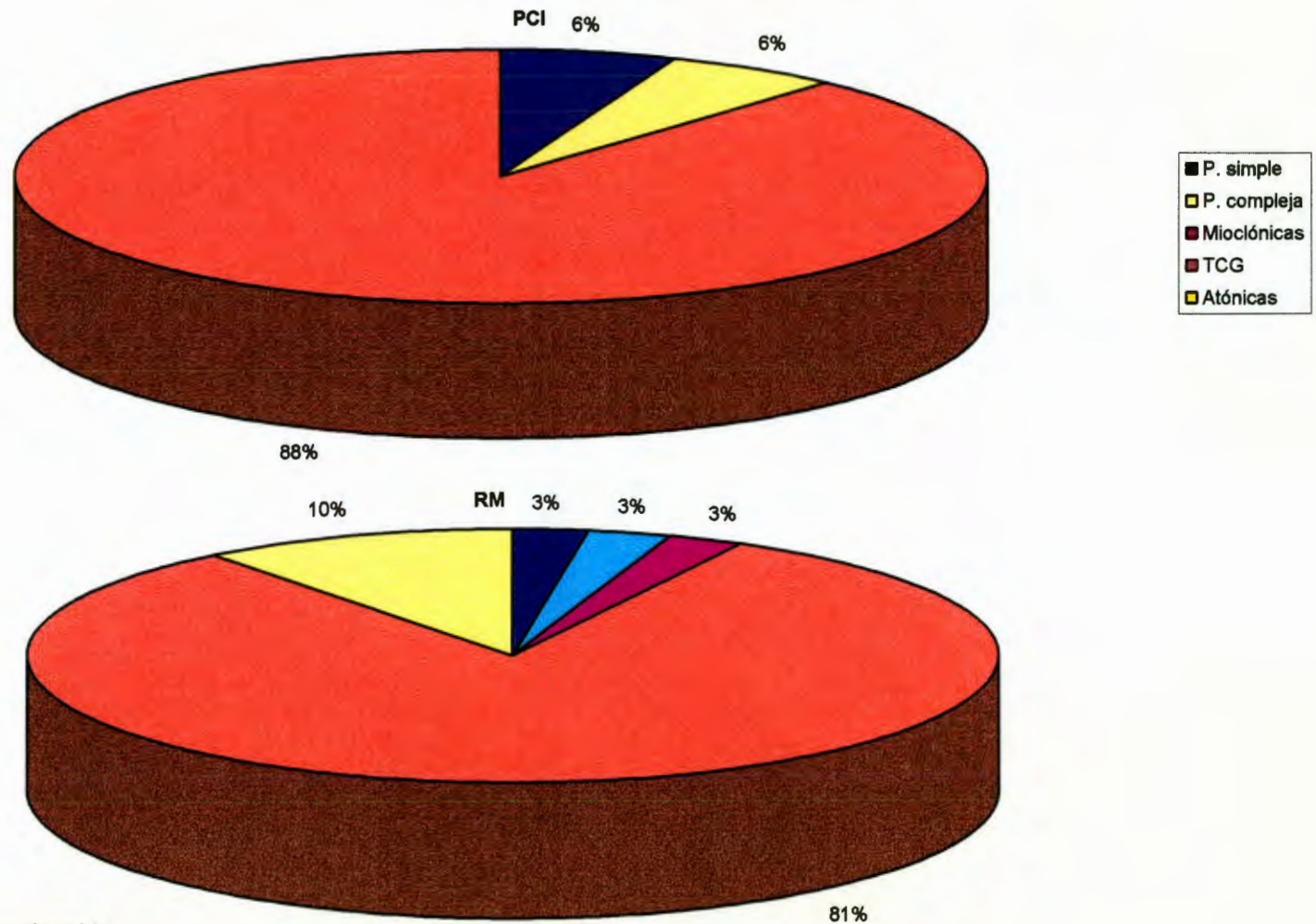
EPILEPSIA	PATOLOGIA AGREGADA			
	RM		PCI	
	No	T.P.	No.	T.P.
P. Simple	1	2.1	1	2.1
P. Compleja	1	2.1	1	2.1
Ausencia	-	-	-	-
Mioclónicas	1	2.1	-	-
Clónicas	-	-	-	-
Tónicas	-	-	-	-
TCG	31	66.0	15	31.9
Atónicas	4	8.5	-	-
TOTAL	38*	80.9	17*	36.2

* = No corresponde el total con la población epiléptica ya que algunos presentan ambas patologías

** = Tasa de prevalencia por cada 100 niños con epilepsia

Fuente: Estudio de investigación

PREVALENCIA DE EPILEPSIA SEGÚN LA PRESENCIA DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL Y RETRASO MENTAL DE LOS HABITANTES DE CASA HOGAR SAN PABLO 1992 - 1997



Fuente: Estudio de Investigación

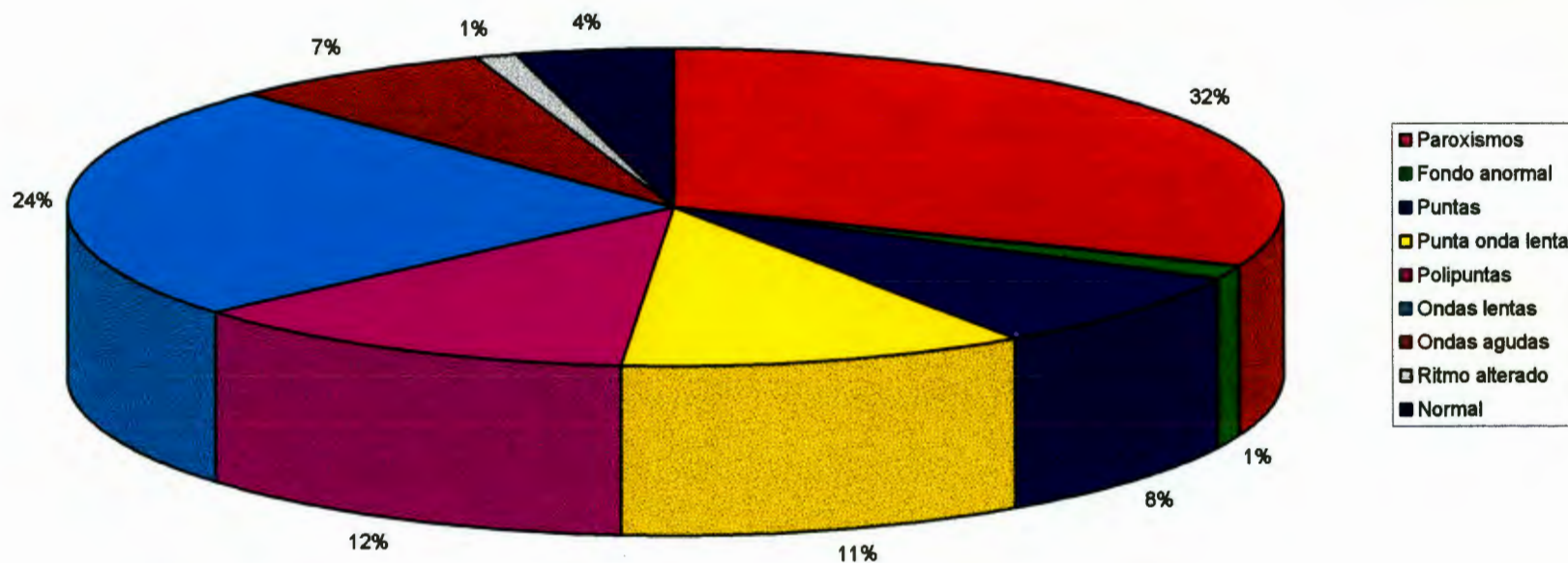
**PREVALENCIA DE EPILEPSIA
SEGÚN LAS ALTERACIONES ELECTROENCEFALOGRÁFICAS
EN HABITANTES DE CASA HOGAR SAN PABLO
1992 - 1997**

EPILEPSIA	ELECTROENCEFALOGRAMA									TOTAL
	Paroxismos	Fondo anormal	Puntas	Punta onda lenta	Polipuntas	Ondas lentas	Ondas agudas	Ritmo alterado	Normal	
P. Simple	-	-	-	1	1	1	-	-	-	3
P. Compleja	1	1	-	1	-	-	-	-	-	3
Ausencia	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Mioclónicas	-	1	-	1	-	-	-	1	-	3
Cónicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tónicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TCG	23	1	6	8	9	18	5	1	3	74
Atónica	-	-	-	-	1	2	-	-	1	4
TOTAL	24	3	6	11	11	22	5	2	4	88 *

* El total de casos se altera, ya que un paciente puede tener más de una alteración en el EEG

Fuente: Estudio de investigación

PREVALENCIA DE EPILEPSIA SEGÚN ALTERACIONES ELECTROENCEFALOGRAFICAS DE HABITANTES DE LA CASA HOGAR SAN PABLE 1992-1997



Crisis TCG

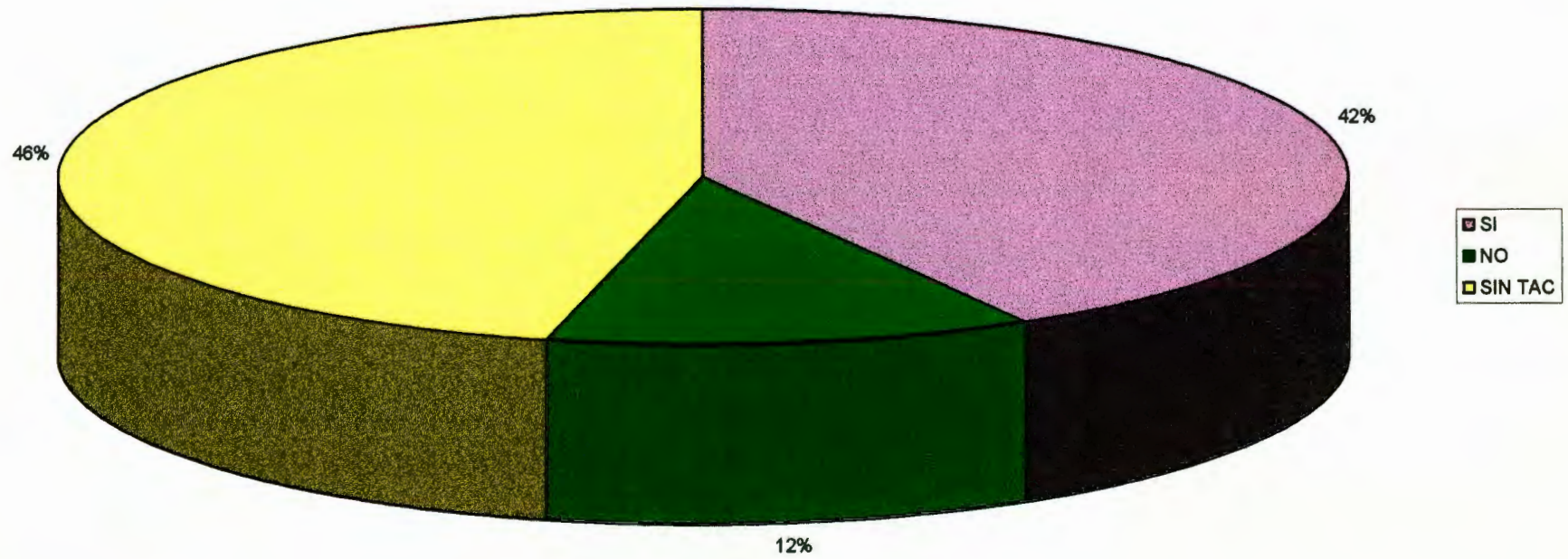
Fuente: Estudio de Investigación

**PREVALENCIA DE EPILEPSIA
SEGÚN ALTERACIONES EN TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA
EN HABITANTES DE CASA HOGAR SAN PABLO
1992 - 1997**

EPILEPSIA	ALTERACIONES TAC			TOTAL	PORCENTAJE
	SI	NO	SIN TAC		
P. Simple	-	1	-	1	2.1%
P. Compleja	-	-	1	1	2.1%
Ausencia	-	-	-	-	-
Mioclónicas	-	-	1	1	2.1%
Cónicas	-	-	-	-	-
Tónicas	-	-	-	-	-
TCG	18	5	14	37	78.7%
Atónica	1	-	6	7	14.9%
TOTAL	19	6	22	47	100%

Fuente: Estudio de investigación

**PREVALENCIA DE EPILEPSIA
SEGÚN ALTERACIONES EN TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA
DE HABITANTES CASA HOGAR SAN PABLO
1992-1997**



Fuente: Estudio de Investigación

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

El presente estudio abarcó un total de 47 casos de epilepsia, encontrando una prevalencia muy por encima de la reportada en estadísticas nacionales 10- 20 por cada mil habitantes (3) ya que la población que tenemos como universo se caracteriza por tener patología neurológica de fondo, y teniendo en consideración que la epilepsia es una expresión de una disfunción cerebral subyacente. (11). El grupo de edad más afectado que reportan autores como Alfredo Feria Velazco, Dr Jesús Gómez Placencia y Castillo, es el de antes de los 16 años, concordando con los resultados que se encontraron en el presente estudio. (10, 9).

La relación de epilepsia con el sexo no es referida por los autores consultados, excepto Strauss E, Hunter en un analisis descriptivo reporta que no existe una diferencia en cuanto el sexo para el inicio de las crisis convulsivas, sin embargo tampoco refiere la relación entre el tipo de crisis y el sexo.(16)

Para el diagnóstico clínico adecuado, se requiere una descripción del cuadro clínico así como una de las pruebas mas utilizadas en el paciente epiléptico que es el EEG interictal lo que da mayor información para el diagnóstico. (1,4, 5,9), la mayor cantidad de aciertos y desaciertos del diagnóstico ocurrió en el grupo de 0 a 9 años, sin embargo no existen estudios que respalden o rechacen la información obtenida.

El control de las crisis convulsivas con el uso de monoterapia Pellock (15) menciona que este tipo de tratamiento proporciona un control de las ciris de 50 a 80%, encontrando que su porcentaje es muy cercano al obtenido en este estudio 83%, en contraposición el Veterans Administration Cooperative Medical Center refiere que el tratamiento con monoterapia es subóptimo ya que reportan que en un periodo de un año solo el 39% se encontraba controlado y teniendo en cuenta que los pacientes de este estudio han

recibido el tratamiento por más de un año. A cerca de la relación existente entre patologías agregadas como RM y PCI, coincidimos con Gómez Placencia, Benedetti y Oka donde establecen que existe una frecuencia mayor de epilepsia en niños con estas dos enfermedades, (2, 11, 14). Los hallazgos EEG encontrados en los pacientes con crisis epilépticas clínicamente generalizadas, mostró actividad focalizada anormal lo cual también es comentada en otros estudios (1, 4, 18). De la Rosa comenta que la sensibilidad de la TCC para relacionar la epilepsia con lesiones focales son bajas y en caso de crisis generalizadas rara vez tiene lesiones detectables, lo cual encuadra con los resultados obtenidos en esta investigación, ya que lo único que logramos observar son datos de atrofia cerebral. (4)

CAPÍTULO VII .- CONCLUSIONES

1.- El tipo de crisis convulsivas que predominó en la Casa Hogar San Pablo son tónico clónicas generalizadas con una T.P. de 50 por c/100 niños estudiados.

2.- Se resalta que no se presentó ningún caso de crisis de ausencia, tónicas ni de tipo clónico.

3.- El grupo de edad más afectado fue el de 0 a 9 años de edad con 25 casos y una tasa de prevalencia por cada 100 niños estudiados de 32.0, siendo el tipo de crisis convulsivas el que más prevaleció el tipo tónico clónico generalizada con 22 casos.

4.- No hubo predominio de la epilepsia en relación directa del sexo de los pacientes estudiados

5.- El mayor porcentaje de aciertos y desaciertos del diagnóstico clínico se observó en el grupo de 0 a 9 años de edad.

6.- Predominó el porcentaje de diagnósticos adecuados en relación a los diagnósticos que se realizaron de manera inadecuada.

7.- Predominó el número de pacientes con control de crisis convulsivas siendo la mayoría manejada con monoterapia.

8.- Se demuestra una asociación estadística importante entre epilepsia y retraso mental o parálisis cerebral infantil y en algunos de los casos ambos.

9.- El hallazgo electroencefalográfico más comunmente reportado fueron los paroxismos seguidos de ondas lentas.

10.- El mayor número de casos con tomografía axial computarizada como apoyo para el diagnóstico, se reporto anormal con alteraciones.

CAPÍTULO VIII .- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alva Moncayo, Parálisis cerebral infantil en un hospital de tercer nivel. Rev. Mex Pediatría, 1996; 63 (2); 75-77.
2. Benedetti MD, Citado por Hauser WA y Nelson KB. Epidemiology of epilepsy in children. Clev Clin J.M. 1989; 56 (supl 2); 185-194.
3. Bruce J. Fisch. Spehlmann's EEG primer. Second Edition. Elsevier. 1991. 280-298.
4. De la Rosa Morales Victor y cols, Aspectos clínicos, electroencefalográficos y neurorradiológicos de la epilepsia en menores de un año. Revista Mexicana de Pediatría. 61(4).1994, 192-196.
5. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 12ª edición. Salvat. 1991.
6. Dreifuss F.E. Langer. D.H. Side Effects of Valproate Am. J. Pedi 84 (suppl 1A) 34-41. 1988.
7. Elvers R.D, Johnson A.L Shoruan. D.G et al. The prgnosia for seizure control in newly diagnosed epilepsy. N. Engl. J. Med 311-398. 1984.
8. Epilepsy Association of Nebraska. What is Epilepsy?. nncf.unl.edu/epilepsydes. htm.
9. Feria Velasco Alfredo y cols., Epilepsia. 1ra Edición. Ed. Trillas. 1986.

10. Gómez Plasencia y Castillo. Epilepsia en pediatría. Capítulo Mexicano de la Liaga Internacional Contra la Epilepsia. ABBOTT.
11. Gómez Plasencia J, Rodríguez Álvarez H. Epilepsia. Ed Martínez y Martínez. La Salud del Niño y del Adolescente. México, Salvat Mexicana de Ediciones 1989, pp 830-838.
12. Holmes G.L; Partial complex seizures in children: an analysis of 69 seizures in 24 patients using EEG FM radiotelemetry and videotape recording. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1984;57:13-20.
13. Looockman LA. Absence seizures. En Swaiman K.F. Ed *pediatric Neurology*. The CV Mosby Co. Saint Louis. 1989 PP 413-416.
14. Oka E. Mental deterioration in childhood epilepsy. *Acta-Med-Okayama*.1997 Aug; 51(4): 173-8.
15. Pellock John M. MD. Eficacia y efectos adversos de las antiepilépticos. *Clínicas Pediátricas*. 467-479.
16. Straus E. Cols. Differential rates of age of seizure onset between sexes and between hemispheres. *J Int Neuropsychol-Soc*. 1997 Sep; 3(5): 428-34

17. Un esfuerzo conjunto entre Fundación Ciba-Geigg e Instituciones Mexicanas.

Programa Ciba contra epilepsia.

18. Wilson Jeand D, y cols., Principios de Medicina Interna. Ed Interamericana Mc Graw

Hill. 12ª Edición. 1991.

CAPITULO X.- FIRMAS DE LOS INVESTIGADORES E INVESTIGADORES ASOCIADOS.

Investigador.

Adriana Uranga Romero


Médico pasante servicio social

Directores de Tesis.

Dr. Adrián Hernández Lomelí

M.C. con Maestría en Salud Pública.

Profesor T.C. F.M.U.A.Q.



Dr. Faustino Llamas Ibarra

M.C. con Especialidad en Neurocirugía

Profesor T.C. F.M.U.A.Q.