

Severidad de la epilepsia y calidad de vida de los pacientes del Hospital "Eleazar Guzmán Barrón" Nuevo Chimbote, Enero – Diciembre 2016

Severity of epilepsy and quality of life of the patients of the "Eleazar Guzman Barron" hospital new chimbote, january - december 2016

César Augusto Acevedo Orellano ^{1*}; Wadson Pinchi Ramírez ²

¹ Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.

² Escuela de Posgrado, Universidad Nacional de Trujillo, Av. Juan Pablo II s/n – Ciudad Universitaria, Trujillo, Perú.

* Autor correspondiente: cesareme5@hotmail.com (C. Acevedo)

RESUMEN

Esta investigación se propuso determinar la relación entre severidad de la epilepsia y calidad de vida de los pacientes del Hospital Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote. La población de estudio estuvo constituida por 35 pacientes mayores de 18 años, utilizándose una ficha de identificación - selección y la encuesta QOLIE - 31 para determinar su calidad de vida. Estudio de tipo observacional, descriptivo, correlacional, transversal, retrospectivo y un muestreo no probabilístico. Se utilizó el Chi cuadrado para identificar la relación entre las variables estudiadas. La duración de la enfermedad fue menor a 10 años en el 71,42%. La crisis menor de una por mes a una por semestre predominó con el 40%. El promedio global de calidad de vida fue de 55, en la evaluación individual el 71,42 % presentó mala calidad de vida. La severidad de la epilepsia en sus parámetros tiempo de enfermedad, frecuencia de crisis y politerapia influye negativamente en su calidad de vida, siendo estadísticamente significativo para frecuencia de crisis que obtuvo un $X^2 = 7,802$ y $p = 0,0202$. Concluyendo que la severidad de la epilepsia en su parámetro frecuencia de crisis influye negativamente en su calidad de vida.

Palabras clave: calidad de vida; severidad de la epilepsia; QOLIE - 31.

ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship between the severity of epilepsy and the quality of life of the patients of the Eleazar Guzmán Barrón Hospital - Nuevo Chimbote. The study population consisted of 35 patients over 18 years of age, using an identification - selection form and the QOLIE - 31 survey to determine their quality of life. Observational, descriptive, correlational, cross-sectional, retrospective and non-probabilistic sampling. Chi square was used to identify the relationship between the variables studied. The duration of the disease was less than 10 years at 71.42%. The crisis less than one per month to one per semester predominated with 40%. The overall average quality of life was 55, in the individual evaluation 71.42% presented poor quality of life. The severity of epilepsy in its parameters time of illness, frequency of crisis and polytherapy negatively influences its quality of life, being statistically significant for frequency of crisis that obtained an $X^2 = 7.802$ and $p = 0.0202$. Concluding that the severity of epilepsy in its crisis frequency parameter negatively influences its quality of life.

Keywords: quality of life; severity off epilepsy; QOLIE – 31

1. INTRODUCCIÓN

La neurociencia como estudio es multifacética frente a su construcción epistemológica, porque de ella se derivan concepciones filosóficas, éticas, morales sociales, médicas y en este campo se ubica el estudio de la epilepsia, como enfermedad que debe ser tratada desde estas dimensiones, de forma holística; desde su contextualización fisiológica, neurológica, psiquiátrica, hasta su repercusión en el individuo y su entorno de vida, para intentar disminuir el impacto social de su padecimiento, tanto para el paciente como para su contexto vivencial (Reyes et al., 2016).

La epilepsia es definida como una enfermedad crónica que se caracteriza por crisis epilépticas recurrentes, debido a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales (Reyes et al., 2016).

En el mundo aproximadamente cincuenta millones de personas presentan epilepsia, encontrándose el 85% en países en vías de desarrollo. La prevalencia en los países no desarrollados oscila entre 10-20/1000 habitantes, y la incidencia es de 25-50/100,000 habitantes. La mortalidad llega a tasas de 0,4-4/100,000 habitantes (Palacios et al., 2015).

Las manifestaciones clínicas de la epilepsia incluyen la disminución del nivel de conciencia, movimientos involuntarios, experiencias sensoriales o cognitivas y afectación del sistema nervioso autónomo. La clasificación de la epilepsia se establece en función de los tipos de crisis (focales y generalizadas) y estos criterios ampliamente utilizados corresponden a la Liga Internacional Contra la Epilepsia (Organización Panamericana de la Salud, 2012; Rossiñol, 2013).

Los avances científicos en el diagnóstico de la epilepsia, su mejor control con medicamentos específicos, así como el mayor conocimiento público asociado al conocimiento médico de la enfermedad que se ha producido desde las últimas décadas del siglo XX han conducido al estudio de factores anteriormente poco valorados. En consecuencia, se ha encontrado en las personas con epilepsia la existencia de alteraciones de la memoria, de la atención, del comportamiento y, dentro de la esfera psiquiátrica, trastornos del estado de ánimo, como depresión o ansiedad (Fabello, 2010; Rossiñol, 2013).

El control de crisis hace necesario el uso de fármacos antiepilépticos de acuerdo al tipo de crisis y a la tolerancia del paciente. Esto implica una inversión económica de parte del paciente y su familia, la que a veces puede ser de mayor o menor cuantía, dependiendo del fármaco que se use. A pesar de ello, se pueden presentar crisis epilépticas que alteran la actividad familiar, laboral y social del paciente (Reyes, 2011; Milanovic 2014; Heather, 2017; Siarava, 2019)

En el epiléptico la causa de la afección conductual o cognitiva se deben a los fármacos empleados y, se recomiendan el uso de la monoterapia ya que la parte neuropsicológica se ve menos alterada que en la politerapia donde su uso prolongado pueden afectar desde la capacidad cognitiva a la emocional. (Reyes et al., 2016).

El rol de los medicamentos y la frecuencia de crisis influyen en la calidad de vida de los pacientes con epilepsia. Diversos estudios han mostrado que la reducción de los efectos colaterales de los fármacos antiepilépticos reducen las dificultades adaptativa e incluso disminuyen los estigmas asociados a esta enfermedad, asimismo los pacientes epilépticos con crisis menos frecuentes, se adaptan mejor.

La Calidad de Vida no es fácil de definir y se ha utilizado según el contexto en el que aparezca de formas muy diferentes. Su formación y/o utilización debe implicar una filosofía social, elaborada partir de la perspectiva cultural y política. (Benitez, 2016; Nava, 2012).

El interés por la calidad de vida aparece ya con Aristóteles cuando refiere que buena vida es igual a ser feliz. Aristóteles destaca que la felicidad es materia de debate que significa diferentes cosas para personas diferentes y en momentos diferentes: cuando se enferma, la salud es felicidad, cuando se es pobre, lo es la riqueza. (Nava, 2012).

El origen académico de la idea de calidad de vida se remonta a los años 60 del siglo XX, alrededor del movimiento de indicadores sociales desarrollados a partir de las actividades de la Escuela de Chicago.

En este contexto el concepto de calidad de vida nació como una alternativa a la cuestionada sociedad de opulencia y con el tiempo derivó desde el significado de bienestar de las poblaciones basado en dimensiones materiales hacia un constructo más complejo que incluiría también aspectos como de la calidad del entorno, las relaciones sociales o la salud. (Nava, 2012).

En las décadas de 70 y 80 la calidad de vida fue conceptualizada principalmente como bienestar objetivo o social. El concepto de bienestar social incluiría todo aquello de lo que ser humano obtiene satisfacción, así como su distribución dentro de la sociedad, refiriéndose no solo a lo que produce una mayor o menor calidad de vida, sino también como, a quien lo consigue, como lo consigue y donde lo consigue (Benitez, 2016).

Se han elaborado diversas teorías sobre calidad de vida, dentro de lo que es importante resaltar la teoría de calidad de vida y felicidad que sostiene que ésta se debe medir en términos de la utilidad, ya sea en felicidad o satisfacción de deseos o preferencias. La distribución de la felicidad considera categorías sociales, ideológicamente se inspira en el credo utilitarista, de que el fin último de la política debería ser promover “la mayor felicidad para el mayor número de personas”, siendo los beneficios de la felicidad el criterio de la “utilidad de todas las acciones”. Esta filosofía moral del siglo XIX es la base ideológica del estado de bienestar del siglo XX que fue el propulsor de la investigación sobre calidad de vida (Nava, 2012).

La teoría de las capacidades humanas, propuesta por el economista y filósofo indio Amartya Sen, evalúa el bienestar y la libertad que la persona tiene para hacer esto o aquello, las cosas que le resulta valioso ser o hacer. Sen no se pregunta por el grado de satisfacción de las personas o la cantidad de recursos con que cuenta para llevar un tipo de vida u otra, sino por lo que estas personas son capaces de ser o hacer. Explora fundamentalmente el bienestar en términos de la habilidad de una persona para hacer actos valiosos. (Urquiza, 2014).

En la actualidad el concepto de calidad de vida ha sido utilizado en diversos ámbitos, como son la psicología, la salud, la educación, la economía o la política, lo que ha conllevado el estudio del constructo a distintos niveles de generalización. Esta diversidad de enfoques a provocado el significado de calidad de vida sea complejo y cuente con definiciones ajustadas al foco de interés en cada caso (Benitez, 2016).

Con frecuencia se relaciona la calidad de vida con la percepción económica, es fácil confundir los términos calidad de vida y nivel de vida, pues ambos giran en torno a la persona; sin embargo, hay diferencias: el nivel de vida está vinculado con el aspecto económico, es decir los aspectos externos, materiales y superficiales; por otro lado la calidad de vida se refiere la condición de salud, más relacionado con los sentimiento, lo interno (Guerrero et al., 2016).

La Calidad de Vida (CV) es un concepto multidimensional definido por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL Group), como «La percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación a sus metas expectativas, estándares y preocupaciones». (Rodríguez, 2014; Thomman, 2016)

En la actualidad los estudios acerca de la CV y del bienestar psicológico se sienten con fuerza en el campo de la Epileptología, donde la evaluación de la CV, al ser una evaluación específica, se denomina Calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS), definida como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en estos tiene su estado de salud. (Urzua, 2010; Reyes, 2016).

La OMS definió parámetros en la evaluación de la CV: psicológicos (autoestima, independencia, discriminación de la conducta, estigmatización, funciones cognitivas), educativos (sobrepotección, rechazo), laborales (formación, contratación), y sociales (relaciones familiares, amistades, deportes, actividades lúdicas, conducción de vehículos). (Urzua, 2010)

En una revisión sistemática, sobre los instrumentos de medida de la CV se concluye que entre aquellos que miden la CVRS en la epilepsia, el que presenta validación, fiabilidad, sensibilidad probada y está más extendido en el mundo, es el QOLIE-31. (Thomman et al., 2016).

Los estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en pacientes epilépticos se han desarrollado en diferentes partes del mundo. Así tenemos que Indelicato et al (2006) realizaron la traducción y adaptación cultural de la escala de calidad de vida QOLIE - 31 en una muestra de 30 pacientes brasileños.

Miranda y Arceo (2006) aplicaron la escala QOLIE-31 en 36 pacientes de un Hospital Militar Mexicano encontrando que el 50% tenían una mala calidad de vida, y solo 3% presentaba una calidad de vida excelente.

Un estudio realizado en la Universidad de Valparaíso en Chile, evaluó los factores que influyen en la calidad de vida, de un grupo de 62 pacientes epilépticos a quienes se aplicó el cuestionario QOLIE-31. Se encontró peor calidad de vida en pacientes con politerapia, y existió fuerte correlación inversa entre frecuencia de crisis y puntaje global de la calidad de vida. No se demostró relación entre calidad de vida y tipo de crisis (López et al., 2010).

En la India en un modelo de simulación para analizar los beneficios económicos del financiamiento público del tratamiento de la epilepsia se evidencio, que cuando se cubre los costos de terapia de primera y segunda línea y otros costos médicos alivia la carga financiera individual y es rentable en todos los quintiles de la riqueza de todos los niveles de la población Hindú. (Megiddo et al., 2016).

No encontramos en el Perú estudios sobre severidad de la epilepsia y su influencia en la calidad de vida. Debido que en nuestra experiencia clínica evidenciamos una mala calidad de vida en los pacientes con epilepsia y en la bibliografía nacional no encontramos estudios sobre severidad de la epilepsia y su influencia en la calidad de vida es que surgió el interés de realizar el presente estudio de investigación con la finalidad de contribuir para que las autoridades correspondientes implementen adecuadas políticas de salud, que mejoren su tratamiento integral y así optimizar su visión hacia sí mismo, su entorno y la sociedad. Ante esta realidad formulamos el siguiente problema: ¿Influye la severidad de epilepsia en sus parámetros frecuencia de crisis, tiempo de enfermedad y farmacoterapia en la calidad de vida del paciente con epilepsia del Hospital Eleazar Guzmán Barrón – Nuevo Chimbote, Enero – Diciembre 2016? proponiendo como objetivo general determinar la relación entre la severidad de epilepsia y calidad de vida.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

El objeto de estudio comprende cómo influye la severidad de la epilepsia en la calidad de vida de los pacientes mayores de 18 años con epilepsia.

La población de estudio estuvo constituida por 103 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de epilepsia que acudieron al Hospital Eleazar Guzmán Barrón – Nuevo Chimbote, de los cuales solo 35 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, constituyéndose en la muestra de estudio.

Se buscó información del área de Estadística, Admisión y Archivo del Hospital E.G.B.NCH. Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Ficha de selección del paciente mediante los criterios de inclusión y exclusión
- Ficha de identificación del paciente seleccionado
- Cuestionario de calidad de vida del paciente con epilepsia QOLIE 31.

El QOLIE-31 consta de 31 ítems distribuidos en siete áreas: Preocupación por las crisis, valoración global de la calidad de vida, bienestar emocional, sensaciones de energía o fatiga, funciones cognitivas, efectos de la medicación, relaciones sociales, que se agruparon en 3 dimensiones: físico, psicológico y social.

Análisis e Interpretación de la Información. El programa estadístico empleado es Excel y SPSS-23. Se utilizó tablas de frecuencias absolutas, simples y porcentuales, y sus representaciones gráficas. Se calcularon los promedios, desviación estándar, y chi cuadrado para las variables cualitativas y la proporción y porcentaje para las variables cuantitativas.

La valoración de la calidad de vida se realizó de la siguiente manera: 91-100 excelente calidad de vida, 81-90 muy buena calidad de vida, 71-80 buena calidad de vida, 61-70 regular calidad de vida y menor o igual a 60 mala calidad de vida.

Se consideró severa al paciente que presentó una de las siguientes características: uso de más de un fármaco (politerapia), frecuencia de crisis mayor de una por mes, tiempo de duración de la epilepsia mayor de 10 años.

El diseño de investigación fue de tipo observacional, descriptiva, transversal, retrospectivo y correlacional. Para el análisis e interpretación de la información se empleó la estadística descriptiva, se obtuvieron tablas de frecuencias absolutas simples y relativas simples unidimensionales y bidimensionales, así como sus representaciones gráficas. La prueba de hipótesis que utilizamos para determinar si las variables estaban relacionados fue el Chi cuadrado, el nivel de significancia elegido fue de 0,05 que indica una probabilidad del 0,95 de que la hipótesis nula sea verdadera. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos si obtuvieron un valor de p igual o inferior al nivel de significancia y por tanto no se considera una casualidad. Esto se expresa como un $p \leq 0,05$.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente estudio se consideró a 35 pacientes con diagnóstico de epilepsia quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Dentro de sus características sociodemográficas el 60% (21 pacientes) fueron del sexo femenino, que coincide con lo referido por López et al (2010), Picot et al (2004) y el reportado por el estudio ESPERA realizado por 349 neurólogos en Francia y España de octubre 2010 a febrero 2011. (Villanueva et al., 2013)

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

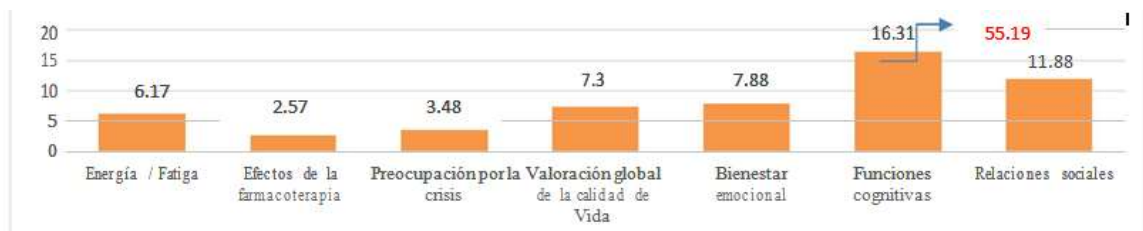


Figura 1: Puntaje global (promedio final) de la calidad de vida en pacientes con epilepsia del HEGB.NCH, según la aplicación del QOLIE 31

De un puntaje máximo de 100, según la escala QOLIE- 31, el puntaje global (promedio final) fue de 55,19 y de ellos el 71,42% no superaron el puntaje de 60 puntos, ver anexo 5. (Rodríguez et al., 2014).

Estos resultados coinciden con otros estudios que informan un puntaje global de 56,5%, y 43,3% (Rivera, 2005., López, 2010). Sin embargo, en otras poblaciones estudiadas, sobrepasa los 60 puntos, por ejemplo, en India, el estudio d Sanjeev et al (2005), mostró un promedio final de 68.

Tabla 1. Distribución de los pacientes con epilepsia del HEGB.NCH. en el periodo enero-diciembre 2016, según relación de la farmacoterapia y calidad de vida.

Farmacoterapia	Calidad de Vida						Total	
	Mala		Regular		Buena		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Politerapia	7	77,8	2	22,2	0	0,0	9	100,0
Monoterapia	18	69,2	4	15,4	4	15,4	26	100,0
Total	25		6		4		35	

$$X^2 = 1,6353$$

$$p=0,4415$$

En nuestro estudio al evaluar el parámetro de severidad de epilepsia respecto a la farmacoterapia evidenciamos que el grupo que recibía esquema de politerapia presentó un puntaje promedio de 42, y el grupo que recibía monoterapia su promedio fue de 54. Con respecto a todo esto se puede establecer cierta semejanza con el estudio Hindú, ya mencionado, en el cual factores como la alta frecuencia de crisis y politerapia fueron los más asociados a mayor deterioro de calidad de vida. López et al (2010) encontró en su estudio que la mayoría de sus pacientes recibían tratamiento con monoterapia y fueron los que tuvieron en general mejor percepción de su calidad de vida que aquellos tratados con politerapia, resultado lógico, ya que si un paciente está recibiendo solo un medicamento antiepiléptico los efectos adversos van a ser menores que en aquellos que están recibiendo 2 o más medicamentos, debido a que los efectos adversos de cada uno pueden hacerse aditivos y comprometer aún más la percepción de calidad de vida. Otros estudios también evidenciaron que la politerapia influye de forma negativa en la calidad de vida (Rivera, 2005; Palacios, 2015; Broshek, 2018). Ver anexo 6. Sin embargo al realizarle el análisis estadístico con el Chi cuadrado no se encontró relación entre farmacoterapia y calidad de vida. ($p = 0,4415$), aceptándose la hipótesis nula.

Tabla 2. Distribución de los pacientes con epilepsia del HEGB.NCH., en el periodo enero-diciembre 2016, según relación tiempo de enfermedad y calidad de vida.

Tiempo de Enfermedad	Calidad de Vida						Total	
	Mala		Regular		Buena		n	%
	n	%	N	%	n	%		
> 10 años	9	90,0	1	10,0	0	0,0	10	100,0
≤ 10 años	16	64,0	5	20,0	4	16,0	25	100,0
Total	25		6		4		35	

$$X^2 = 2,6927$$

$$p = 0,2602$$

En lo referido al tiempo de enfermedad se encontró que el promedio de calidad de vida es menor en los pacientes con un tiempo de enfermedad mayor a 10 años. Ver anexo 7. Estos resultados coinciden a estudios realizados en otras partes del mundo, por ejemplo con el estudio Hindú (2005) cuyo promedio más bajo se halló en los individuos que portaban la epilepsia más allá de 20 años. Así mismo en otro estudio realizado por Rossiñol et al (2013) en una clínica ambulatoria de Mallorca-España en 29 pacientes evaluados el 55% tenían diagnosticado la epilepsia hace más de 15 años y ello contribuyó a un menor puntaje global en su calidad de

vida. En el análisis estadístico tampoco se encontró relación entre la variable tiempo de enfermedad y calidad de vida ($p = 0,2602$), aceptándose la hipótesis nula

Tabla 3. Distribución de los pacientes con epilepsia del HEGB.NCH. en el periodo enero-diciembre 2016, según relación frecuencia de crisis y calidad de vida.

Frecuencia de Crisis	Calidad de Vida						Total	
	Mala		Regular		Buena		N	%
	n	%	n	%	n	%		
> 1 por mes	15	93,75	0	0,0	1	6,25	16	100,0
≤ 1 por mes	10	52,63	6	37,50	3	9,87	19	100,0
Total	25		6		4		35	

$$X^2 = 7,8002$$

$$p = 0,0202$$

De acuerdo a la frecuencia de presentación de la crisis epiléptica se observó lo siguiente: en el grupo más numeroso de pacientes (menos de 1 crisis /mes – 1 crisis/ semestre) se evidenció un promedio de 58, siendo el área más comprometida la preocupación por las crisis; mientras que en el grupo que presentaba crisis con una frecuencia mayor (más de 1 crisis /día – 2 crisis /semana) el promedio resulto ser 38, siendo también el área de mayor compromiso la de preocupación por las crisis. Evidenciándose un mayor compromiso de la calidad de vida en los pacientes que tienen crisis con mayor frecuencia, representando uno de los factores de riesgo de severidad en los pacientes con epilepsia, resultado similar a lo obtenido en otros estudios. Estudios recientes con cannabidiol demuestran efectos beneficiosos en la calidad de vida de los pacientes con epilepsia mejorando su estado de ánimo independientemente de los cambios en la frecuencia de crisis. (Ivanova, 2014; Palacios, 2015; Singh, 2017; Gastón, 2019). Ver anexo 8. Al realizar el análisis estadístico correspondiente se encontró un p de 0,0202 menor al 0,05, por consiguiente se rechazó la hipótesis nula indicando una relación significativa entre las variables frecuencia de crisis y calidad de vida.

Según la duración de la enfermedad el 71,43% (25 pacientes) tuvo menos de 10 años. Ver anexo 1. Esto contrasta con el estudio realizado por otros autores, donde la duración promedio de la enfermedad fue mayor de 15 años. (Rossiñol et al., 2013).

De acuerdo al tipo de epilepsia encontramos que la epilepsia generalizada predominó en el presente estudio con un 77,14% (27 pacientes) ver anexo 2. Lo cual es diferente con las estadísticas internacionales que manifiestan que la epilepsia focal es el grupo etiológico predominante. Sin embargo, concuerda con el hallado por un estudio Hindú realizado por Sanjeev et al (2005) en el cual se evaluó la influencia de las crisis epilépticas y la politerapia en la calidad de vida de 112 pacientes mediante la aplicación del QOLIE-31. En este estudio la mayoría de los casos correspondieron a epilepsia de tipo generalizada (58%). En el estudio realizado en la ciudad de Sanciti Spiritus, Cuba de 865 epilépticos el 51,6% presentó crisis focales, (Conde et al., 2013). Otros estudios encuentran una equiproporcionalidad casi el 50% entre epilepsias generalizadas y focales. (Rossiñol et al., 2013).

Es importante resaltar el estudio realizado en consultorios externos de neurología del hospital San José de Bogotá -Colombia donde de 157 pacientes predominaron las crisis focales con generalización secundaria con un 70,8%, seguido de la crisis focales con un 15,9% y la crisis generalizada con 12,8%. (Palacios et al., 2015)

El grupo de pacientes con una frecuencia de crisis de menos de 1 crisis /mes – 1 crisis/semestre predominó con el 40,1%, ver anexo 3. Esto contrasta con el estudio francés ya mencionado de Picot et al (2004) en el cual un 47,5% no había presentado crisis en el último año.

En el estudio realizado por Rivera et al (2005) en los policlínicos de neurología de los hospitales de Van Buren y G. Fricke de Valparaiso, Chile a 62 pacientes, la crisis que con mayor frecuencias se presentó fueron las de mayor de una semana a 1 mes con un 38,7 %.

Los pacientes que recibieron monoterapia predominaron con un 74,29% (26 pacientes) en nuestro estudio ver anexo 4. De la misma forma en el estudio mencionado realizado por Sanjeev et al (2005), se halló que 74% de dicha muestra recibía fármacos antiepilépticos en monoterapia, igualmente otros estudios reportan que la mayoría de pacientes reciben tratamiento con monoterapia en una proporción de 63,3 %, 71,7% y 62,9% (López, 2010; Palacios, 2015; Rivera, 2005).

En relación al compromiso de las dimensiones de la calidad de vida se evidenció que la más afectada era el bienestar físico, en el cual se apreció la puntuación más baja de 2,57 en el área correspondiente a efectos de la farmacoterapia, ver anexo 9. Esto concuerda con el estudio realizado por el hondureño López et al (2010) y los chilenos Rivera et al (2005) que muestran un compromiso mayor en dicha área. En la dimensión de bienestar psicológico se evidencia una puntuación más baja en las áreas de preocupación por las crisis epilépticas (3,48). Esto concuerda con lo obtenido por el estudio ESPERA donde en esta área se encuentran las mayores dificultades con un puntaje global de 4, así mismo en el estudio chileno de Rivera et al (2005) estas áreas eran mayormente afectadas (preocupación por las crisis y bienestar emocional)

En la dimensión de bienestar social se evidencia como único compromiso el de las relaciones sociales (11,37%), siendo la única área explorada por el cuestionario en esta dimensión. Siendo una de las áreas junto al de las funciones cognitivas con mayor puntaje alcanzado en el presente estudio que coincide con lo reportado por otros estudios. (Rivera et al., 2005)

En forma global, se encontró que las áreas de menor puntaje fueron: preocupación por las crisis (3,48) y efecto de la medicación (2,57). Este hallazgo es similar al encontrado en otros estudios como por ejemplo el realizado por Fabello (2010), donde la aparición de las manifestaciones agudas de la epilepsia estuvo asociada fundamentalmente con estos factores de riesgo que son capaces de deteriorar la calidad de vida del paciente, aun cuando se haya conseguido un resultado clínico exitoso (control o reducción de la crisis, resaltando especialmente el aspecto psicosocial de temor a la crisis). Rivera et al (2005) estudiaron una población de 62 pacientes aplicando la encuesta validada QOLIE-31 encontrando también resultados similares al presente estudio.

En cuanto a la distribución por sexo, el puntaje promedio de calidad de vida más bajo lo obtuvo el sexo femenino (48), siendo el área de mayor compromiso la preocupación por las crisis, que coincide con el estudio realizado por Rivera y Troncoso (2005) con resultados similares. Sin embargo, el estudio realizado por Sanjeev et al (2005) no reveló diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes promedio obtenidos por el grupo de sexo masculino (67,7) con respecto al femenino (68,5). En otros estudios igualmente el sexo no tuvo efecto directo sobre la calidad de vida. (Palacios et al; 2015).

4. CONCLUSIONES

La calidad de vida del paciente con epilepsia que acude al Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, es mala.

La severidad de la epilepsia en su parámetro frecuencia de crisis influye negativamente en la calidad de vida del paciente epiléptico.

No se encontró una evidencia significativa estadística de los parámetros, tiempo de enfermedad y farmacoterapia de severidad de epilepsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Benitez, J. 2016. La evaluación de la calidad de vida: Retos metodológicos presente y futuro. Papeles del psicólogo 37:69-73.
- Broshek, D; Alexander, M; Quigg, M. 2018. Quality of life in Adults with Epilepsy is associate with anticonvulsivant polyfarmacy independent of seizure status. Journal of Epilepsy 78: 96-99
- Conde, Y.; Diaz, D.; Conde, M.; Navia, R.; Conde, B. 2013. Epidemiología clínica de la epilepsia en la población adulta del municipio Sancti spiritus. Rev. Gaceta médica 15: 1-9.
- Fabello, J.; Iglesias, S. 2010. Impacto psicosocial de la enfermedad de la calidad de vida en pacientes con epilepsia. Rev. Salud y sociedad 1: 89-100.
- Gastón, T.; Szaflarski, M.; Hansen, B.; Bebin, E. 2019. Quality of life in adults enrolled in an open-label study of cannabidiol (CBD) for treatment-resistant epilepsy. Epilepsy Behav 95: 10-17.
- Guerrero, J.; Can, A.; Saravia, B. 2016. Identificación de niveles de calidad de vida. Rev Iberoamericana de las ciencias sociales y humanidades 5:5-12.
- Heather, R; Privitera, M. 2017. Stress as a precipitant seizure 44: 21-23
- Indelicato, T.; Mattos, C.; Barreira, N.; Azevedo, A.; Westphal, A.; Sales, L.; et al. 2006. Traducción y adaptación cultural de la escala de calidad de vida QOLIE-31. J. RevEpilepsyClinNeurophysiol 12:107–110.
- Ivanova, E. 2014. Seizure frequency and severity. Ann Indian Acad Neurol 17: 35-42

- López, V.; Barragan, E.; Hernandez, M.; Watemberg, N.; Legido, S. 2010. Calidad de vida en pacientes adolescentes con epilepsia en México. *Rev Med Hondur* 78: 179-182
- Megiddo, I.; Colson, A.; Chisholm, D.; Dua, T.; Nandi, A.; Laxminarayan, R. 2016. Health and economic benefits of public financing of epilepsy treatment in India: An agent-based simulation model. *Epilepsia* 57:464-74
- Milanovic, M.; Martinovic, Z; Toskovic, O. 2014. Determinants of quality of life in people with epilepsy in Serbia. *Epilepsybehav* 31: 160-166
- Miranda, G.; Arceo, M. 2006. La calidad de vida de los pacientes epilépticos determinada por la aplicación de la escala QOLIE-31. *Rev Sanid Milit* 60: 76-84.
- Nava, G. 2012. La calidad de vida: Analisis multidimensional, *Enf neurol* 11: 129 – 137.
- Organización Panamericana de la Salud. 2012. Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica. Disponible en: <http://www.ibe-epilepsy.org>
- Palacios, E.; Vicuña, M.; Pulido, A.; Vergara, J. 2015. Quality of life in patients with epilepsy attending in neurology department of san jose hospital in bogota. *Actaneurológicacolombiana* 31: 235-239.
- Picot, M.; Crespel, A.; Daurés, J.; Baldy, M.; Hasnaoui, A. 2004. Psychometric validation of the French version of the quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-31): Comparison with a generic health-related quality of life questionnaire. *EpilepticDisorders*, 6: 275.
- Reyes, I.; Hernandez, VJ.; Soto, A. 2011. Neurociencias, epilepsia y calidad de vida: un acercamiento social en Venezuela. *Rev. Científica de Venezuela* 7: 99-107
- Reyes, I.; Hernandez, J.; Chumaceiro, A.; Cadrazco, C. 2016. Epilepsia un abordaje social: experiencia de sensibilizacion y concientizacion ciudadana. *rev. cientifica de ciencias humanas* 12:58-76.
- Rivera, E.; Troncoso, S.; Silva, M. 2005. Factores pronósticos de la calidad de vida en pacientes con epilepsia, *Rev. Chilena* 1: 1-7.
- Rodríguez, B; Herrero, M. 2014. Calidad de vida en niños y adolescentes epilépticos mexicanos en consulta de neuropediatría. Escala de CAVE. *Rev Mex Neuroci* 15:18-22
- Rossiñol, A.; Molina, I.; Garcia Mas, A. 2013. Calidad de vida y percepción de salud general de personas con epilepsia. *RevNeurol* 57 :17-24
- Sanjeev V, Koshy S, Sudhakaram C, Sarma S. 2005. Frequent seizures and polytherapy can impair quality of life in persons with epilepsy. *RevNeurology India* 53:22).
- Siarava, E.; Hyphantis, T.; Katsanos, A.; Pelidou, S.; Kyritsis, A.; Markoula, S. 2019. Depression and quality of life in patients with epilepsy in Northwest Greece. *Seizure* 66: 93-98
- Singh, P; Kumar, A. 2017. Quality of life in epilepsy. *International Journal of Research Medical Sciences* 5: 452-455
- Thomman, B.; Del Aguila, F.; Portal, G.; De la Peña, T. 2016. Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en la epilepsia. *Rev. Medicina seguridad y trabajo* 62:157-174.
- Urquiza, M. 2014. La Teoría de las capacidades humanas en Amartya Sen. *Edetania* 46: 63-80
- Urzua, A. 2010. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Rev Médica de Chile* 138 :358 – 365.
- Villanueva, V.; Girón, J. M.; Martin, J.; Hernández, I.J.; Lahuerta, J.; Doz, M.; et al. 2013. Impacto económico en la calidad de vida de la epilepsia resistente en España: Estudio Espera. *Neurología* 4: 195-204

ANEXOS

Anexo 1

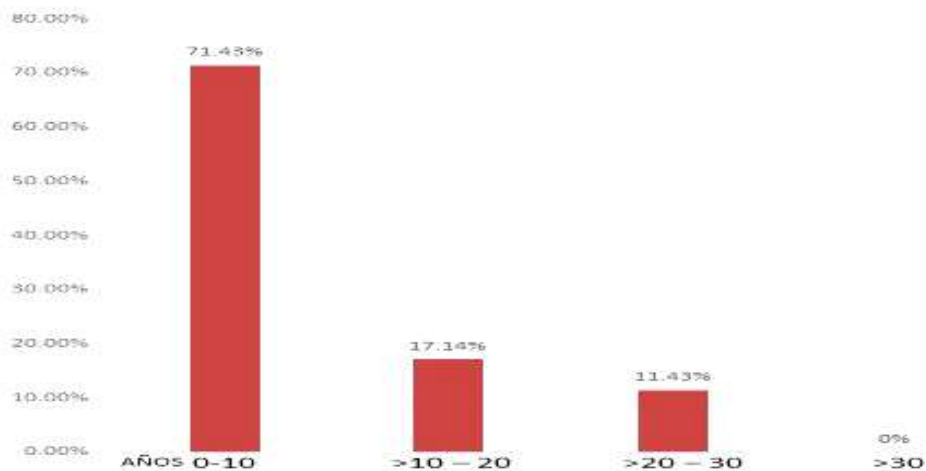


Figura 2. Distribución de los pacientes con epilepsia del HEGB.N.CH en el periodo enero-diciembre 2016, según duración de la epilepsia

Anexo 2

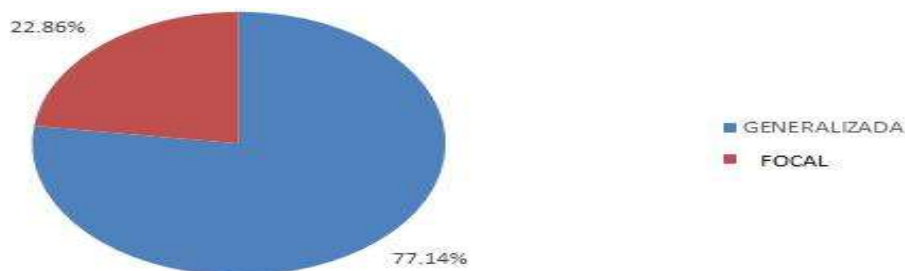


Figura 3. Distribución de los pacientes con epilepsia del HEGB.N.CH en el periodo enero-diciembre 2016, según tipo de epilepsia

Anexo 3

Tabla 4. Distribución de los pacientes con epilepsia del HEGB.N.CH evaluados en el periodo enero-diciembre 2016. Frecuencia según patrón de crisis

Patrón de crisis	Nº	%
>1 crisis / día – 2 crisis / semana.	3	9,58
>1 crisis / semana – 1 crisis / mes.	13	37,14
<1 crisis / mes – 1 crisis / semestre.	14	40,00
1 crisis / año.	5	14,28
<1 crisis / año.	0	0,00
TOTAL	35	100,00

Anexo 4



Figura 4. Distribución de los pacientes con epilepsia del HEGB.NCH en el periodo enero-diciembre 2016, según farmacoterapia empleada

Anexo 5

Tabla 5. Distribución de los pacientes con epilepsia del HEGB.NCH en el periodo enero-diciembre 2016. Frecuencia de la calidad de vida aplicando QOLIE 31

	N°	%
Mala calidad de vida	25	71,42
Regular calidad de vida	6	17,14
Buena calidad de vida	3	8,57
Muy buena calidad de vida	1	2,87
TOTAL	35	100

Anexo 6

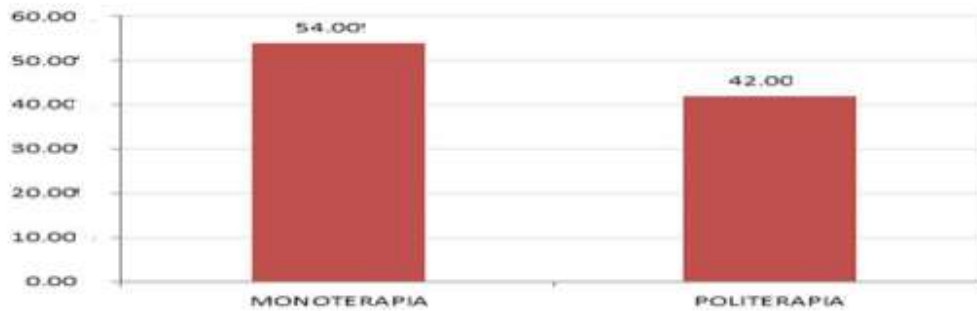


Figura 5. Resultados del QOLIE 31 en los pacientes con epilepsia del HEGB.NCH evaluados en el periodo enero – diciembre 2016, según severidad - farmacoterapia - y calidad de vida

Anexo 7

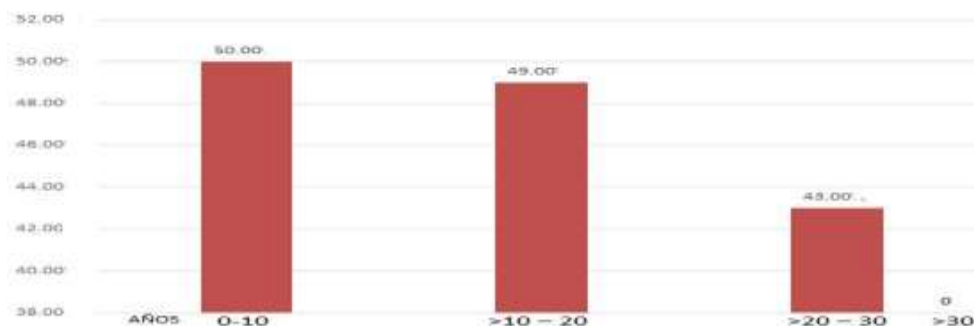


Figura 6. Resultados del QOLIE 31 en los pacientes con epilepsia del HEGB.NCH evaluados en el periodo enero – diciembre 2016, según tiempo de enfermedad

Anexo 8

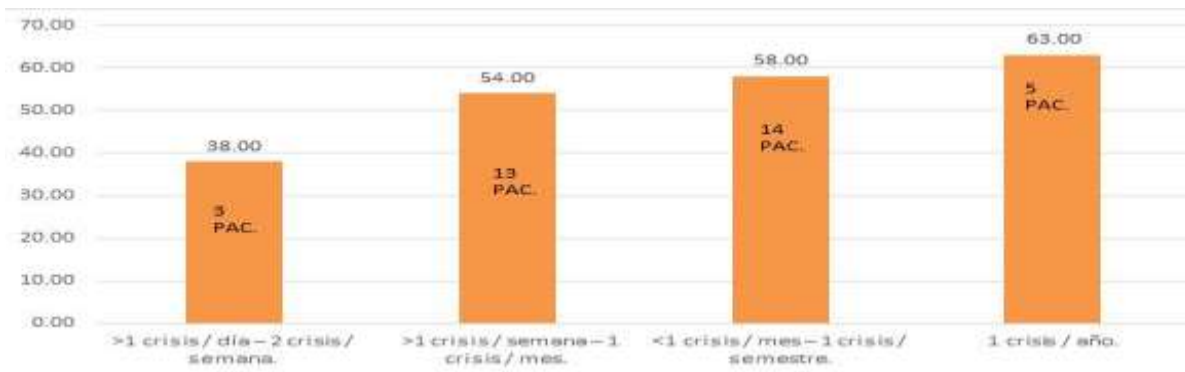


Figura 7. Resultados del QOLIE 31 en los pacientes con epilepsia del HEGB.NCH evaluados en el periodo enero – diciembre 2016, según frecuencia de presentación de crisis epilépticas.

Anexo 9



Figura 8. Resultados del QOLIE 31 según dimensiones de la calidad de vida, en los pacientes con epilepsia del HEGB.N.CH en el periodo enero – diciembre 2016.