



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL PACIENTE EPILEPTICO
ATENDIDO EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN
DURANTE EL PERIODO JULIO DE 2011 - MARZO DE 2012.

TESIS DE GRADO PREVIA A
LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

JANDRY IDROVO T ORRES

DIRECTOR:

Dr. Miguel Jumbo

LOJA-ECUADOR

2012

TEMA

**TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL PACIENTE
EPILEPTICO ATENDIDO EN EL HOSPITAL CARLOS
ANDRADE MARÍN DURANTE EL PERIODO JULIO DE
2011 - MARZO DE 2012.**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Loja, 13 del 10 del 2012

Dr. Miguel Jimbo

DIRECTOR DE TESIS DE PREGRADO CARRERA MEDICINA HUMANA

CERTIFICA Que una vez realizado el trabajo de tesis **“TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL PACIENTE EPILEPTICO ATENDIDO EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN DURANTE EL PERIODO JULIO DE 2011 A MARZO DE 2012.”**de la autoría de la Sr., Jandry Patricio Idrovo Torres, autorizo para que la misma pueda presentarla y continúe con los trámites pertinentes para la obtención de su título.

Atentamente

Dr. Miguel Jimbo

AUTORÍA

La responsabilidad, por el análisis de la información que consta en el presente trabajo, así como sus conclusiones y recomendaciones, es de exclusividad de su autor.

AGRADECIMIENTO

En las siguientes líneas quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que han sido parte de mi formación profesional y me han apoyado de manera incondicional para la culminación de la presente tesis y mi carrera.

- A Dios por darme la fuerza y la capacidad para seguir adelante y prepararme en mi carrera.
- A mis Padres por el apoyo incondicional para poder alcanzar mis objetivos académicos.
- A la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud y Área de pregrado, quien me brindo sus conocimientos y experiencias que ayudaron a mi formación.
- A la Dr. Miguel Jimbo, por su guía y brindarme parte de su tiempo para poder realizar el presente trabajo investigativo.
- Al servicio de consulta externa de neurología del Hospital Carlos Andrade Marin quien me dio la oportunidad y me abrió sus puertas para la obtención de los datos de i proyecto de tesis.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a Dios, a mis Padres por darme la vida y la sabiduría para seguir adelante con mis objetivos, y nunca abandonarme.

A mis compañeros por su amistad y apoyo incondicional durante 6 años de estudio.

A los pacientes del HCAM quienes amablemente se prestaron y aceptaron colaborar en este proyecto.

INDICE

Tema.....	I
Certificación.....	II
Autoría.....	III
Agradecimiento.....	IV
Dedicatoria.....	V
Índice.....	VI
Resumen.....	7
Summary.....	9
Introducción.....	10
Marco teórico.....	14
Metodología.....	62
Presentación de Resultados.....	66
Discusión de Resultados.....	85
Conclusiones.....	90
Recomendaciones.....	92
Bibliografía.....	94
Anexos.....	98

RESUMEN

El estudio que se presenta a continuación se encuentra dirigido a los pacientes epilépticos atendidos en el servicio de consulta externa de neurología del Hospital Carlos Andrade Marin de la ciudad de Quito. Esta investigación tiene por objetivo reconocer cual es el tipo de depresión según la gravedad que con mayor frecuencia se presenta en los pacientes diagnosticados de epilepsia así como su incidencia y distribución según el género, además determinar cuantos pacientes tenían ya un diagnostico previo de depresión y si recibían algún tratamiento para el mismo , se realizó también una revisión bibliográfica de lo publicado sobre la frecuencia, etiología, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de la depresión en la enfermedad epiléptica, con el fin de clarificar aspectos controvertidos en un tema de relevancia clínica.

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo y transversal, que incluyó a 60 pacientes epilépticos que fueron atendidos en el servicio de consulta externa de neurología del HCAM, durante el período de julio del 2011 a marzo del 2012, donde se recolectaron datos aplicando la escala de depresión de Hamilton mas una encuesta que se diseño acerca del diagnostico y tratamientos previos de depresión.

En lo que respecta a los pacientes epilépticos, se determinó que la gran mayoría tuvieron un tipo leve de depresión y que muy pocos una depresión moderada, encontrándose que la mayor parte estos pacientes con depresión correspondieron al género femenino con respecto al género masculino. Además se demostró que no se pone el suficiente interés a esta enfermedad debido a que ningún paciente tuvo diagnostico ni tratamiento previo de la misma, lo que nos lleva al hecho de que esta enfermedad es subdiagnosticada y por tanto no es tratada oportunamente.

Palabras clave: Depresión, epilepsia, subdiagnosticada.

SUMMARY

The study presented below is directed to the epileptic patients treated at the outpatient service of neurology of the CarlosAndradeMarinHospital in the city of Quito. This research aims to recognize what type of depression that most often occurs in patients diagnosed with epilepsy and their incidence and distribution by gender and a review of the literature on the frequency, etiology and risk factors diagnosis and treatment of depression in epileptic disease, in order to clarify controversial issues in a clinically relevant topic.

This is a prospective, descriptive and cross-sectional study, which included 60 epileptic patients who were treated in the outpatient service of neurology of the HCAM, during the period Julio 2011 to March 2012, where data were collected using the Hamilton Depression Rating which is specific to patients with epilepsy.

With regard to the epileptic patients, it was determined that 80% had a type of mild depression and that the 5% has a moderate to severe depression, finding that most these patients with depression corresponded to the female gender with a ratio of 2 to1 with regard to the male gender while. It also showed that there is enough interest to put this disease because no patient had prior diagnosis or treatment of it, which brings us to the fact that this disease is under diagnosed and therefore not treated early.

Keywords: Depression, Epilepsy, underdiagnosed.

INTRODUCCION

Según el diccionario de la OMS define a la epilepsia como una crisis cerebral a consecuencia de una descarga neuronal excesiva, mientras que la Comisión de Epidemiología y Pronóstico de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) define a la epilepsia como una manifestación clínica presumiblemente originada por una descarga excesiva de neuronas a nivel cerebral. Ésta consiste en fenómenos anormales bruscos y transitorios que incluye alteraciones de la conciencia, motora, sensorial, autonómica, psicológica, que son percibidos por el paciente u observador ⁽¹⁾

De acuerdo a la OMS En el mundo hay aproximadamente 50 millones de personas con epilepsia y cerca del 90% de los pacientes proceden de regiones en desarrollo¹. Aproximadamente cerca de 5 millones viven en Latinoamérica y el Caribe. La prevalencia de la epilepsia en Latinoamérica y el Caribe es mayor que la existente en los países desarrollados. ⁽³⁾

Desde la antigüedad se conoce la existencia de la estrecha relación entre la epilepsia y la depresión. Hipócrates, en el año 400 a.c., hizo referencia en el Hipocratic Corpus a esta relación “los melancólicos suelen ser epilépticos y los epiléptico, melancólicos.

Se describe que los trastornos depresivos tienen una prevalencia de 40-60% en las personas con epilepsia con crisis recurrentes, lo que la hace la enfermedad psiquiátrica más común en esta población y una prevalencia de 39% en aquellos pacientes con buen control ictal.

El problema que se plantea en esta investigación es que la depresión es considerada la comorbilidad psiquiátrica mas frecuente en los pacientes con epilepsia a pesar de que los datos epidemiológicos no son exactos, por lo que se cree que es una enfermedad subdiagnostiacada a la que no se le pone el debido interés. Además de la alta prevalencia, otras razones de peso han contribuido a ello (Kanner, 2006): la elevada prevalencia de ideación y

conducta suicida en los enfermos ; los trastornos depresivos constituyen un factor de riesgo independiente para una mala calidad de vida en epilepsia, por delante de la frecuencia de convulsiones; se estima que es una de las principales causas de discapacidad en los países desarrollados y, supone un aumento en la carga de los servicios de salud y de los costes sanitarios. ⁽⁶⁾

Este trabajo se justifica en la importancia de detectar y tratar la depresión en estos pacientes, no solo por el sufrimiento que estos cuadros conllevan sino también por el riesgo de suicidio asociado, así como por la influencia que un trastorno depresivo puede tener sobre la calidad de vida de las pacientes, por la discapacidad socio laboral que trae e incluso sobre la evolución que la misma epilepsia puede tener. El impacto de la epilepsia sobre la vida de quien lo padece es amplio, no sólo suele ser una enfermedad crónica, que a menudo precisa tratamiento de por vida, si no que además se acompaña de trastornos psicoafectivos especialmente depresivos que comprometen la calidad de vida, desfavorecen la capacidad de adaptación profesional, reducen la tasa de ocupación y contribuyen a la internación hospitalaria recurrente y al incremento del riesgo de suicidio.

La presente investigación trata pues de reconocer y actualizar información acerca de la depresión en la epilepsia, tanto por ser epidemiológicamente relevante como por resaltar a los epilépticos como un grupo diana especialmente sensible al trastorno depresivo. Por lo que se investigará el tipo de depresión mas frecuente en estos pacientes así como su incidencia y distribución por genero, además se buscara demostrar que tan subdiagnosticada y tratada es la depresión en esta población.

Este trabajo investigativo incluyó a los pacientes epilépticos que fueron atendidos en el servicio de consulta externa de neurología del HCAM, durante el período de julio del 2011 a marzo del 2012, donde se recolectaron datos aplicando la escala de depresión de Hamilton mas una encuesta que se diseño acerca del diagnostico y tratamientos previos de depresión.

Se logro demostrar que los pacientes epilépticos tienen en su gran mayoría una depresión de tipo leve, que predomina sobre todo en el género femenino y un aspecto muy importante es que no se pone el suficiente énfasis en el estado psicoemocional de este grupo de personas, ya que este estudio revelo una alta incidencia de depresión y únicamente reciben tratamiento epiléptico mas ninguno de ellos fue diagnosticado ni tratado previamente de depresión, por lo que se concluyo que esta enfermedad esta subdiagnosticada en la población epiléptica.

REVISION DE LA LITERATURA

EPILEPSIA

DEFINICIÓN

Epilepsia se describe como un trastorno en el que una persona tiene convulsiones recurrentes debido a un proceso crónico subyacente. Esta definición implica que una persona que ha sufrido una convulsión o convulsiones recurrentes debidas a factores corregibles o evitables no tiene necesariamente epilepsia.⁽¹⁾ El termino epilepsia hace referencia a un fenómeno clínico mas que a una sola enfermedad puesto que existen muchas formas y causas de epilepsia.⁽²⁾ Sin embargo entre las muchas causas de epilepsia hay diferentes síndromes epilépticos cada uno con sus peculiares manifestaciones clínicas y patológicas. ⁽³⁾

De acuerdo con la ILAE y la OMS, a partir de 1973 se definió la Epilepsia como la afección crónica y recurrente de crisis paroxísticas (crisis epilépticas), desencadenadas por descargas eléctricas anormales que tienen manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial y que se asocian a trastornos paraclínicos (anormalidades electroencefalográficas) y que se presentan de manera no provocada.

EPIDEMIOLOGIA

De acuerdo a la OMS En el mundo hay aproximadamente 50 millones de personas con epilepsia y cerca del 90% de los pacientes proceden de regiones en desarrollo². Aproximadamente cerca de 5 millones viven en Latinoamérica y el Caribe.⁽⁴⁾

Sobre la incidencia cruda en toda la población, Hauser informa que la incidencia de epilepsia, ajustada por edad, varía de 24 a 53 por 100.000 personas/año y que va de 26 a 70 por 100.000 personas/año cuando se contabilizan como casos también a los que tienen una sola crisis sin provocación⁽⁵⁾

Teniendo en cuenta la población del globo, hemos calculado que esa cifra de enfermos representaría una tasa mundial de 8,2 por 1.000 habitantes, que casualmente es casi igual a lo reportado por Placencia et al. Si a nivel mundial, la distribución de los 50 millones de personas con epilepsia fuese equitativa (hipótesis improbable) y basados en una población de 523.542.240 en Alemania y Europa central, o sea, 8,6% de la población mundial, calculamos que la cifra proporcional sería de 4.330.374 personas con epilepsia en el subcontinente. ⁽¹³⁾

En el Ecuador, según el ministerio de salud pública (MSP) 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 ⁽⁸⁾

TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA EPILEPSIA

HISTORIA

La relación entre depresión y epilepsia se ha descrito desde la antigüedad, ya en el *Hippocratic corpus* se hace referencia a la mutua influencia entre ambos cuadros. En varios estudios se ha demostrado que la incidencia de la enfermedad psiquiátrica aumenta en los epilépticos, aunque diversos estudios discrepan en las cifras. Siempre se observa que la prevalencia de trastornos psiquiátricos es mayor en la población con epilepsia que en la población general y muchos de los estudios presentan datos que sugieren que también es mayor en la población con epilepsia que en otras poblaciones médicas.⁽¹⁵⁾

La depresión es el desorden psiquiátrico mas frecuente en la epilepsia, en especial en aquellos pacientes cuyas crisis tienen origen en los lóbulos temporal y frontal. (16)

La importancia de detectar y tratar la depresión en estos pacientes es clara, no sólo por el sufrimiento que estos cuadros conllevan sino también por el riesgo de suicidio asociado, así como por la influencia que un trastorno depresivo puede tener sobre la calidad de vida del paciente, por la discapacidad sociolaboral que acarrea e incluso, como postulan algunos estudios, por la influencia que sobre la evolución de la propia epilepsia. 23 Se calcula que el riesgo de suicidio en pacientes con epilepsia es diez veces mayor que en la población general; los actos suicidas exitosos ocurren con mas frecuencia en pacientes con depresión interictal. (20)

La epilepsia no es un estigma, ni una enfermedad 'mágica', pero en la actualidad el rechazo social y laboral resulta evidente; prueba de ello es la ocultación de la enfermedad por temor a ese rechazo. A pesar del papel secundario que ocupan los aspectos psicológicos en la asistencia sanitaria, resulta difícil negar la existencia de sufrimiento psíquico y la presencia de alteraciones psicopatológicas en quienes sufren la enfermedad.

En este estudio se busco medir la prevalencia de la depresión en un grupo de pacientes con epilepsia que consultaron en Hospital Carlos Andrade Marin de Quito, con el afán de tener presente la magnitud de este problema.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DE LA DEPRESIÓN EN EPILEPSIA

En la revisión de Hermann de 36 estudios sobre depresión en epilepsia, se recogen 60 variables como posibles predictoras de depresión interictal que se organizan en cuatro categorías:

– Neuroepilepsia (edad de inicio, lateralización del foco epileptógeno, tiempo de evolución de la epilepsia, etiología de la epilepsia y tipo de crisis).

- Factores sociales y psicosociales (afrentamiento y ajuste a la epilepsia, percepción de estigma o de discriminación y acontecimientos vitales estresantes).
- Medicación (monoterapia frente a politerapia, uso de barbitúricos y niveles del fármaco en la sangre).
- Factores sociodemográficos (edad, género, educación). (11)

De todas estas categorías, las variables neuroepilépticas son las más estudiadas, pero curiosamente son las que presentan menos asociaciones positivas con la comorbilidad depresiva. Los factores psicosociales y la medicación fueron los menos estudiados, pero son los que demostraron una mayor asociación con la depresión.(11)

Los acontecimientos vitales estresantes se confirmaron como un predictor particularmente importante tanto de depresión como de frecuencia de crisis, aunque la relación no se cumple a la inversa (es decir, la depresión no influye sobre las crisis y la frecuencia de las crisis no influye sobre la depresión según estos autores, aunque algunos estudios no coinciden con este dato). Respecto a las características neurológicas como factores moduladores de la depresión, se han publicado varios estudios, aunque son pocos los datos confirmados en este controvertido tema. (11)

FACTORES NEUROBIOLÓGICOS

Si bien la relación entre epilepsia y depresión está claramente establecida, los factores biológicos responsables son todavía poco claros. Destacan los siguientes: – *Tipo de epilepsia*. Parece que la depresión es más frecuente en la epilepsia de tipo crisis parcial compleja, en la que haya además una afectación del circuito límbico ; la incidencia de depresión en este tipo de epilepsia es claramente más alta que en el tipo de crisis generalizadas. Algunos estudios encuentran asociación entre la depresión y el número de distintos tipos de crisis que presenta el paciente, en relación directamente proporcional. (12)

- *Lateralización del foco epiléptico*. Éste es un parámetro todavía controvertido, pero parece que la mayoría de los autores opinan que la depresión es más

frecuente en epilepsias con focos temporales izquierdos. Ésta se demuestra con técnicas funcionales, tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía estandarizada por emisión de fotón único (SPECT), hipometabolismo y disminución del flujo sanguíneo (respectivamente con cada técnica), en el hemisferio izquierdo en relación con el derecho y en pacientes con crisis parciales simples. (12)

Según varios estudios, se asocia una evidencia neuropsicológica de disregulación del lóbulo frontal (datos que son consecuentes con las búsquedas de modelos de estados depresivos en controles de salud, en pacientes con otros trastornos neurológicos), y se recogen datos de hipometabolismo en la zona inferior del lóbulo frontal de forma bilateral en pacientes con el foco temporal izquierdo bien localizado. En el estudio de Bear et al se teoriza sobre esta controversia de la lateralización, y se postula que el hecho de que se encuentren más datos de depresión en los focos izquierdos puede deberse a que los pacientes con esta localización del foco presentan una visión más crítica de su estado emocional, mientras que los pacientes con derechos tienden a minimizar los síntomas negativos. Sí parece existir acuerdo en que es en la epilepsia del lóbulo temporal donde es más frecuente la comorbilidad con depresión, y hay que recordar que, desde el punto de vista del impacto, ésta es la epilepsia más común en el adulto. (16)

– *Frecuencia e intensidad de las crisis.* La influencia de estos parámetros en la aparición de la depresión es un tema todavía discutido. Algunos autores describen una disminución de la frecuencia de crisis previa al inicio de la depresión, mientras que otros opinan lo contrario, ya que no encuentran una asociación en este sentido. En algunos estudios se ha descrito la disminución de la frecuencia de crisis generalizadas en los pacientes en los que aparece un cuadro depresivo sobre la epilepsia. En los estudios de calidad de vida en epilepsia, se ha descrito una relación directa entre la frecuencia de las crisis y la existencia de síntomas de ansiedad o depresión; sin embargo, esto parece encajar más en estados reactivos/adaptativos y no en cuadros de depresión mayor. (23)

– *Factores yatrogénicos.* Evaluaciones clínicas han documentado los efectos psicotrópicos generales y específicos de los fármacos antiepilépticos. Estos efectos depresógenos se relacionan principalmente con los fármacos clásicos (fenobarbital, primidona), mientras que los nuevos antiepilépticos producen menos efectos neuropsicológicos, además de menos efecto depresógeno, aunque sí se ha descrito en algún estudio aislado esta posibilidad como un efecto adverso con la tiagabina, con la vigabatrina con fuerte asociación con topiramato con débil asociación y con felbamato; son abundantes los estudios sobre estos nuevos fármacos. Por otra parte, la polifarmacia en el tratamiento de la epilepsia ha demostrado asociarse con la aparición de depresión, y algunos estudios han observado la mejoría en la concentración, conducción, depresión y sociabilidad después del cambio de politerapia a monoterapia.

– *Lesión cerebral.* Además de relacionarse con la epilepsia, la depresión se asocia a la esclerosis múltiple, los accidentes cerebrovasculares, las demencias, los traumatismos craneoencefálicos, etc., por lo que este trastorno afectivo parece más común en pacientes con una lesión cerebral estructural. Sin embargo, en la epilepsia no se ha encontrado una lesión cerebral específica asociada con la depresión.

– *Factores endocrinometabólicos.* Se ha observado que existen determinados neuroesteroides (progesterona, pregnenolona, dehidroepiandrosterona...) que se alteran tanto en la epilepsia como en la depresión; parece ser que tras las crisis generalizadas aumenta la liberación de adrenalina y noradrenalina, de la hormona adrenocorticotropa, de la hormona del crecimiento, del cortisol, de la prolactina, de la vasopresina...es decir, está documentado el efecto sobre el ánimo del mundo hormonal, pero son necesarios estudios que confirmen la relación entre la enfermedad epiléptica, los neuroesteroides y los trastornos afectivos (13)

– *Cociente intelectual.* Existe algún estudio donde se establece una relación inversamente proporcional entre el cociente intelectual y el riesgo de padecer depresión en el paciente epiléptico [20].

FACTORES ETIOLÓGICOS PSICOSOCIALES

En la revisión de Lambert se determina la importancia de estos factores tanto en la aparición como en la evolución del trastorno depresivo. La estabilidad emocional y familiar, la existencia de relaciones sociales, las estrategias de afrontamiento adecuadas, la percepción no estigmática de la enfermedad e incluso el ejercicio físico han demostrado ser variables que se relacionan de forma inversa con la aparición de depresión en los pacientes epilépticos. (13)

CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA Y DEPRESIÓN

Se ha publicado mucho sobre este aspecto desde hace ya varias décadas. Según algunas hipótesis neurobiológicas, la pérdida de actividad excitatoria tras la cirugía, y por lo tanto la relativa dominancia de la inhibitoria, puede predisponer a trastornos afectivos y psicóticos. Si revisamos los estudios publicados en los últimos años vemos que éste sigue siendo un tema controvertido. Algunos autores postulan que se consigue una reducción de la depresión tras la cirugía sólo cuando se consigue la total supresión de las crisis, y si no es así, no existe un cambio en el estado psiquiátrico. Desde la postura contraria, se habla de la epilepsia como predisponente para la aparición o intensificación de los trastornos afectivos; entre éstos se plantea el tema de la lateralización, en el que existen discrepancias entre los que confieren mayor riesgo a la lobulectomía derecha o, al revés, a la izquierda [26]. Para reforzar su hipótesis, estos últimos argumentan la 'teoría del modelo del balance emocional negativo', que teoriza la disminución de los afectos cuando existe una dominancia del hemisferio derecho. También se informa de depresiones que aparecen nuevamente tras la cirugía, sobre todo tras la lobulectomía temporal y la amigdalohipocampectomía, aunque otros investigadores contradicen estos resultados al afirmar que la frecuente depresión asociada a la epilepsia temporal se resuelve en un 50% tras la cirugía. Algunos autores niegan una auténtica influencia de la cirugía en la depresión, y concluyen después de un estudio prospectivo que la prevalencia es similar antes y después de la misma, si bien a partir de los seis meses de la intervención disminuye la intensidad de los síntomas. Taylor ha determinado

los factores que pueden considerarse predictivos de un mejor ajuste psicosocial posquirúrgico:

- Excelente control de las crisis.
- Psicopatología ausente o leve preoperatoriamente.
- Buen soporte familiar.
- Buenas relaciones de amistad y laborales preoperatoriamente.
- Edad menor de 30 años en el momento de la cirugía.
- Buena escolaridad y buen cociente intelectual preoperatorio.⁽¹⁴⁾

EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESION EN LA EPILEPSIA

Los aspectos epidemiológicos no se conocen suficientemente, si bien los datos de la existencia de anomalías psicopatológicas se ha tipificado mejor en algunos estudios en la infancia y adolescencia que en los adultos, que suelen provenir de centros terciarios y, por tanto, con riesgo de sesgarse; también se aprecia un incremento del riesgo de psicopatología en los niños entre 5 y 14 años con epilepsia en especial la grave, cuando se les comparó con otros niños con problemas neurológicos y extraneurológicos.⁽¹⁷⁾

La literatura médica señala que existe un alto riesgo de desarrollo de problemas psiquiátricos en pacientes con epilepsia, indicando que esto ocurre en 20-40% de pacientes y aun más en pacientes con epilepsia refractaria.⁽¹⁸⁾

La epilepsia incrementa el riesgo de psicopatología emocional, perceptual y del comportamiento. Los desórdenes neuropsiquiátrico más frecuentes vistos en pacientes con epilepsia son depresión, desórdenes de la ansiedad (desorden del pánico, desorden de ansiedad generalizada y desorden de estrés postraumático) y problemas a nivel cognitivo.⁽¹⁷⁾

Hermann y col. revisaron recientemente la bibliografía publicada en este aspecto usando el DSM-IV y el ICD, y encontraron que la tasa de prevalencia de los desórdenes depresivos se encuentra entre 44 y 63% de los pacientes que fueron evaluados, con una prevalencia de entre 8 y 48% para depresión mayor (promedio 29%). En un estudio comunitario en el cual se usó la escala hospitalaria de depresión y ansiedad, Jacoby y col. encontraron que 21% de 168 pacientes con crisis epilépticas recurrentes estaban deprimidos. Más recientemente, Odonoghue y col. usaron la misma escala para demostrar que de 155 pacientes identificados a través de dos grandes grupos de cuidado primario en el Reino Unido, 33% con crisis recurrentes y 6% con crisis en remisión, tuvieron depresión. Este último hallazgo es interesante ya que Hipócrates, en 400 a.C., escribió: “melancólicos ordinariamente se tornan epilépticos, y epilépticos melancólicos: lo que determina la preferencia es la dirección que toma la enfermedad; si ésta es tomada por el cuerpo, epilepsia, y si es tomada por la inteligencia, melancolía” (16)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN LA EPILEPSIA

Depresión preictal: un tercio de los pacientes con crisis parciales dicen tener unos síntomas premonitorios, caracterizados por ánimo depresivo o por irritabilidad que se presenta horas o días antes de la crisis y que mejoran después de la misma.

Depresión ictal: el ánimo deprimido puede aparecer como parte de la crisis en 1% de los pacientes y es más común en la epilepsia del lóbulo temporal. Es de inicio súbito sin ningún evento desencadenante medioambiental; puede variar entre sentimientos de tristeza hasta sensación de minusvalía y desesperanza.

Depresión post-ictal: se ha observado afecto plano o deprimido especialmente en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, y dura de horas a días después de pasado el episodio convulsivo. Se postula que es una consecuencia de un mecanismo inhibitorio que hace parte de la finalización de la crisis. Su severidad puede ser variable, pero puede llegar hasta el suicidio.

Depresión interictal: afecta a dos tercios de los pacientes especialmente a aquellos con una alta frecuencia ictal. La depresión interictal es el trastorno afectivo quizá más comúnmente reconocido entre los pacientes con epilepsia. La depresión interictal en los pacientes con epilepsia generalmente se presenta como un conjunto pleomórfico de síntomas de depresión con un curso crónico, interrumpido por periodos recurrentes, libres de síntomas con duración de horas o días. (17)

La depresión interictal es el trastorno afectivo quizá más comúnmente reconocido entre los pacientes con epilepsia. Los trastornos depresivos pueden presentarse como cualquiera de los tipos de trastornos del afecto descritos en el DSM-IV (depresión mayor, distimia, trastorno bipolar). El trastorno depresivo llama la atención al clínico sin lugar a dudas cuando se presenta como un trastorno depresivo mayor (17). Pero una gran proporción de trastornos depresivos interictales no se presentan de esta forma ni llenan todos los criterios de algún trastorno del afecto en el DSM.IV. La depresión interictal en los pacientes con epilepsia generalmente se presenta como un conjunto pleomórfico de síntomas de depresión con un curso crónico, interrumpido por periodos recurrentes, libres de síntomas con duración de horas o días.

Estos cuadros clínicos simulan un trastorno distímico, por tanto se han referido a éstos como el trastorno similar a la distimia de la epilepsia. Blumer et al (8) acuñó el término de “trastorno disfórico interictal” (interictal dysphoric disorder =IDD) para describir el síndrome que consta de ocho síntomas, de los cuales el paciente debe tener un mínimo de tres: afecto depresivo, anergia, dolor, irritabilidad, insomnio, ansiedad, temor y euforia. Estos autores consideran que entre 30-50% de los pacientes con epilepsia que buscan atención médica sufren de este síndrome en tal grado de severidad que requiere tratamiento farmacológico (9). El curso interrumpido de los síntomas previamente descritos hace que no se puedan cumplir los criterios de un trastorno distímico en el DSM-IV. Dada la cronicidad del cuadro los pacientes desarrollan una tolerancia y eventualmente asumen que sus síntomas reflejan un estado natural que hace parte de su diagnóstico de epilepsia.

El desarrollo de esa tolerancia a dichos síntomas ha llevado a pacientes y médicos tratantes a poner poca atención a este trastorno depresivo y por tanto su diagnóstico y tratamiento se ha negado por la mayoría de quienes lo padecen. Es claro que estos trastornos depresivos pueden no llegar a detectarse, a no ser que los clínicos interroguen sobre síntomas específicos de depresión como parte integral de su evaluación del trastorno convulsivo. La obtención de una buena historia clínica continúa siendo la mejor herramienta para obtener un diagnóstico temprano y adecuado y los pacientes no necesitan padecer una experiencia negativa antes de ser considerados para un tratamiento ⁽¹⁰⁾.

Es importante resaltar que los instrumentos desarrollados y empleados en pacientes sin epilepsia para el diagnóstico de los trastornos depresivos, no son siempre apropiados en para los pacientes con epilepsia. Ejemplo de esto es que un instrumento como la escala para depresión de Hamilton, tan ampliamente usado, no pregunta por síntomas de irritabilidad tan comunes en el DLDE. Se describe que los trastornos depresivos tienen una prevalencia de 40-60% en las personas con epilepsia con crisis recurrentes, lo que la hace la enfermedad psiquiátrica más común en esta población ⁽¹¹⁾ y una prevalencia de 3-9% en aquellos pacientes con buen control ictal. Jacoby *et al* ⁽¹²⁾ encontraron una prevalencia de depresión de 10% entre los pacientes con menos de una crisis por mes, 21% con más de una crisis por mes, y 4% en aquellos libres de crisis, comparable a la prevalencia de la depresión en la población general. Es tan frecuente en la población con epilepsia que se atribuye a la depresión un mayor impacto en la calidad de vida del paciente que a lamisma epilepsia. Los factores responsables de la depresión en la epilepsia son poco claros, pero se pueden señalar algunos ⁽¹³⁾:

- Parece que la depresión es más frecuente en algunas epilepsias como las crisis parciales complejas, y cuando se afecta el circuito límbico ⁽¹⁴⁾. La frecuencia de depresión en este tipo de epilepsia es más alta que en las generalizadas.

- Algunos autores sugieren una relación directa entre el número de crisis y el grado de depresión, sin embargo parece que esto se relaciona más con estados reactivos/adaptativos y no con cuadros de depresión mayor.
- La lateralización del foco epiléptico, aunque controvertida, parece que la depresión es más frecuente en epilepsias con focos temporales izquierdos. En todo caso en la epilepsia del lóbulo temporal es más frecuente la comorbilidad con depresión.
- Algunos autores sugieren que hay una disminución de la frecuencia ictal previa al inicio de la depresión ⁽¹⁵⁾.
- Los fármacos clásicos como el fenobarbital y la primidona producen más efectos depresógenos que los nuevos medicamentos anticonvulsivos.
- Los factores psicosociales como el estigma de la epilepsia, disminución en la sexualidad, temor a la teratogénesis y la restricción para determinadas actividades. La depresión interictal puede darse como reacción a una situación estresante en la vida (depresión reactiva), por efecto de una condición subyacente ocurre en algún momento de la evolución en aproximadamente uno de cada tres pacientes con epilepsia especialmente con epilepsias agudas y con crisis frecuentes. Sin embargo, y con mayor frecuencia la depresión puede estar relacionada con factores biológicos, como es la deficiencia de folato (por uso de anticonvulsivantes), disfunción del lóbulo frontal, lobectomía temporal anterior y algunos medicamentos anticonvulsivantes ⁽⁷⁾. Los factores etiológicos incluyen, las crisis parciales simples, los medicamentos antiepilépticos (especialmente el fenobarbital y el vigabatrin ⁽⁸⁾ y factores psicosociales.

La depresión puede estar, acompañada a veces de agitación y comportamientos suicidas impulsivos. Adicionalmente, se ha observado una historia familiar de depresión en cerca del 50% de los pacientes con epilepsia y depresión lo que sugiere una predisposición genética. Estos hallazgos junto a la evidencia de que hay una disminución de la actividad serotoninérgica, noradrenérgica, dopaminérgica, tanto en la epilepsia como en la depresión

sugieren que estas dos patologías comparten mecanismos patogénicos comunes ⁽¹⁰⁾. Hay estudios con anomalías en las neuroimágenes funcionales que muestran una fuerte asociación con los síntomas depresivos en estos pacientes ⁽¹⁶⁾. Ello indica que la mayoría de los pacientes con epilepsia no ha sido estudiada profundamente para depresión y que sólo una minoría de los pacientes afectados recibe el tratamiento adecuado. Entre las razones para esto se plantean la poca disponibilidad de tiempo de los neurólogos que limita la oportunidad de hacer el diagnóstico oportuno de depresión y por otro lado la creencia de que los antidepresivos bajan el umbral convulsivo, supuesto aún no confirmado con la evidencia disponible.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

La obtención de una buena historia clínica continúa siendo la mejor herramienta para obtener un diagnóstico temprano y adecuado y los pacientes no necesitan padecer una experiencia negativa antes de ser considerados para un tratamiento. Es importante resaltar que los instrumentos desarrollados y empleados en pacientes sin epilepsia para el diagnóstico de los trastornos depresivos, no son siempre apropiados para los pacientes con epilepsia. Ejemplo de esto es que un instrumento como la escala para depresión de Hamilton, tan ampliamente usado, no pregunta por síntomas de irritabilidad tan comunes en el DLDE. (20)

TRATAMIENTO

El tratamiento de los pacientes que sufren epilepsia y depresión es con frecuencia problemático debido a la extendida creencia de que muchos antidepresivos pueden causar crisis epilépticas. Los antidepresivos tricíclicos se introdujeron en el mercado en los años cincuenta, y en seguida se recogieron informes que sugerían su riesgo convulsivógeno. Esta arraigada creencia todavía no ha sido científicamente bien definida debido a dos cuestiones fundamentales:

- La bibliografía se basa sobre todo en estudios de casos aislados o con muestras de escasos pacientes.
- El mecanismo por el que los antidepresivos alteran la excitabilidad neuronal y provocan las crisis es todavía poco claro.

El tratamiento del trastorno depresivo en la epilepsia sigue siendo un territorio poco explorado a pesar de su alta prevalencia. Los clínicos deben considerar los siguientes puntos antes de iniciar un tratamiento:

- El tipo de trastorno depresivo
- Cuántos episodios de depresión hubo previamente

- El uso de un tratamiento anticonvulsivante con propiedades moduladoras del afecto (tales como el ácido valproico, la carbamazepina, la lamotrigina) pueden establecer un estado eutímico.
- La relación entre el trastorno depresivo y un incremento de dosis o la introducción de un nuevo anticonvulsivante con propiedades psicotrópicas negativas (tales como el fenobarbital, la primidona, el topiramate, el vigabatrín)
- Los síntomas de depresión tienen relación temporal con la presentación de las crisis y su frecuencia (21)

TRATAMIENTO PSICOLOGICO

No hay evidencia confiable que apoye los tratamientos psicológicos para las personas con epilepsia. Las intervenciones psicológicas se utilizan en un intento de reducir la frecuencia de las crisis, mejorar la calidad de vida y evitar los efectos adversos de los fármacos en las personas con epilepsia. (22)

La presencia de psicopatología y la asociación de las crisis con estados de alteración emocional son indicaciones para la introducción de métodos psicoterapéuticos en el tratamiento global de un enfermo epiléptico. La psicoterapia de apoyo, individual o de grupo, y las técnicas autohipnóticas y de relajación son los dos enfoques terapéuticos más frecuentemente reportados por la literatura al respecto. 22 Varios modelos de terapia cognitivo-conductual, que van desde las aplicaciones más genéricas a modelos más específicos basados en la investigación original, se han aplicado en la epilepsia. La forma de la psicoterapia breve, psicoterapia de grupo, grupos de apoyo a pacientes, la terapia de relajación y la biorretroalimentación EEG, han demostrado ser eficaces.(22)

En un reciente meta-análisis de las terapias psicológicas en epilepsia sin embargo, Ramaratnam (Ramaratnam et al. 2001) llegó a la conclusión de que, "en vista de las deficiencias metodológicas y al número limitado de pacientes

estudiados, no hemos encontrado ninguna evidencia confiable para apoyar el uso de tratamientos y se necesitan ensayos adicionales ".(22)

FARMACOLOGICO

Para elegir un antidepresivo se recomienda en primera línea uno de la familia de los inhibidores de la recaptación de la serotonina. Su eficacia en los trastornos distímicos y en los síntomas de irritabilidad y de poca tolerancia a la frustración hace de estos fármacos una buena alternativa. La sertralina es la de primera elección dentro de estos fármacos por su mínima interacción farmacocinética con los anticonvulsivantes. (21)

El citalopram es uno de los inhibidores de la recaptación de la serotonina sin el efecto inhibitor sobre las isoenzimas P-450, lo que lo hace otra buena alternativa. En los pacientes que inicialmente responden a la sertralina y desarrollan posteriormente una tolerancia a la misma, se han visto buenos resultados al cambiarlos a otro inhibidor de la recaptación de la serotonina. Sin embargo cuando se cambian a paroxetina se requiere un ajuste en la dosis del anticonvulsivante. Si el paciente no responde a los inhibidores de recaptación de serotonina se recomienda emplear un inhibidor de la recaptación de la norepinefrina y 5hidroxitriptamina. Otros los recomiendan como de primera línea también.(19)

Los tricíclicos tienen una buena respuesta clínica pero sus efectos cardiotoxicos y severas complicaciones con sobredosis hacen de ellos medicamentos de segunda línea. Los inhibidores de la monoaminoxidasa son eficaces, bien tolerados y se asocian a baja incidencia de crisis convulsivas en los pacientes con depresión.(18)

Dosis de antidepresivo. En la población general la mayoría de estos fármacos aumentan el riesgo de crisis, pero en dosis terapéuticas este riesgo es en realidad muy bajo; sin embargo, en un paciente con antecedentes de epilepsia o cualquiera de los factores predisponentes comentados el riesgo aumenta muchísimo, de manera que la dosis utilizada influye notablemente. En este sentido, es primordial optimizar la dosis usada y escalar tanto la instauración como la retirada del fármaco. Respecto a la duración del tratamiento, no hay

resultados fiables, pero la lógica nos lleva a recomendar el mínimo tiempo posible, aunque por supuesto cumpliendo los protocolos de las guías psiquiátricas que preconizan el mantenimiento de la mínima dosis eficaz durante cuatro meses tras la mejoría clínica. (19)

– *Efecto antiepiléptico de los antidepresivos.* Ésta es una idea sugerida por algunos investigadores. Estudios con clomipramina, doxepina y fluoxetina, en dosis determinadas, apuntan este aspecto, pero no existe evidencia experimental, ni siquiera se ha llegado a conocer el mecanismo por el cual esto sería posible.

- *Uso del litio.* Este fármaco, muy frecuentemente prescrito para la profilaxis y el tratamiento del trastorno bipolar y de algunos cuadros depresivos, presenta, según la bibliografía revisada, cierto riesgo convulsivógeno, incluso en dosis terapéuticas. La carbamacepina y otros fármacos antiepilépticos son eficaces en el tratamiento de los cuadros psiquiátricos comentados, mientras que el uso del litio debe evitarse en los pacientes epilépticos siempre que sea posible. (19)

TERAPIA ELECTROCONCULSIVA

La terapia electroconvulsiva (TEC) es, de lejos el más controvertido tratamiento de la psiquiatría moderna. Después de ser muy criticada en la década de los 70, y tras introducir una serie de modificaciones técnicas así como el papel de la anestesia durante su aplicación permitieron disminuir las complicaciones y los efectos secundarios. De este modo, actualmente la terapia electroconvulsiva, constituye un tratamiento ampliamente utilizado en psiquiatría. Las complicaciones graves van a ser muy raras y la tasa de mortandad muy baja, no supera los 4 casos por 100.000 tratamientos. (24)

MECANISMO DE ACCIÓN

Hasta la fecha todo son hipótesis entorno a los efectos neuroendocrinos así como los efectos sobre los sistemas de neurotransmisión (aumento de noradrenalina a nivel sináptico, con disminución de los receptores post-sinápticos, aumento de la respuesta a la dopamina a nivel post-sináptico,

estimulación de sistemas 5-HT centrales así como un aumento de la concentración de beta endorfinas inmediatamente después de la descarga eléctrica) que se producen tras la TEC. (23)

Dependiendo de la ubicación de los electrodos, se define como la TEC bilateral o unilateral. En la TEC bilateral, un electrodo se coloca en el lado izquierdo de la cabeza, la otro en el lado derecho. En la TEC unilateral, un electrodo se coloca en la parte superior (Vértice) de la cabeza y el otro normalmente en el lado derecho. Cuando la corriente pasa entre los electrodos, una convulsión generalizada se produce en el cerebro. La convulsión suele durar de 30 a 60 segundos, la corriente eléctrica es para inducir una convulsión generalizada. Incluso el término *electro-convulsivo* es engañoso, dado que los medicamentos que se utilizan para suprimir las convulsiones se suelen acompañar a un ataque. (23)

La depresión es un problema generalizado, y los medicamentos disponibles en la actualidad no llegan a acercarse a la terapia electroconvulsiva en términos de eficacia. Los médicos que realizan ECT lo hacen esencialmente para tratar a las personas que son resistentes a la medicación o que tienen subóptima las respuestas a los medicamentos, y aproximadamente 85% de estos pacientes difíciles de tratar mejoran con terapia electroconvulsiva. (24)

DISEÑO METODOLOGICO

I. Tipo de estudio:

Según el diseño se trata de un estudio descriptivo, prospectivo, transversal.

II. Universo y Muestra:

Todos los pacientes epilépticos que acuden al servicio de consulta externa de Neurología del HCAM del IEES de la ciudad de Quito En el periodo julio 2011– marzo de 2012.

1. Criterios de inclusión:

- Pacientes de 16 o más años de edad.
- Pacientes epilépticos del servicio de consulta externa del de neurología del HCAM.
- Consentimiento informado documentado de los pacientes

2. Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes diagnosticados de patologías que impliquen alteración cognitiva
- Pacientes con epilepsia de reciente manifestación (menor a 1 mes)

3. Criterios de eliminación:

- Deseo voluntario de abandono del estudio

4. Instrumento de investigación

El examen es la Escala de depresión de HAMILTON es la escala más ampliamente utilizada en estudios epidemiológicos para evaluar la depresión en pacientes epilépticos. Varios estudios de validación demuestran que esta escala tiene una buena sensibilidad y especificidad para detectar los trastornos depresivos.

5. Desarrollo del proyecto

- Firma de consentimiento informado

- Entrevista personal, aplicando la Escala de Hamilton.
- Una encuesta que incluye 2 preguntas acerca del diagnóstico y tratamiento previos de depresión
- 1 entrevistador.
- Obtención de datos por muestreo consecutivo simple.

6. Límite de tiempo y espacio

El estudio se realizará entre agosto de 2011 – marzo de 2012, en cuatro el servicio de consulta externa del servicio de neurología HCAM

7. Diseño de análisis

La recolección de información se realizó mediante entrevista directa con el paciente, en el servicio de consulta externa del servicio de neurología HCAM; utilizando La escala de Hamilton, posterior a su consentimiento informado, firmado por escrito o impresión de su huella digital. Además de una encuesta que incluye 2 preguntas acerca de si el paciente ha tenido diagnóstico y tratamiento previo de depresión.

Los datos consignados en el formulario de recolección y el resultado de la escala de Hamilton) y la encuesta fueron ingresados a una base de datos diseñada en el programa Microsoft® Access® 2010 para su análisis y posteriormente para su presentación se empleó el programa Microsoft® Excel 2010®. Se utilizó medidas de estadística descriptiva.

8. ASPECTOS BIOÉTICOS

- I. Es un estudio en el cual la intervención de los pacientes, se realizó mediante consentimiento informado, por escrito.
- II. No implica riesgo para la integridad de los pacientes, es una evaluación netamente clínica.
- III. La información recibida fue manejada con absoluta reserva.
- IV. Las personas que intervinieron en el estudio, estarán en libertad de abandonar el mismo en cualquier etapa de su desarrollo.

Los fines del estudio, fueron académicos, contribuyeron para el beneficio de la salud y calidad de vida de los pacientes con epilepsia.

CATEGORIZACIÓN

El formato de la HAM-A enumera 21 parámetros, pero la medición se basa en los primeros 17. Ocho parámetros son medidos en una escala de 5 puntos, en un rango que va desde 0 = no presente hasta 4 = severo. Nueve son medidos a partir de 0 - 2

SUMA DE LAS PUNTUACIONES DE LOS PARÁMETROS

0 - 7	NORMAL
8- 13	DEPRESIÓN LEVE
14- 18	DEPRESIÓN MODERADA
19 - 22	DEPRESION SEVERA
> 23	DEPRESIÓN MUY SEVERA

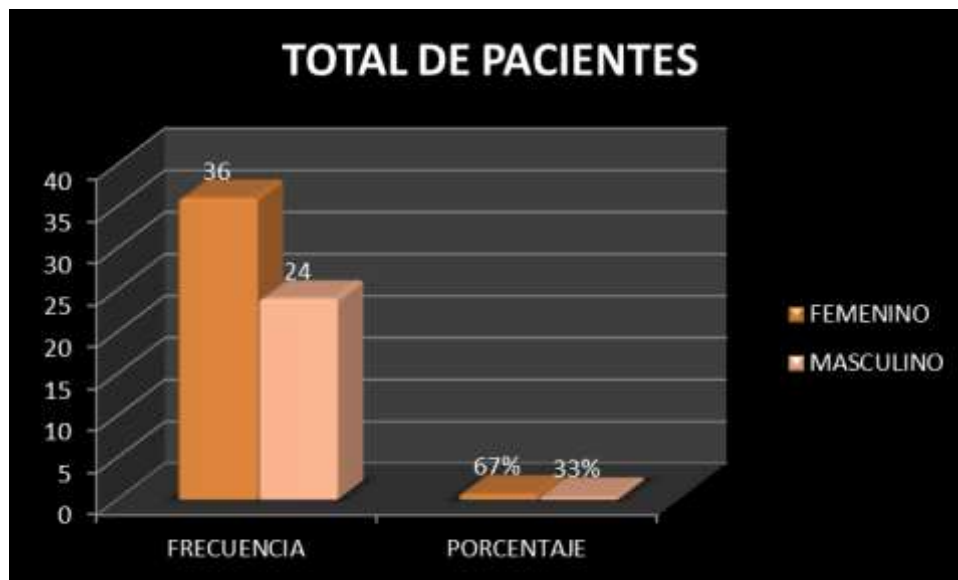
ANÁLISIS DE RESULTADOS

CUADRO Nº 1

TOTAL DE PACIENTES ENCUESTADOS

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	36	67%
MASCULINO	24	33%
TOTAL	60	100%

Fuente: consulta externa de la especialidad de Neurología del HCAM
Elaborado: Jandry P. Idrovo T.



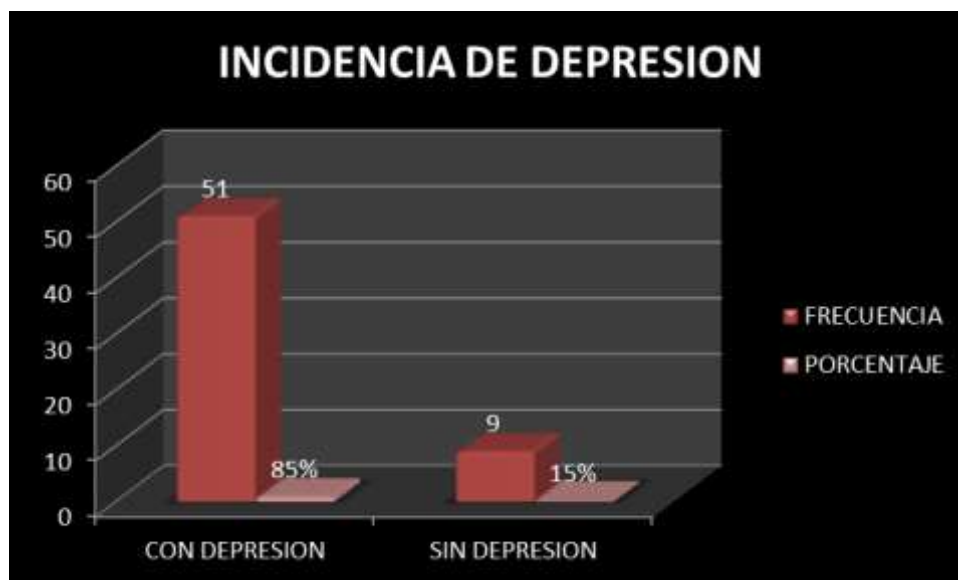
Del total de pacientes encuestados que fueron 60 de los cuales 36 de ellos que equivale al 67% fueron femeninos y 24 que representa el 33% fueron masculinos, todos los encuestados es decir el 100% tuvieron patología epiléptica.

CUADRO N°2

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN

<u>PACIENTES</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>PORCENTAJE</u>
CON DEPRESION	51	85%
SIN DEPRESION	9	15%
<u>TOTAL</u>	60	100%

Fuente: consulta externa de la especialidad de Neurología del HCAM
Elaborado: Jandry P. Idrovo T.



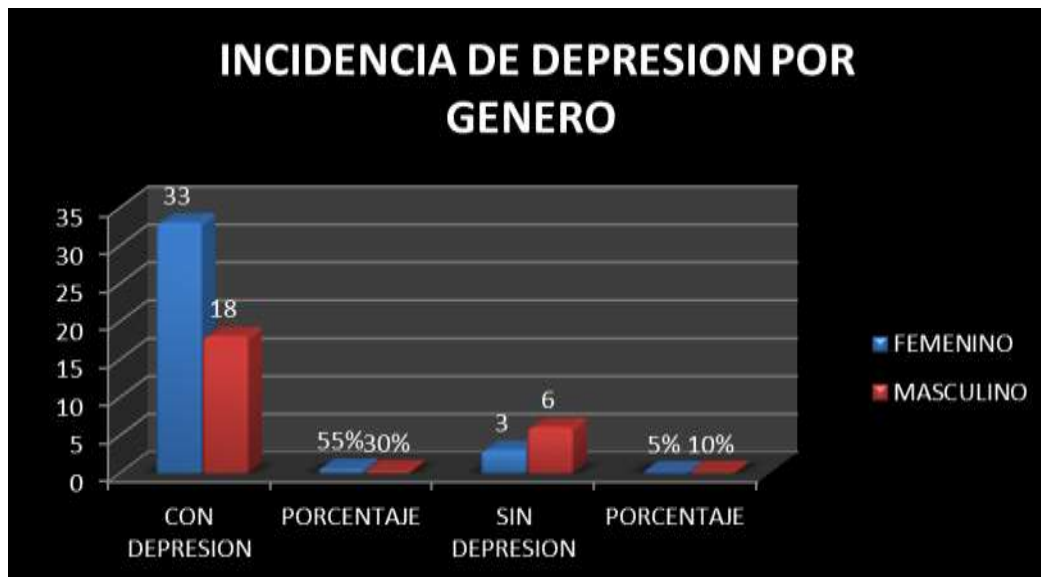
La incidencia de depresión que se encontró fue de 51 pacientes que representan el 85%, mientras que 9 pacientes que corresponden al 15% no tuvieron depresión.

CUADRO N°3

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN SEGUN EL GÉNERO

<u>GENERO</u>	<u>CON DEPRESION</u>	<u>PORCENTAJE</u>	<u>SIN DEPRESION</u>	<u>PORCENTAJE</u>
FEMENINO	33	55%	3	5%
MASCULINO	18	30%	6	10%
<u>TOTAL</u>	51	85%	9	15%

Fuente: consulta externa de la especialidad de Neurología del HCAM
Elaborado: Jandry P. Idrovo T.



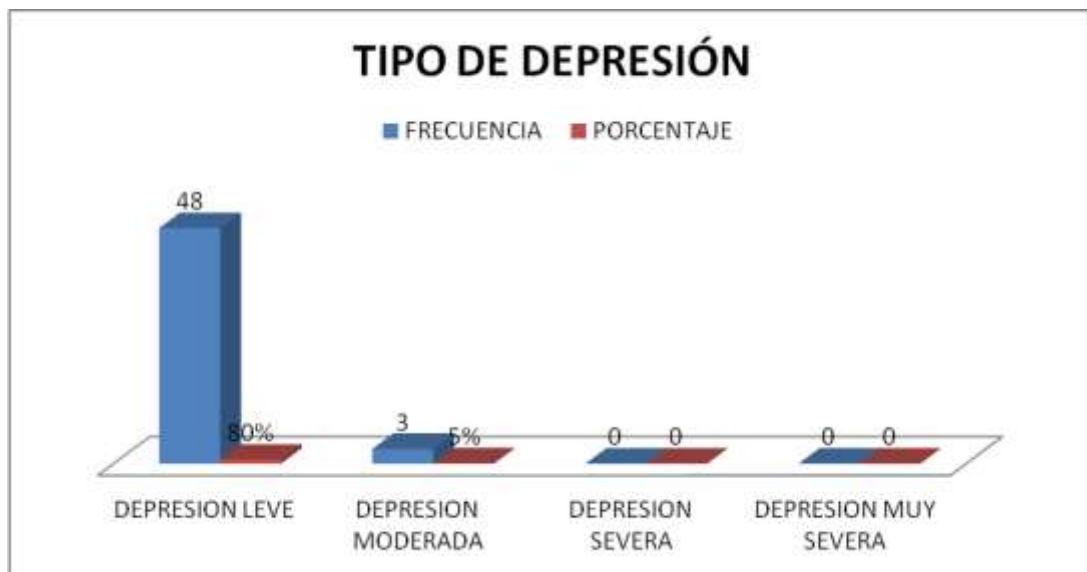
La incidencia de depresión fue mayor en el género femenino donde se observó que 33 pacientes que corresponden al 55% tuvieron depresión mientras que 3 pacientes que equivale al 5% no presentaron depresión, en el género masculino la incidencia fue menor y se encontró depresión en 18 pacientes que representa el 30%, mientras que 6 de ellos que ocupan el 10% no tuvieron depresión.

CUADRO N° 4

TIPO DE DEPRESION

<u>TIPO DE DEPRESION</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>PORCENTAJE</u>
DEPRESION LEVE	48	80%
DEPRESION MODERADA	3	5%
DEPRESION SEVERA	0	0
DEPRESION MUY SEVERA	0	0
TOTAL	51	100%

Fuente: consulta externa de la especialidad de Neurología del HCAM
Elaborado: Jandry P. Idrovo T.



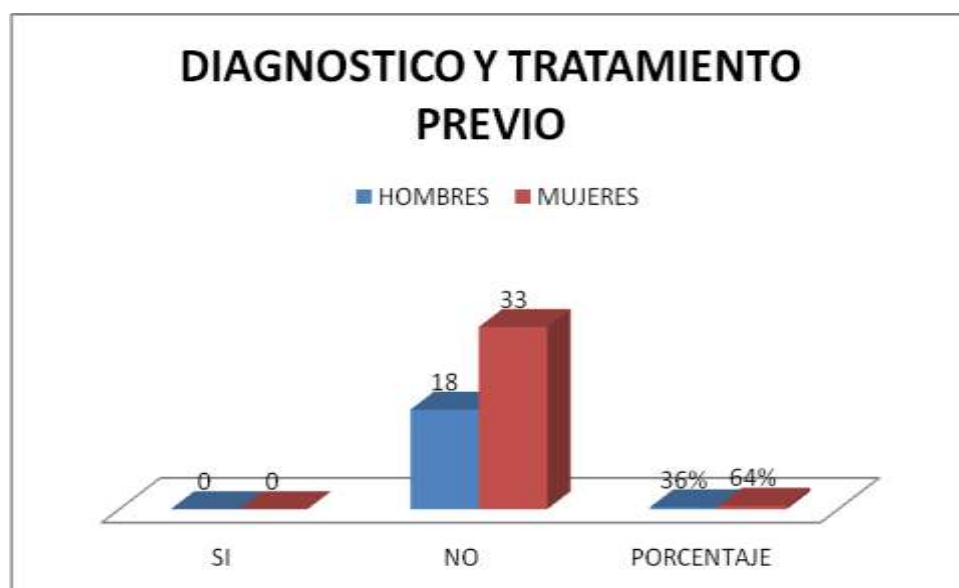
Del total de pacientes con depresión que fueron 51 se encontro que la depresión mas comun fue la de tipo leve que esta representada por 48 pacientes que equivale al 94%, mientras que en 3 pacientes que representan el 6% se encontro una depredesion moderada, y ningun paciente tuvo depresión severa ni muy severa

CUADRO N° 5

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PREVIOS DE DEPRESIÓN

<u>GENERO</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
HOMBRES	0	18	36%
MUJERES	0	33	64%
<u>TOTAL</u>	0	51	100%

Fuente: consulta externa de la especialidad de Neurología del HCAM
Elaborado: Jandry P. Idrovo T.



De los 51 pacientes con depresión se puede observar que ninguno fue diagnosticado ni tratado previamente de depresión.

DISCUSIÓN

La relación entre epilepsia y depresión ha sido reconocida en la antigüedad, y se sabe que actualmente los desórdenes depresivos representan el problema psiquiátrico más frecuente en pacientes con epilepsia, por lo que es el desorden psiquiátrico mejor estudiado en esta población.

La revista del grupo de epilepsia de la Sen publico en noviembre del año 2009 que la prevalencia de Depresión en la población de pacientes con epilepsia, puede llegar a ser tan alta como uno de cada tres pacientes, sobretodo en aquellos pacientes con una mayor recurrencia de la crisis.⁽¹³⁾

Los resultados del presente estudio muestran que el trastorno depresivo reviste gran importancia clínica y epidemiológica en este grupo de personas.

La incidencia de depresión encontrada fue del 85% que supera de manera notoria la prevalencia encontrada en otros estudios sobre este tema como el publicado por la revista colombiana de psiquiatría en el año 2007 en el hospital universitario del Valle donde se encontró una incidencia del 58%.

En relación al género según La Liga de Epilepsia de Estados Unidos menciona como factores de riesgo el ser mujer.⁽²²⁾ En este trabajo investigativo la depresión fue predominante en el femenino con una relación de 2 a 1 con respecto al masculino el cual coincide con muchos estudios realizados como el publicado por la revista chilena de epilepsia en el año 2006 realizado en el Policlínico de Epilepsia del Consultorio San Antonio, Quinta Región que incluyo a 52 pacientes todos mayores de veinte años. Donde luego de aplicar la Escala Diagnóstica de Depresión (CIE-10), se obtuvo que 16 de los 52 pacientes en estudio presentaran algún grado de depresión. Con una incidencia total de 30,77 % distribuido en un 9.6% de sexo masculino y 21.17% sexo femenino.⁽¹⁷⁾

Mientras que en este tema investigativo los resultados fueron según el grado de depresión los siguientes:

- Depresión leve corresponde a un 80% (48 pacientes).
- Depresión moderada de 5% (3 pacientes).
- Depresión severa de 0% (0 pacientes).
- Depresión muy severa 0% (0 pacientes)

Al llevar a cabo la evaluación de variados estudios revisiones, se encontró como elemento en común, la ineficiente capacidad que existe al realizar diagnóstico de la patología depresiva en los pacientes epilépticos. Se detectó una alta incidencia de patología depresiva especialmente leve, la que estaba subdiagnosticada, ya que en la realización de este trabajo ningún paciente se encontraba ni con el diagnóstico ni el tratamiento necesario para su patología depresiva, esto nos promueve en cierta forma a dar mayor apoyo a estos pacientes que llevan una alta estigmatización social y laboral, con pocas oportunidades de recreación, de integración o capacitación, ya que en muchas oportunidades pueden perder su bajísima pensión de invalidez, muchos pacientes con capacidad laboral, quedan recluidos en la pobreza, la discriminación y el desconsuelo de una sociedad que no los comprende y los excluye.

CONCLUSIONES

- Se encontró que la incidencia de depresión en este grupo de personas, fue del 85%
- La depresión en los pacientes epilépticos fue mayor en el género femenino
- El tipo más común de depresión en este grupo de pacientes es la depresión leve.
- Se encontró que en este grupo de personas la depresión es una enfermedad subdiagnosticada y por lo tanto poco tratada.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda una correcta interacción entre el servicio de neurología y psiquiatría para ofrecer un tratamiento integral a este grupo de pacientes.
- Realizar pruebas o poner énfasis en los trastornos psiquiátricos especialmente de tipo depresivo de este grupo de personas susceptible de padecerlos.
- Orientar a las personas con patología epiléptica acerca de su enfermedad y la mayor predisposición a padecer depresión.
- Con la publicación de los resultados de esta investigación, se espera que se instaure de manera protocolizada la realización de una evaluación psicológica o psiquiátrica según lo amerite para diagnosticar y tratar oportunamente la depresión en estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. DR Manuel López Gonzales, historia de la epilepsia SOCIEDAD CUBANA DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA 2009:108-19
<http://www.sld.cu/sitios/neurocuba>
 2. L. Rodríguez Rivera, CONSIDERACIONES DEL CONCEPTO DE EPILEPSIA, revista de neurologia 1999:28(12):1159-1161.
 3. HARRISON, principios de medicina interna, 17 edicion
 4. Biblioteca de la OMS <http://www.who.int/library/es/>³
 5. A. Yusta Izquierdo, Crisis convulsivas. Concepto, clasificación y etiología, SERVICIO DE NEUROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA. emergencias 2005;17:S68-S73
 6. M. Nieto Barrera, M. Nieto Jiménez*, E. Nieto Jiménez** Convulsión febril, Neuropediatra. *Pediatra. Centro de Salud Parque Alcosa. **MIR Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Pediatr Integral 2007;XI(9):753-768.
 7. OMS, OPS, ILAE, e IBE: Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica-2008- Pág. 8, 14, 10
-

8. PERFIL DE LA EPILEPSIA EN EL ECUADOR, Dr. Arturo carpio et al
9. *Dr. Pedro Perez Quispe; *Dra. Erika Torrez Laime; *Dra. Gladys Torrico Montaña, EPILEPSIA, Rev Pacea Med Fam 2008; 5(8): 92-101
10. M. Rufo Campos, M. Rufo Muñoz* Epilepsia en Atención Primaria, *Pediatr Integral* 2007;XI(9):771-780.
11. J.C. Sánchez-Álvarez a, A. Altuzarra-Corral b, J.M. Mercadé-Cerdá c, J.L. Casado-Chocán d, V. Moreno-Alegre e, M. Rufo-Campos f, R. Camino-León g, J.M. Galán-Barranco h, E. Pita-Calandre i, J. Ramos-Lizana j, P.J. Serrano-Castro k, Principios generales de politerapia antiepiléptica y estrategias terapéuticas en epilepsia refractaria. *REV NEUROL* 2005; 40 (12): 743-750
12. V. Ibáñez y M.J. Aguilar-Amat, Tratamiento de la epilepsia, *Medicine*. 2011;10(74):5002-16
13. Irene García Morales, Tratamiento del estado de mal epiléptico, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid, *REVISTA DEL GRUPO DE EPILEPSIA DE LA SEN • NOVIEMBRE 2009*
14. B. Martínez-Pérez a, E. González-Goizueta a, J.A. Mauri-Llerda, Depresión y epilepsia, *REV NEUROL* 2002; 35 (6): 580-586
15. Viviana Chacon, Claudia Ximena Muñoz, Juan Carlos Rivas, Carlos Alberto Miranda. Prevalencia de la depresión en los pacientes epilepticos del Hospital psiquiátrico Universitario del Valle en Cali, Colombia, *Revista colombiana de psiquiatría*, col. xxxvi/.No.1/2007

16. J. Defelipe-Oroquieta, Aspectos Psicologicos en la epilepsia, REV NEUROL 2002; 34 (9): 856-860
17. J. Campos-Castelló a, S. Campos-Soler, Neuropsicología y epilepsia, REV NEUROL 2004; 39 (2): 166-177
18. J. G. BURNEO, L. C. MAYOR y C. A. QUIJANO**, PSIQUIATRÍA Y EPILEPSIA, Rev. de Neuro-Psiquiat. 68(1-2) 2005
19. Ángela M. Gutiérrez, Epilepsia y trastornos depresivos, Acta Neurol Colomb Vol. 21 No. 2 Junio 2005
20. .S. González *, J. Quintana **, R. Fabelo Epilepsia y sociedad: una mirada hacia el siglo XXI REVISTA ELECTRÓNICA DE PSIQUIATRÍA Vol. 3, No. 3, Septiembre 1999 ISSN 1137-3148
21. *Elizabeth Guerrero C.1, Silvia Guerrero C. Epilepsia y Depresión. Un enfoque desde la Atención Primaria, Revista Chilena de Epilepsia Año 7, Nº 1, Junio de 2006.*
22. J.L. González de Rivera*, C. de Montigny**, G. Remillard*** y F. Andermann***. Tratamiento Psicológico de la Epilepsia, Psiquis, 1981; 2: 136-152
23. Paula Barros Antunes, Alexandro Moacyr Rosa, Paulo Silva Belmonte-de-Abreu, Maria Inês Rodrigues Lobato, Marcelo P. Fleck, terapia electroconvulsiva en la depresión mayor: Rev Bras Psiquiatr. 2009; 31 (Suppl I): S26-33

24. Yahira Guzmán, Paola Tejada, Álvaro Romero Tapia, Terapia electroconvulsiva: experiencia en la Clínica Universitaria Teletón, Revista Facultad de Salud - RFS Enero-Junio (2011) 3-1: 29-ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN ISSN 2145-1362

ANEXOS

AUTORIZACIÓN

Nombre:

CI:.....

Me someto libre y voluntariamente a participar en la realización de una encuesta y autorizo se me realice una entrevista por medio de la Escala de depresión de Hamilton la cual es utilizada para valorar estados depresivos en pacientes que padecemos de epilepsia, esto se lo realiza como parte de la investigación que titula, **TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL PACIENTE EPILEPTICO ATENDIDO EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN DURANTE EL PERIODO JULIO DE 2011 A MARZO DE 2012.**

Realizada por la Sr. Jandry Idrovo Torres previa la obtención de su título como médico.

Firma: _____

ENCUESTA

NOMBRE.....

Cl.....

¿HA SIDO UD DIAGNOSTICADO(A) DE DEPRESIÓN
PREVIAMENTE, EN EL CASO DE HABERLO SIDO
CONOCE UD QUE TIPO DE DEPRESIÓN?

SI: ()

NO: ()

TIPO:

EN RELACION A LA PRIMERA PREGUNTA RECIBIO
ALGUN TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO Y CUAL FUE
ESTE:

.....
.....

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON HAM-D

Identificación Fecha

Seleccionar para cada ítem la puntuación que mejor defina las características del paciente.

1.- Estado de ánimo deprimido

(Tristeza, llanto, retraimiento, melancólico, contenidos depresivos del pensamiento y pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.)

0. Ausente

1. Ligero: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso de su estado de ánimo.

2. Moderado: llanto ocasional; apatía; pesimismo; desmotivación.

3. Intenso: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas.

4. Extremo: llanto muy frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros.

2.- Sentimientos de culpa

0. Ausente

1. Ligero: auto reproches; teme haber decepcionado a la gente.

2. Moderado: ideas de culpabilidad; sentimientos de ser mala persona, de no merecer atención.

3. Intenso: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados

del pasado; merece los sufrimientos que padece.

4. Extremo: ideas delirantes de culpa, con o sin alucinaciones acusatorias.

3. Suicidio.

0. Ausente.

1. Ligero: la vida no vale la pena de ser vivida.

2. Moderado: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir.

3. Intenso: ideas o amenazas suicidas.

4. Extremo: serio intento de suicidio.

4.- Insomnio inicial.

(Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0. Ausente.

1. Ocasional: tarda en dormir entre media y una hora (menos de tres noches por semana).

2. Frecuente: tarda en dormir más de una hora (tres o más noches seguidas por semana).

5.- Insomnio medio.

(Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0. Ausente.

1. Ocasional: está inquieto durante la noche; si se despierta, tarda casi una hora en dormirse de nuevo (menos de tres noches por semana)

2. Frecuente: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse, debe puntuar 2 (tres o más noches seguidas por semana).

6.- Insomnio tardío.

(Si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1)

0. Ausente.

1. Ocasional: se despierta antes de lo habitual (menos de dos horas antes; menos de tres días por semana).

2. Frecuente: se despierta dos o más horas antes de lo habitual (tres o más días seguidos por semana).

7. Trabajo y actividades.

0. Ausente.

1. Ligero: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distinguir de la fatiga o pérdida de energía, que se puntúan en otro apartado

2. Moderado: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (sí el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3. Intenso: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o

productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no dedica por lo menos 3 horas al día a

actividades (trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable

desatención del aseo personal.

4. Extremo: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa gran estímulo para

ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a

las pequeñas tareas de la sala o si se precisa de gran estímulo para que las realice.

8.- Inhibición

(Lentitud de pensamiento y del lenguaje; peor capacidad de concentración; disminución de la actividad motora).

0. Ausente.

1. Ligera: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.

2. Moderada: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar a las preguntas).

3. Intensa: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos y al caminar.

4. Extrema: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9.- Agitación.

0. Ausente.

1. Ligera: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos.

2. Moderada: se mueve durante la entrevista; se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos; se muerde las uñas, las manos.

3. Intensa: no puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.

4. Extrema: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o

quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

10.- Ansiedad psíquica.

Aquí se incluyen muchos síntomas, tales como: tensión, incapacidad para relajarse o concentrarse, irritabilidad, preocupaciones sobre trivialidades (que no son rumiaciones depresivas), fobias, crisis de ansiedad, etc.

0. Ausente

1. Ligera: tensión subjetiva e irritabilidad.

2. Moderada: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.

3. Intensa: actitud aprensiva evidente en la expresión y el lenguaje.

4. Extrema: crisis de ansiedad observadas; la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea verbal o no verbal.

11.- Ansiedad somática

Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: gastrointestinales (pesadez de estómago, retortijones, diarrea, boca seca, flatulencia, diarrea, eructos); cardiovasculares (palpitaciones, desmayos, sofocos, dolor o malestar precordial); respiratorios (hiperventilación, suspiros, ahogos, dificultad para respirar); aumento de la frecuencia urinaria; sudoración; tensión muscular, temblores, tinnitus; vértigos; visión borrosa; etc.

0. Ausente.

1. Ligera: un solo síntoma o un síntoma dudoso, o varios síntomas de un mismo sistema.

2. Moderada: varios síntomas de distintos sistemas.

3. Intensa: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.

4. Extrema: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales.

0. Ausente.

1. Ligero: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.

2. Intenso: pérdida de apetito y no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13.- Síntomas somáticos generales.

0. Ausente.

1. Ligero: fatigabilidad, pérdida de energía; pesadez en extremidades, espalda o cabeza; dorsalgias, cefalea, algias musculares.

2. Intenso: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente se clasifica en 2.

14.- Síntomas genitales

Pese a su dificultad, su evaluación debe intentarse siempre. Tomar nota de los cambios asociados claramente con la enfermedad.

0. Ausente o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

1. Ligero: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).

2. Intenso: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15.- Hipocondría.

Valorar el síntoma que aparece o aumenta asociado a la depresión.

0. Ausente.

1. Ligera: alguna preocupación por las funciones corporales y por síntomas orgánicos.

2. Moderada: muy preocupado y atento a síntomas orgánicos; piensa que tiene una enfermedad orgánica.

3. Intensa: fuerte convicción de padecer un trastorno orgánico que, para el paciente, justifica su situación actual (puede ceder temporalmente a la argumentación lógica); solicitud constante de ayudas, exploraciones, etc.

4. Extrema: ideas delirantes hipocondríacas.

16.- Pérdida de introspección.

0. Ausente: se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1. Ligera: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2. Intensa: niega que esté enfermo.

17.- Pérdida de peso

En evaluaciones sucesivas, restar a la puntuación inicial 1 si gana 500 grs./semana y 2 si gana 1 Kg /semana).

0. Ausente

1. Ligera: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 grs. / semana o 2.5 Kg/año (sin dieta)

2. Intensa: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior al Kg/semana o 4,5 Kg/año (sin dieta)

SUMA DE LAS PUNTUACIONES DE LOS PARÁMETROS

0 - 7	NORMAL
8- 13	DEPRESIÓN LEVE
14- 18	DEPRESIÓN MODERADA
19 - 22	DEPRESION SEVERA
> 23	DEPRESIÓN MUY SEVERA