

LA EPILEPSIA COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA¹

Desde el punto de vista del quehacer médico, la epilepsia habitualmente se adjudica al campo de la neurología debido a la alteración funcional que la enfermedad produce en el sistema nervioso central y al de la psiquiatría tanto por las dificultades diagnóstico-diferenciales que plantea respecto de la histeria como por la sintomatología psíquica que muchas veces manifiesta. El carácter proteico de los síntomas y síndromes clínicos y lo variado de su etiología, tratamiento y evolución han dado lugar a una variedad de definiciones de la enfermedad que han venido cambiando a través del tiempo. El mecanismo patogénico común, sin embargo, consiste en una alteración paroxística, habitualmente breve, estereotipada y recurrente de la actividad cerebral, que puede originar variadas expresiones intelectuales, afectivas, sensoriales, motoras o autonómicas, registradas en el encefalograma como una descarga neuronal hipsincrónica. La epilepsia puede ser determinada genéticamente o adquirida a causa de alguna lesión irritativa en el sistema nervioso. Por lo general, su incidencia es mayor en las edades más tempranas.

La prevalencia de la epilepsia en los países de las Américas es lo suficientemente importante como para ser considerada un problema de salud pública y formular políticas nacionales al respecto. En Chile, por ejemplo, una estimación conservadora de la prevalencia sería del orden de 2% de la población general que, con más de 11 millones de habitantes, da por resultado una cifra superior a 200 000 epilépticos. Se sabe además que las tasas de mortalidad por epilepsia son más altas en los países en desarrollo y que la esperanza de vida de los epilépticos es menor que la de la población general, especialmente en los casos de etiología conocida, que probablemente involucran daños más graves.

Esta enfermedad puede ser prevenida en gran medida y existen tratamientos adecuados y eficaces, generalmente sencillos y baratos, que permiten rehabilitar a los pacientes para que puedan incorporarse con restricciones mínimas a las actividades laborales y sociales.

¹ Basado en el folleto del mismo título, preparado por Pedro Naveillan F. y Daniel Galdamés P., de la Universidad de Chile, Facultad de Medicina.

Epilepsia y salud mental

Hay muchas personas que no piensan en la epilepsia como problema de salud mental y, sin embargo, hay buenas razones para considerarla desde esa perspectiva. Se trata de una área de la salud en la que concurren distintas disciplinas y que, por lo tanto, requiere un enfoque multidisciplinario. Sería un error limitarla al ámbito de la neurología o de la neurocirugía, pese a que la enfermedad se manifiesta predominantemente por sintomatología neurológica. Uno de los principales signos de la epilepsia, la alteración de conciencia, es un proceso indudablemente mental. Las epilepsias pueden presentar prácticamente toda la gama de síntomas de tipo psiquiátrico: alteraciones de la afectividad (distimias) y la conducta, neurosis obsesivas, psicosis, etc. Por esas razones, el gran neurólogo inglés Hughlins Jackson (1834-1911) señaló que el esclarecimiento de las epilepsias es la llave maestra para la comprensión de las psicosis.

No menos importante en el contexto de la salud mental es el hecho de que el paciente de epilepsia debe aprender a adaptarse psicológicamente a las limitaciones que la enfermedad impone en su vida, incluso a enfrentar los prejuicios del medio social en que se desenvuelve. También es preciso recordar la problemática del grupo familiar del epiléptico, para el cual es a veces difícil aceptar la situación y mantener las actitudes adecuadas de apoyo al paciente.

Prevención primaria

Los siguientes medios de prevención se presentan para orientación tanto del clínico como del salubrista en sus quehaceres respectivos.

El factor genético. Los resultados de estudios electroencefalográficos indican que la frecuencia de ondas anormales es varias veces mayor entre los parientes de epilépticos que entre las personas que sirvieron de testigos. Ello señala una predisposición hereditaria que hace necesario informar a las parejas que intentan contraer matrimonio, o de edad fecunda, de los riesgos de epilepsia para su descendencia. La información debe basarse en el análisis etiológico de la epilepsia que se haya manifestado en una o ambas familias, identificación del componente genético que pueda estar presente y la posibilidad de transmisión. La pareja podrá así sopesar los factores de riesgo y tomar una decisión libre y responsable al respecto.

Prevención de accidentes. La frecuencia cada vez mayor de los accidentes en la vida moderna ha incrementado el número de traumatismos encefalocraneanos y el riesgo de epilepsia como secuela de los mismos. En consecuencia, la prevención de los accidentes se inscribe en la línea de prevención primaria de la epilepsia.

Control del embarazo y atención del parto. Los traumatismos del embarazo y del parto y la asfixia del recién nacido son una causa importante de epilepsia. Una adecuada política de salud dirigida a disminuir el sufrimiento fetal puede redundar en la disminución de la prevalencia de epilepsia por esas causas.

Profilaxis farmacológica

Período postraumático. Se ha comprobado que el alto riesgo de epilepsia que existe en los dos o tres primeros años después de un traumatismo craneal se reduce marcadamente mediante el tratamiento preventivo con medicamentos antiepilépticos. Esta evidencia hace imperativo sistematizar ese tipo de prevención en los casos de traumatismo de cierta gravedad. Debe iniciarse siempre que se produzcan lesiones abiertas con contusión cerebral, especialmente si compromete las circunvoluciones pre y posrolándicas, y debe considerarse en todos los casos en que se haya determinado claramente que existe contusión cerebral. Otras autoridades recomiendan mantener un control electroencefalográfico periódico e iniciar tratamiento solo si aparecen signos irritativos o si el paciente presenta manifestaciones clínicas de epilepsia. Las mismas consideraciones son válidas para las intervenciones quirúrgicas encefálicas. El tratamiento preventivo debe continuarse por dos años.

Convulsiones febriles. Se denomina crisis o convulsión febril a la primera convulsión experimentada por un niño menor de 6 años de edad y asociada con una elevación térmica mayor de 38 °C sin evidencia de infección del sistema nervioso central ni alteración metabólica aguda. La convulsión febril benigna o simple se diferencia de la compleja en que dura menos de 15 minutos, no presenta semiología focal y no ocurre en serie. En más del 90% de los casos, estos episodios aparecen en el curso de los primeros dos años de vida; en 65% solo hay un episodio y en 95% no excede de cinco, según un estudio realizado por W. Hauser *et al.* en Rochester, de 1935 a 1967. Este hallazgo implica la necesidad de tratamiento prolongado para prevenir nuevos episodios o el riesgo de epilepsia. Este riesgo es relativamente bajo, pero aumenta si el examen neurológico da resultados anormales o si las convulsiones han sido complejas.

Es importante distinguir entre el empleo de medicación anticonvulsiva mientras dura un episodio, la prevención de convulsiones febriles posteriores mediante el control del síndrome febril y el tratamiento con medicamentos antiepilépticos para prevenir la enfermedad. Estos últimos pueden tener efectos secundarios que interfieren en el desarrollo normal del niño, por lo cual es esencial considerar con detenimiento los riesgos y beneficios del tratamiento preventivo. La decisión debe fundamentarse en el conocimiento epidemiológico.

Prevención secundaria

La prevención secundaria se basa en el diagnóstico precoz y este a su vez en el conocimiento clínico y en el apoyo de medios especiales de diagnóstico como la electroencefalografía y la tomografía computadorizada. En todo caso, estos medios son principalmente una ayuda tecnológica para definir la etiología; el diagnóstico tiene su fundamentación principalmente en el conocimiento clínico. Como en toda enfermedad crónica, el tratamiento adecuado de la epilepsia supone una fácil disponibilidad de medicamentos y el seguimiento de casos. Es útil, pero no indispensable, contar con apoyo de laboratorio para determinar los niveles sanguíneos adecuados de los medicamentos utilizados.

Prevención terciaria

Este grado de prevención consiste en la rehabilitación del paciente epiléptico de acuerdo con la etiología, el compromiso psíquico, neurológico y social, y el grado de control de las crisis alcanzado. La ausencia de crisis por cinco o más años se considera generalmente como criterio de remisión. La gran mayoría de casos evoluciona hacia una mejoría incluso sin tratamiento, pero es incontestable que este aumenta considerablemente la proporción de remisiones entre la población afectada. El pronóstico es más favorable para las epilepsias idiopáticas o de origen desconocido que para las sintomáticas; entre estas últimas el pronóstico es menos favorable si obedecen a causas perinatales.

En la prevención terciaria es importante recordar que el epiléptico está sujeto a ciertas restricciones: no tomar bebidas alcohólicas, evitar el desgaste físico o psíquico excesivo y las actividades que lo expongan al riesgo de accidentes en caso de crisis. Las profesiones de conductor, piloto de avión, cirujano y otras le están prohibidas ya que entrañarían no solo su propio riesgo, sino el de otras personas, si se presentara una crisis.

Finalmente, es importante combatir las nociones erróneas sobre la naturaleza de la epilepsia que dan lugar a prejuicios y disminuyen la calidad de vida de las personas afectadas por la enfermedad. Aunque ha habido un cambio de actitud favorable en los últimos decenios, todavía hay mucha gente que rechaza el trato social de los epilépticos o que se resiste a emplearlos en sus empresas. La modificación de estos impedimentos es esencial para lograr la rehabilitación e integración socioeconómica de los epilépticos.