

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS PRE CIRUGÍA EN  
PACIENTES CON EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL DEL HOSPITAL  
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EL PERIODO JULIO A  
DICIEMBRE 2017 LIMA PERÚ**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**SEMINARIO LLAJA JUAN DIEGO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ**

**2019**

**ASESOR**

**Dr. Roy Angulo Reyes**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi padrino César Sarria por su apoyo incondicional, a mis profesores - en especial a mi asesor Dr. Roy Angulo Reyes - personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

El proceso no ha sido fácil, pero gracias a la motivación y profesionalismo que ellos poseen, para transmitirme sus conocimientos y dedicación, he podido lograr importantes objetivos como culminar mi tesis, en este difícil ascenso de convertirme en un profesional médico competitivo y eficiente.

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a mi madre Victoria por su sacrificio y esfuerzo por darme una carrera, por creer en mi capacidad.

A mi abuela quien con sus palabras de aliento me ha hecho que siga adelante, que siempre sea perseverante y cumpla con mis objetivos.

A mi novia Miriam quien ha estado a mi lado apoyándome para que no decaiga y siga adelante por nuestro futuro.

## RESUMEN

Introducción: Debido a la falta de conocimiento respecto a las características clínicas y demográficas en pacientes con este tipo de epilepsia se puso énfasis en ser obtenidas a través de la Ficha donde se tomó datos de la anamnesis e Historia personal de los pacientes derivados con interconsulta ambulatoria por los especialistas de Neurociencias: Neurología y Neurocirugía del nosocomio de referencia.

El objetivo del presente trabajo fue describir las características clínicas y demográficas de un tipo de crisis epiléptica del Lóbulo Temporal en pacientes que se realizaran la cirugía para dicha enfermedad con una muestra de 60 pacientes. Material y método: Se empleó como instrumentos la ficha clínica y Ficha de datos pre operatoria. El tipo de muestreo fue no probabilístico. La metodología fue descriptiva, de corte transversal y prospectivo.

Resultados: El 65% de pacientes presentaron pérdida de conciencia, el 73,3% presentó alteración del sueño, el 58,3% deterioro cognitivo leve. Se presentó una frecuencia de crisis de 3 a 4 por semana (43,3%), Temblores de brazos y/o piernas (65%), mayor problema a nivel del lenguaje (66,7%), trastornos emocionales recurrentes (70%). Las crisis de tipo tónico- clónica se presentó en un 80% de la muestra.

Conclusión: La epilepsia del Lóbulo temporal es una entidad clínica de difícil diagnóstico, dos signos son los fundamentales para determinar dicho diagnóstico: la pérdida de conciencia (65%) y la amnesia post-crisis (71,7%). Se presentó una frecuencia de crisis de 3 a 4 por semana (43,3%), lo cual era contributivo a considerar el tratamiento con cirugía. A mayor frecuencia de crisis mayor posibilidad de deterioro cognitivo. Se acompañaba de problemas motores (78,3%), déficit de lenguaje (66,7%), alteración del sueño (73,3%) entre los más importantes. El grupo etario de mayor incidencia fue el de 41 a 65 años (48,3%), más proclive el sexo femenino (51,7%) y mayor prevalencia en la raza mestiza (60%).

## ABSTRACT

**Introduction:** Due to the lack of knowledge regarding the clinical and demographic characteristics in patients with this type of epilepsy, emphasis was placed on being obtained through the Card where data was taken from the anamnesis and personal history of the referred patients with ambulatory interconsultation. by Neuroscience specialists: Neurology and Neurosurgery of the reference hospital.

The objective of this study was to describe the clinical and demographic characteristics of a type of Temporary Lobe seizure in patients who underwent surgery for this disease with a sample of 60 patients.

**Material and method:** The clinical record and pre-operative data sheet were used as instruments. The type of sampling was non-probabilistic. The methodology was descriptive, cross-sectional and prospective.

**Results:** 65% of patients presented loss of consciousness, 73.3% presented sleep disturbance, 58.3% mild cognitive impairment. There was a crisis frequency of 3 to 4 per week (43.3%), arm and / or leg tremors (65%), major problem at the language level (66.7%), recurrent emotional disorders (70%). The tonic-clonic seizures occurred in 80% of the sample.

**Conclusion:** Temporary lobe epilepsy is a clinical entity difficult to diagnose, two fundamental signs to determine this diagnosis: loss of consciousness (65.3%) and post-crisis amnesia (71.7%). There was a crisis frequency of 3 to 4 per week (43.3%), which was a contribution to considering treatment with surgery. The greater the frequency of the crisis, the greater the possibility of cognitive deterioration. It was accompanied by motor problems (78.3%), language deficit (66.7%), sleep disturbance (73.3%) among the most important. The age group with the highest incidence was 41 to 65 years old (48.3%), more likely to be female (51.7%) and more prevalent in the mestizo race (60%).

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó en pacientes con Epilepsia del Lóbulo Temporal que iban a ser intervenidos quirúrgicamente, fue un estudio preliminar al haberse iniciado en Lima Perú un Programa de intervención funcional en un Hospital de IV Nivel de EsSalud - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Este tratamiento en otras realidades hispanohablantes ya ha sido más difundido y se han reportado estudios en México, Colombia, Argentina y Panamá, y a nivel internacional en Estados Unidos, Canadá y Japón todos ellos hablan de un beneficio terapéutico mayor que el farmacológico en casos donde los tratamientos convencionales como es el de la epilepsia refractaria no controlan la frecuencia e intensidad de las crisis.

En el capítulo I inicie la investigación identificando el problema general y los problemas específicos. La justificación se trabajó desde estos tres puntos de vista, tanto metodológico, de salud pública y teórico. Las limitaciones más frecuentes fueron el difícil acceso a las historias clínicas de parte del área de archivo e Historias clínicas, por lo que se optó administrar una ficha breve para trabajar la historia personal de los pacientes: así mismo se identificó los objetivos específicos de esta investigación.

En el capítulo II en el marco teórico presenté antecedentes Nacionales e Internacionales más representativos según el tema de investigación, aplicando las normas de Vancouver se hizo la redacción, luego las bases teóricas son las encargadas de la descripción de la variable características clínicas y demográficas de epilepsia del lóbulo temporal evidenciando los indicadores tales como antecedentes familiares de epilepsia, alteraciones del sueño, del lenguaje, etc. Se describió además la definición operacional de términos con las palabras técnicas más representativas para la fácil comprensión de la teoría redactada.

En el capítulo III se evidenció el tipo metodológico del estudio el cual fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. Se describió además el tipo de fórmula para la muestra que en este caso es desconocida y además se

establece el tipo de instrumento, el cual es una ficha de recolección de datos. En el capítulo IV se evidenció el análisis de los resultados obtenidos con el SPSS versión 24, tanto en las tablas y el gráfico, así como la Discusión de los mismos con los antecedentes encontrados en el marco teórico.

En el capítulo V se redactó las conclusiones y recomendaciones acorde a los resultados ya encontrados.

Mi motivación para su realización fue conocer mejor las características clínicas y demográficas de la epilepsia del lóbulo temporal que se presenta con mayor frecuencia en adolescentes, adultos jóvenes y de mediana edad y aportar de esta manera para la prevención terciaria de estas generaciones jóvenes y poder mejorar su calidad de vida evitando la estigmatización y el deterioro cognitivo asociado.



## ÍNDICE:

	<b>PÁG</b>
• CARÁTULA	I
• ASESOR	II
• AGRADECIMIENTO	III
• DEDICATORIA	IV
• RESUMEN	V
• ABSTRACT	VI
• INTRODUCCIÓN	VII
• ÍNDICE	IX
• LISTA DE TABLAS	XI
• LISTA DE GRÁFICOS	XIV
• LISTA DE ANEXOS	XVII

### **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2.1 GENERAL.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2.2 ESPECÍFICOS.....</b>	<b>2</b>
<b>1.3. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....</b>	<b>3</b>
<b>1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>1.6. OBJETIVOS.....</b>	<b>3</b>
<b>1.6.1 GENERAL.....</b>	<b>3</b>
<b>1.6.2 ESPECÍFICOS.....</b>	<b>4</b>
<b>1.7. PROPÓSITO.....</b>	<b>4</b>

### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

<b>2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....</b>	<b>5</b>
<b>2.2 BASE TEÓRICA.....</b>	<b>9</b>
<b>2.3 MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>16</b>

	<b>PÁG</b>
<b>2.4 HIPÓTESIS .....</b>	<b>23</b>
<b>2.4.1 GENERAL.....</b>	<b>23</b>
<b>2.4.2 ESPECÍFICOS .....</b>	<b>23</b>
<b>2.5 VARIABLES.....</b>	<b>23</b>
<b>2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....</b>	<b>23</b>
 <b>CAPÍTULO III:    METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
<b>3.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....</b>	<b>25</b>
<b>3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</b>	<b>26</b>
<b>3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>26</b>
<b>3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>27</b>
<b>3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>27</b>
 <b>CAPÍTULO IV:    ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
<b>4.1. RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>4. 2. DISCUSIÓN.....</b>	<b>44</b>
 <b>CAPÍTULO V:    CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
<b>5.1. CONCLUSIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>5.2. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>54</b>

## LISTA DE TABLAS

PÁG

<b>TABLA 1: Mayor incidencia de características clínicas y demográficas de pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....</b>	<b>28</b>
<b>TABLA 2: Antecedentes familiares de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....</b>	<b>29</b>
<b>TABLA 3: Tiempo de enfermedad de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....</b>	<b>30</b>
<b>TABLA 4: Alteración del sueño de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....</b>	<b>31</b>
<b>TABLA 5: Trastorno emocional de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....</b>	<b>32</b>
<b>TABLA 6: Pérdida de conciencia de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....</b>	<b>33</b>

**TABLA 7: Temblores de brazos y/o piernas de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....34**

**TABLA 8: Problemas del lenguaje de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....35**

**TABLA 9: Frecuencia de crisis de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....36**

**TABLA 10: Tipo de crisis de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....37**

**TABLA 11: Amnesia post crisis de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....38**

**TABLA 12: Deterioro cognitivo de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....39**

**TABLA 13: Problemas motores de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....40**

**TABLA 14: Edad de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....41**

**TABLA 15: Sexo de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017 .....42**

**TABLA 16: Grupo étnico de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....43**

## LISTA DE GRÁFICOS

	PÁG
<b>GRÁFICO 1: Mayor incidencia de características clínicas y demográficas de pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....</b>	<b>28</b>
<b>GRÁFICO 2: Antecedentes familiares de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....</b>	<b>29</b>
<b>GRÁFICO 3: Tiempo de enfermedad de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....</b>	<b>30</b>
<b>GRÁFICO 4: Alteración del sueño de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....</b>	<b>31</b>
<b>GRÁFICO 5: Trastorno emocional de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....</b>	<b>32</b>
<b>GRÁFICO 6: Pérdida de conciencia de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....</b>	<b>33</b>

**GRÁFICO 7: Temblores de brazos y/o piernas de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....34**

**GRÁFICO 8: Problemas del lenguaje de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....35**

**GRÁFICO 9: Frecuencia de crisis de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....36**

**GRÁFICO 10: Tipo de crisis de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....37**

**GRÁFICO 11: Amnesia post crisis de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....38**

**GRÁFICO 12: Deterioro cognitivo de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....39**

**GRÁFICO 13: Problemas motores de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....40**

**GRÁFICO 14: Edad de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....41**

**GRÁFICO 15: Sexo de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....42**

**GRÁFICO 16: Grupo étnico de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.....43**



## LISTA DE ANEXOS

	PÁG
<b>ANEXO 1: Operacionalización de Variables.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO 2: Instrumento.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO 3: Validez de Instrumentos – Consulta de Experto.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO 4: Matriz de Consistencia.....</b>	<b>62</b>

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Según la OMS la epilepsia es una enfermedad neurológica que afecta a personas de todas las edades en el mundo. La epilepsia del lóbulo temporal es la forma más común.

En el mundo hay unos 50 millones de personas con epilepsia. Se diagnostican anualmente unos 2,4 millones de casos de epilepsia y entre el 60 a 80% no se diagnostican o no reciben tratamiento.

En países como México la prevalencia es de 10.8 a 20 por cada 100, 000 habitantes. En EEUU son de 6 por 1.000 habitantes. En Latinoamérica y el Caribe varían entre los 3,4 por 1.000 habitantes, en Cuba es de 57 por 1.00 habitantes.

En el Perú según la OMS se estima que unos 500.000 habitantes tengan epilepsia y de los cuales un 75% de personas que tienen epilepsia pero no acuden a los establecimientos para recibir tratamiento.

En neurología podemos observar que el paciente con epilepsia puede sufrir diferentes tipos de crisis y requieren de un control y diagnóstico adecuado a la tolerancia del paciente, muchas veces implica una inversión económica por parte del paciente y su familia.

Para poder atacar la problemática de la condición hay que investigar tanto en el aspecto clínico, demográfico, diagnóstico, farmacológico y psicológico; además con el avance de la ciencia y de la cirugía, se busca llegar a la perfección en el tratamiento de los pacientes con problemas cerebrales. Se busca reseca lo mejor posible las estructuras que están comprometidas por diferentes patologías (tumores, zonas epileptógenas, etc) pero esperando no comprometer la calidad de vida de los pacientes.

Es así que desde hace unos años, con el advenimiento de nuevas medicaciones anestésicas y técnicas de estimulación, se está impulsando cada vez más la cirugía con el paciente estando despierto, para de esta manera, detectar los posibles déficits que pudieran ocasionarse, preservar estructuras importantes y mejorar de esta manera el pronóstico no solo de la

patología abordada sino también el pronóstico funcional de estos pacientes. Inicialmente a mediados del siglo XX, el Neurocirujano Wilder Penfield<sup>1</sup> aprovecho esta técnica para delimitar zonas en la corteza cerebral en las que logró delimitar funciones importantes como el movimiento o el habla.

Actualmente, y gracias a los avances en los estudios neuropsicológicos, también se pueden evaluar funciones más superiores como la percepción en sus diferentes aspectos la audición, la prosodia del lenguaje, la gnosis en todas sus formas, incluso las emociones.

La neurocirugía del futuro se basará en la cirugía en cerebro despierto para preservar las funciones neurológicas al mismo tiempo de realizar amplias resecciones del tejido cerebral patológico.

En nuestro país recientemente se ha empezado con la cirugía cerebral en paciente despierto, existe un programa preliminar todavía no difundido a nivel nacional, pero si en otras realidades hispanohablantes, para los que buscamos una adecuada evaluación pre-quirúrgica detallada a través de la Ficha clínica del paciente y Ficha de Recolección de datos pre- operatoria.

Este trabajo busca estudiar las características clínicas y demográficas de los pacientes que entrarán en el Programa preliminar de pacientes con Epilepsia de Lóbulo temporal, con eso ayudaría a dar un amplio conocimiento de un antes y un después de la cirugía siendo el paciente el mayor beneficiado.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

### **1.2.1. GENERAL:**

¿Cuáles son las características clínicas y demográficas pre-cirugía de los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

### **1.2.2. ESPECÍFICOS:**

1. ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes epilépticos previos a la cirugía?
2. ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes epilépticos previos a la cirugía?

### **1.3. JUSTIFICACIÓN:**

En el Mundo hay 50 millones de personas que sufren de epilepsia por lo tanto es importante conocer acerca de la misma para enfocarnos en las características que presenta el paciente y buscar mejores opciones de tratamiento y manejo. Hoy en día, no se han reportado series de pacientes que se hayan operado despiertos en nuestro país, así como tampoco las características clínicas, demográficas, dificultades técnicas ni evolución de los mismos.

Se está creando precedente para que la cirugía con paciente despierto se realice de manera rutinaria. Esta sería la primera serie reportada de pacientes con epilepsia donde va a utilizarse esta técnica quirúrgica y mi trabajo serviría para ampliar el conocimiento acerca de las características clínicas y demográficas que presentó el paciente antes de entrar a la cirugía.

### **1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO:**

Este estudio se realizó en el Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que se encuentra ubicado en Av. Edgardo Rebagliati 490 en el distrito de Jesús María – Lima, Perú. Fue realizado en el periodo de Julio a Diciembre 2017. La muestra fue de 60 pacientes, el muestreo fue no probabilístico y dirigido a los pacientes de pre cirugía con el diagnóstico de Epilepsia del lóbulo temporal.

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:**

Una de las limitaciones de la investigación fue la falta de manejo de Historias clínicas, motivo por el cual realice una ficha clínica y una ficha pre operatoria para la obtención de la información y la muestra fue de 60 pacientes. Otra de las limitaciones fue la falta de estudios previos de investigación sobre el tema por esa razón se consultó en las principales bases de datos internacionales.

### **1.6. OBJETIVOS:**

#### **1.6.1. GENERAL:**

Describir las características clínicas y demográficas pre cirugía de los pacientes con Epilepsia del Lóbulo temporal a realizarse en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

### **1.6.2. ESPECÍFICOS:**

1. Conocer las características clínicas de los pacientes epilépticos previos a la cirugía.
2. Describir las características demográficas de los pacientes epilépticos previos a la cirugía

### **1.7. PROPÓSITO:**

Esta propuesta de investigación pretendió realzar el valor de un estudio de corte clínico Integral que contribuya con eficiencia, validez y confiabilidad en el establecimiento de la línea base pre quirúrgica de pacientes con Dx. de Epilepsia de Lóbulo Temporal; que otorgara así mismo una predicción confiable del resultado de un tratamiento quirúrgico que sea más beneficioso para el control de crisis que el convencional en cuanto a que ayude a una prevención terciaria de deterioro cognitivo mayor en pacientes cuya estadística muestral en otras realidades abarca prioritariamente Adultos Jóvenes, que llegan a la discapacidad mental e incluso a la invalidez definitiva. Así mismo incentivar en nuestro medio investigación sobre tópicos de corte clínico-integral, ya que se trata de una especialidad que a medida que avanza esta ciencia interdisciplinaria con tecnología de última generación, se confirma aún más un beneficio terapéutico mayor con mejoras incluso en la calidad de vida de paciente con epilepsia del lóbulo temporal; y en estos últimos tiempos las posibilidades de realizar una Agenda de restitución de habilidades por miembros del equipo multidisciplinario eficaz se hace mucho más plausible para el logro de un beneficio terapéutico oportuno.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

#### Antecedentes Internacionales:

- Milena Cardona-Moncada S., Solarte-Milla R., Pineda-Salazar D. en su estudio titulado *“Alteraciones en las ejecuciones viso-perceptuales en pacientes con síndromes electro-clínicos de epilepsias del lóbulo temporal y frontal”* en el año 2017 donde se halló que los pacientes tenían una productividad inferior ( $p < 0,05$ ) en cuanto a la diferenciación de figura-fondo, orientación viso-espacial de líneas y en la contemplación diferenciada de la memoria visual de puntos; dichas inconvenientes fueron más graves en pacientes con epilepsia del lóbulo frontal. Todo ello sostiene el modelo de redes complejas (no modulares y no encapsuladas), como para la actividad epiléptica como para la cognitiva; por ello, los procesos viso-perceptuales deben ser evaluados en los pacientes con síndromes de epilepsia del lóbulo temporal o epilepsia del lóbulo frontal<sup>2</sup>.
- Ortiz Giraldo B., Naranjo Atehortúa L. F., Cornejo Ochoa J. W., Solarte Mila R. A. en su trabajo titulado *“Características clínicas, electroencefalográficas e imagenológicas de adultos con epilepsia del lóbulo temporal del Programa de Epilepsia de la Universidad de Antioquia: estudio descriptivo-retrospectivo en Medellín 2008-2012”* aceptado por la Revista Neurológica Colombiana en el año 2017 realizan una investigación donde la muestra estuvo constituida por 51,2% de varones y 48,8% de mujeres. La epilepsia más habitual fue la mesial (90,2 %); el aura más común fue la sensación en epigastrio (34,2 %); los automatismos se evidenciaron en 97,5% de los pacientes y el más usual fue oro-alimentario (80,6 %); se halló generalización tónico-clónica en 61 % de los pacientes. Los primordiales antecedentes fueron convulsiones febriles (34,1 %) y trauma craneoencefálico (TCE) (26,8 %). En el EEG se encontró frecuente diseminación fuera del lóbulo temporal (LT) (75,6 %) y la etiología predominante fue la esclerosis mesial hipocampal (EMH) (66,6 %), donde se concluye que las ELT tienen manifestaciones y características EEG heterogéneas, siendo la mesial el subtipo más frecuente (90,2%)<sup>3</sup>

- SOTO V, Á.; MORALES I, G.; POLLAK W, D. y JARA S, V.; en su trabajo titulado *“Análisis de las consultas neurológicas en el Servicio de Urgencia de un hospital terciario”* en el año 2016 realizado en Chile determinaron que la epilepsia corresponde al segundo motivo de consulta más frecuente. Se registraron 1.080 consultas en el período. 51,2% fueron mujeres. Promedio de edad = 58 años (DE = 20,2). El 36,7% de las consultas se realizó en horario inhábil. Los diagnósticos más frecuentes fueron infarto cerebral (30,7%), epilepsia (15%) y cefalea (11,3%).<sup>4</sup>
- Guzmán-Jiménez D. E., Velasco-Monroy A. L. en su artículo titulado *“Alteraciones Genéticas y Pruebas Citogenéticas relacionadas con Epilepsia de Lóbulo Temporal Mesial”* en el año 2015 realizan una investigación donde se logra evidenciar que el riesgo de sufrir epilepsia se incrementa si se tiene familiares epilépticos, siendo el riesgo mayor en familiares de primer grado, aumentando de dos a cuatro veces los diagnósticos de epilepsia idiopática o criptogénica en contraste con la población global. Anteriormente ya se había reportado causas genéticas en las epilepsias generalizadas, primordialmente en conglomerados familiares y gemelos, igualmente en la epilepsia del lóbulo temporal mesial se ha detectado esta relación así como en esta investigación, no obstante, también es clara que dicha correlación es compleja y variada.<sup>5</sup>
- López-Ruiz E., Vega-Flores G., Contreras-Cisneros B., Martínez A., Rivera-García A.P. en su trabajo titulado *“Efecto de las crisis epilépticas parciales y generalizadas sobre la arquitectura del sueño en ratas”* realizado en el 2015 en el cual la alteración del sueño producido por las crisis epilépticas se conoce; sin embargo, aún se tiene poca información de la alteración en el sueño por el tipo de crisis epiléptica. Materiales y métodos. Se evaluó la arquitectura del sueño de ratas en registros polisomnográficos de 36 horas tras inducirles crisis epilépticas parciales y generalizadas. Para la inducción de las crisis epilépticas se aplicaron *in situ* 50-100 UI de penicilina G sódica en la amígdala del lóbulo temporal, teniendo como resultado que las crisis parciales y generalizadas provocaron el aumento en la latencia del sueño de ondas lentas (SOL) y sueño de movimiento oculares rápidos (MOR). El número de episodios de las fases de vigilia, SOL y sueño MOR disminuyó y la duración media de los episodios de la vigilia y del SOL aumentó, mientras que la del sueño MOR disminuyó.

El porcentaje total del sueño MOR disminuyó significativamente. Concluyendo que Los cambios en la organización del sueño dependen del tipo de crisis epiléptica que se presenta. Las crisis epilépticas generalizadas provocaron mayor deterioro en el sueño MOR.<sup>6</sup>

- Ladino L.D., Benjumea-Cuartas V., Díaz-Marín D.M., López-González R., Orozco-Hernández J.P., Bedoya-Rodríguez P., Téllez-Zenteno J.F. en su trabajo titulado *“Percepciones y actitudes de los pacientes frente a la cirugía de la epilepsia: conceptos equivocados en Colombia”* en el año 2018; se pudo observar que los pacientes con epilepsia focal farmacorresistente se podrían beneficiar de la cirugía de la epilepsia; sin embargo, existen demoras en la realización del procedimiento. El objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento y las actitudes de los pacientes hacia la cirugía de epilepsia e identificar barreras que pudieran retrasar el tratamiento. Se aplicó un cuestionario de 10 minutos a pacientes con epilepsia en Colombia. La encuesta evaluó el conocimiento de la opción quirúrgica, las percepciones sobre el riesgo de la cirugía frente al riesgo de crisis no controladas, la discapacidad producida por la enfermedad, las metas del tratamiento y las variables demográficas y socioeconómicas. Se seleccionaron 88 pacientes con epilepsia focal. El 56% de los pacientes no sabía que la cirugía podría ser una opción terapéutica. El 60% consideró que la cirugía de la epilepsia es muy o moderadamente peligrosa. Una gran proporción pensaba que la muerte (41%), el ictus (47%), la pérdida visual (56%), los cambios en la personalidad (56%), la parálisis (61%), las dificultades para hablar (69%) y la pérdida de la memoria (60%) eran efectos secundarios comunes. La mayoría (62%) consideraba el procedimiento como la última opción de tratamiento.<sup>7</sup>
- Murillo Alvarez R. en su trabajo titulado *“Epilepsia Refractaria Tratada Mediante Hemisferectomía, experiencia, análisis retrospectivo y resultados sobre la casuística de pacientes tratados en el Hospital Nacional De Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, en el periodo comprendido entre los años 1993-2014”* realizado en Enero del 2015; de los pacientes que fueron evaluados la población tuvo predominio por el sexo masculino en un 63.6%. Los pacientes fueron seguidos desde la cirugía hasta el egreso hospitalario y se observó las secuelas. Los médicos tratantes observaron mejoría en el 77.27% de los pacientes al año de haber sido intervenido quirúrgicamente. Esto



fue probado mediante el desarrollo de nuevas habilidades como mejoría en la comunicación, independencia parcial, convulsiones, etc.<sup>8</sup>

### **Antecedentes Nacionales:**

- Campos M., Ríos L., Solari F., Varela X., Otayza F. en su trabajo titulado *“Consideraciones quirúrgicas propias de la epilepsia en niños, comentarios sobre Perú”* en el año 2015 en el cual se logró explicar la neurobiología y la plasticidad del cerebro en formación rigen la decisión clínica para la operación de la epilepsia en niños, por el cual su objetivo es frenar los desequilibrios prematuros para precaver más deterioro cognitivos. Niños con inestabilidad refractarias están en peligro de atraso de la formación y muerte precoz. Además en caso que los desequilibrios del niño no logren normalizar por FAE, el médico y los padres deberán saber la razón y efectuar todos los estudios, para especificar la patogénesis de la epilepsia y de esta manera proceder una breve cirugía.<sup>9</sup>
- Los investigadores Delgado J. C., Vazquez C. M., Zapata W., Mija L., Cuenca J., Steven D. A., Burneo J. G., mostraron en su artículo titulado *“Reporte del primer caso de lobectomía para el tratamiento de epilepsia refractaria de lóbulo temporal en el Perú”* en el año 2017; el caso de una paciente con epilepsia refractaria de lóbulo temporal por causa de esclerosis mesial temporal, abrumando a la primera lobectomía temporal ejecutada en el Perú. Este desenlace ha sido un logro, puesto que la paciente permanece libre de crisis convulsivas posteriormente a 4 años de periodo post-operatorio. Se aclaran las participaciones de lo que podría conformar un hecho en la historia de la neurología y neurocirugía en el Perú.<sup>10</sup>
- Burneo J. G, Steven D. A, Arango M., Zapata W., Vásquez C. M., Becerra A. en su trabajo titulado *“La cirugía de epilepsia y el establecimiento de programas quirúrgicos en el Perú: El proyecto de colaboración entre Perú y Canadá”* en el año 2017 describe las características clínicas de la epilepsia refractaria, la cirugía aplicable al manejo de la misma y la necesidad de establecer centros para el manejo integral de estos pacientes en el Perú. Además, describe los inicios de la cirugía de epilepsia en el Perú, su desarrollo paulatino y el proyecto de colaboración asistencial y educativo entre los programas de epilepsia de la Western University en London, Ontario,

Canadá y el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, así como el Hospital Edgardo Rebagliati en Lima, Perú.<sup>11</sup>

- Delgado Ríos J. C. en su trabajo titulado “*Calidad de vida del paciente con epilepsia. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Junio 2006 – Diciembre 2007*” presentando su tesis en el año 2015 en el cual encontró que un mayor número correspondía al sexo masculino (57%) estando la mayoría entre los 18 – 30 años (63%), con un tiempo de evolución menor de 10 años (63%), epilepsia asintomática (76%), y patrón de presentación de crisis epilépticas: mayor de 1 crisis por semana a 1 crisis al mes (38%).<sup>12</sup>
- Mejía-Tupa M. A., Pérez-Galdós P., Tori-Murgueytio A., Del Solar-Tafur M., Anicama-Lima W. E., Campos-Puebla M. G. en su trabajo titulado “*Cirugía de epilepsia en el Hospital Nacional Guillermo Almendra: primeros siete casos*” en el año 2014 en el cual encontró que el género femenino fue el más predominante con 86%; la edad de inicio de la epilepsia fue en todos los casos de 3.83 años o menos. En el nivel cognitivo preoperatorio de los pacientes fue menor al normal en todos los casos teniendo relación con la duración de la epilepsia y la frecuencia de las crisis.<sup>13</sup>

## **2.2 BASES TEÓRICAS:**

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. Partiendo de este concepto sobre la salud podemos decir que la epilepsia es una enfermedad neurológica que afecta a personas de todas las edades en el mundo.

La investigación sobre la epilepsia alteró radicalmente hacia la práctica en personas del registro del electroencefalograma realizándolo Hans Berger en 1929. De esta manera se constituyó una de las teorías de gran acontecimiento en epileptología que postulaba que en la epilepsia yacen dos aspectos frecuentes: la epilepsia focal: propia a una anomalía cortical local, y la epilepsia generalizada o centro encefálica: fundamentada por una anomalía en núcleos subcorticales. A su vez, y conforme con esta teoría; la generalización de la epilepsia focal poseería un sitio únicamente debido a la invasión anterior de los mismos núcleos subcorticales.<sup>14</sup>

La epilepsia en el lóbulo temporal es una clase de epilepsia focal la cual se determina fundamentalmente por desequilibrios parciales complicados y

secundariamente generalizadas. De tal modo que se considera una epilepsia de complicado dominio, esto significa que no contesta apropiadamente al empleo farmacológico; por esta razón en promedio el 60 y 80% de pacientes postulantes a operación de epilepsia por farmacorresistencia muestran una epilepsia en el lóbulo temporal.

El origen causante sobre la epilepsia en el lóbulo temporal es la esclerosis del hipocampo, no obstante, la etiología de esta forma de epilepsia podría ser esporádica o genética. <sup>15</sup>

De igual manera otra cualidad de esta forma de epilepsia, es su comorbilidad respecto a trastornos cognitivos secundarios a la regularidad y potencia en las crisis epilépticas, de las que podrían ser focales en un principio, pero extendido durante el curso de la enfermedad, conduciendo al paciente en oportunidades a presentar cuadros demenciales. <sup>16</sup>

Otros orígenes de la Epilepsia en el lóbulo temporal son los tumores de menor fase, malformaciones del neurodesarrollo, deformaciones vasculares y zonas de gliosis secundarias a traumatismo, enfermedad cerebrovascular, también infección del sistema nervioso central. Los tumores más ordinarios en la Epilepsia en el lóbulo temporal son los ganglios gliomas, gliomas de menor fase y tumores neuroepiteliales disembrionarios. Las deformaciones vasculares que habitualmente se agrupan a epilepsia son los cavernomas y las malformaciones arteriovenosas. Y las zonas glióticas son secundarias a lesiones cerebrales traumáticas y vasculares agudas, neuroinfecciones y neurocirugías. <sup>17</sup>

Respecto a la epilepsia en el lóbulo temporal secundaria a esclerosis del hipocampo constituyen un síndrome electroclínico mesial; este presenta cualidades inherentes a expresiones ictales y a la biografía de este padecimiento. En pacientes con dicho mal es común hallar precedentes de convulsiones febriles, meningitis o encefalitis, hipoxia perinatal y antecedentes familiares de epilepsia. <sup>16</sup>

En referencia al miedo, así como también las percepciones viscerales como náuseas y movimientos ascendentes epigástricos. Luego del su comienzo, la crisis persiste por medio de una desconexión con el medio, mirada fija, apesamiento motor, distonía en brazos y automatismos oroalimentarios (chupeteo, deglución o masticación) o manuales, seguidos de manifestaciones autonómicas (midriasis, hiperventilación, piloerección y taquicardia). <sup>18</sup>

Cuando cesa la crisis, el paciente ingresa a una etapa posictal, el cual presenta cualidades que dependen de la zona de inicio ictal, encontrándose

más comunes la desorientación y confusión, hemiplejía, afasia, rascado nasal, tos y urgencia urinaria.<sup>19</sup>

El empleo de fármacos y la participación neuroquirúrgica entran en los tratamientos primordiales para la epilepsia en el lóbulo temporal por esclerosis del hipocampo, debido a su refractariedad y durabilidad.<sup>25</sup>

A modo de resumen, vemos que la epilepsia en el lóbulo temporal por esclerosis del hipocampo está caracterizada por presentarse en la adolescencia, aura abdominal, olfato o psíquica, dificultades parciales engorrosas con alteración de la conciencia, automatismos tempranos y alteraciones motoras, con un tiempo de duración mayor a un minuto, periodo postictal extenso y hallazgos de anormalidad estructural en exámenes de neuroimagen.<sup>22</sup>

Actualmente la epilepsia es considerada una afección crónica en el cerebro que perjudica a individuos del mundo entero y se determina mediante convulsiones frecuentes. Estas convulsiones serían acontecimientos pasajeros de estremecimientos involuntarios que logran dañar a una fracción del cuerpo (convulsiones parciales) o a manera integral (convulsiones generalizadas) y en algunos casos se asocian de estrago de la conciencia y de la contención de los esfínteres.

Las particularidades de los agravios son variantes y precisan de la zona del cerebro en el que empieza la alteración, como también su reproducción. Esto podría producir síntomas temporales, como escasez o falta de conocimiento, y alteraciones del movimiento, también en los sentidos (en característico la visión, la audición y el gusto), del humor o en algunas funciones cognitivas.<sup>13</sup>

Las causas de la epilepsia son notorias y se le califica epilepsia secundaria o sintomática. Estos fundamentos pueden residir en:

- Perjuicio cerebral mediante traumatismo prenatales o perinatales (por ejemplo, ahogamiento o contusión en el parto, con escaso peso al venir al mundo)
- Defecto innato o conmutación genéticas con desfiguraciones cerebrales vinculadas.
- Una lesión craneoencefálica considerable.
- Un contratiempo cerebrovascular que reduce la venida del oxígeno al cerebro.

- Contagio cerebrales como las meningitis y encefalitis o la neurocisticercosis.
- Algunos síndromes genéticos.
- Los tumores cerebrales.

Para la genética, la epilepsia viene de la herencia tradicional que se procede por medio de un solo gen (mendeliana) con distinta característica (autosómica dominante, recesiva o unida a X), al aspecto más difícil por medio de la herencia poligénica o multifactorial. Así mismo pueden presentarse como secuela de una conmoción de alguna parte o de un total cromosoma, o por medio de una herencia no tradicional como viene a ser en el modo de la mutación del genoma mitocondrial o de la reiteración atípica de una sucesión de DNA.<sup>24</sup>

Según la fisiopatología de la epilepsia se formularon distintas teorías para revelar el origen de las mismas a continuación algunas alteraciones:

- 1) Alteraciones neuronales.-En efecto que las neuronas que producen chorros epilépticos poseen la peculiaridad de generar capacidades de acción de significativos voltajes que las demás neuronas. Frente a una incitación determinada podrían ocasionar "aptitudes de efectos colosales", en la que su expresión clínica llegaría a ser un trance epiléptica.
- 2) Alteraciones en los neurotransmisores.- Dentro del cerebro se hallan neurotransmisores inhibidores y excitadores. El fundamental neurotransmisor inhibidor en el sistema nervioso sería el ácido gama-aminobutírico, designado GABA. En su momento, los esenciales aminoácidos excitatorios son el ácido glutámico y el aspartato.
- 3) Kindling.- Este acontecimiento alcanza generar unos trances epilépticos de manera experimental. Se basa en emplear a un conjunto neuronal, en cortos estadios de tiempo (sin sobrepasarse de un segundo), incentivos eléctricos consecutivos, de pequeña magnitud. Los estímulos se utilizan con distintos descansos de tiempo (2 a 24 horas). Originalmente esto conduce a causar en las neuronas descargas que se plasman en el electroencefalograma (EEG) pero sin ninguna muestra clínica.<sup>25</sup>

Las convulsiones de la epilepsia primaria del lóbulo temporal comienzan en la adolescencia. Las crisis consisten en síntomas psíquicos simples

como anomalías cognitivas, ilusiones y alucinaciones o autonómicos como náuseas, taquicardia, sudoración.

Las crisis de epilepsia del lóbulo temporal secundaria comienzan en la primera década y durante una enfermedad aguda. Las convulsiones suelen ser del tipo parcial compleja y es más común la generalización secundaria. <sup>14</sup>

La epilepsia refractaria o llamada también farmacorresistente es una situación frecuente en las evaluaciones neurológicas de la vida cotidiana. Aproximadamente se considera que un porcentaje de 30 de los pacientes que vienen con epilepsia, a pesar del tratamiento farmacológico seguirán con las crisis convulsivas. Esto es a lo que se considera epilepsia refractaria.

En lo que respecta a la epilepsia refractaria como enfermedad el autor refiere lo siguiente: “riesgo de mortalidad por muerte súbita relacionada a la epilepsia, calculado en aproximadamente el 1% anual en el grupo de pacientes evaluados para cirugía de epilepsia”. <sup>26</sup>

En una evaluación prequirúrgica en los últimos tiempos se pone en práctica el Mapeo cortical añadiendo estimulación eléctrica. Este procedimiento se realiza con el fin de ubicar las áreas cerebrales elocuentes con respecto al foco epileptógeno. Esto sirve a la vez para que haya una disminución de morbilidad asociada. Generalmente es utilizada si la epilepsia en este caso se encuentra relacionada o está afectando las áreas del lenguaje como Broca y/o Wernicke, como la corteza motora y sensorial.

A continuación, la Clasificación del estado epiléptico no convulsivo:

Existen disimilitudes de dos modelos conformes a las variaciones electroencefalográficas ictales:

1. Estado epiléptico no convulsivo generalizado o de carencia: Se posiciona en tres subtipos, respecto con el entorno clínico en el que se ejecuta:

- 1.1. Estado epiléptico de ausencia típico

Se expresa en adolescentes y niños con epilepsia generalizada idiopática por la cual podría ocurrir en adultos en los que continúan las crisis anteriormente de la adolescencia. Estos hacen referencia de sujetos neurológica y mentalmente corrientes, que padecen crisis de carencia, generalizadas tónico-clónicas, mioclónicas u otra

combinación de ambos.

Se localiza una alteración muy versátil del nivel de conciencia desde una ligera inatención al asombro con automatismos tales como parpadeo rítmico, clonías faciales, mandibulares o de las extremidades.

El método de la principal línea suele establecerse en benzodicepinas (diazepam, clonazepam), a pesar de todo también se ha constatado la mejora del valproato sódico endovenoso en situaciones que soliciten evitar el efecto del sedante en estos fármacos y en el cuidado de que vuelva a resurgir.<sup>27</sup>

### 1.2. Estado epiléptico de ausencia atípico

Esto es visto en pacientes con epilepsia generalizada sintomática o criptogénica y, exactamente, en el síndrome de Lennox-Gastaut y la epilepsia mioclónica astática.

Los pacientes regularmente experimentan retraso mental y, debido a esto, puede ser difícil investigar un cambio notable de su comportamiento basal, los padres o familiares más próximos acostumbran darse cuenta que el niño está más hipotónico, menos reactivo o interactivo de lo usual (días malos). La exaltación de la conciencia suele ser más serio que en la circunstancia de ausencia típico y los automatismos, atonía y mioclonías más resaltante.

Según una investigación multicéntrico en Alemania registró los acontecimientos de Estado epiléptico no convulsivo generalizado como uno de los componentes que ayudan a la dimensión del retraso mental en pacientes con síndrome de Lennox- Gastaut, y sugirió que estos episodios pueden ser motivo de retraso mental grave.<sup>25</sup>

### 1.3. Estado epiléptico generalizado de ausencia de novo de descripción tardía

Se manifiestan acontecimientos de líos en adultos de edad avanzada, sin antecedentes de inestabilidad epilépticos, diligentes por la indiferencia o eliminación repentina de medicamento psicotrópica (benzodicepinas, antidepresivos tricíclicos, neurolépticos)

En esta oportunidad, este estado epiléptico podría tener en

atención una deducción del corte enérgico de una medicación crónica con valerosos desenlaces con respecto al sistema nervioso central. No obstante, también se hallan diversos instantes, como hiperamonemia, hiponatremia o deprivación alcohólica, que pueden acelerar este cuadro clínico.

De forma clínica, los individuos se muestran absortos y claramente turbios, y se observan en situaciones clónicas faciales y, con alguna reincidencia, incontrol de esfínteres. En otras ocasiones, existe un antecedente de mal o inquietud intercurrente expuesta del abandono, sin inspección médica, de la medicación psicotrópica.<sup>20</sup>

## 2. Estado epiléptico no convulsivo parcial:

Se puede distinguir dos subtipos:

### 2.1. Estado epiléptico parcial simple; sin disimulo de la conciencia. El Estado epiléptico no convulsivo parcial simple es un establecimiento ordinario.

El manifiesto clínico que consigue adecuar la sintomatología del Estado epiléptico no convulsivo parcial simple podría ser muy diferentes, que son con más reincidencia asignados a esta muestra de peculiaridad epiléptico. Es por ello que se hallan conceptualizaciones de Estado epiléptico no convulsivo parcial simple que originan afasia como singular muestra clínica. De modo similar, otras faltas neurológicas focales como hemiparesia podrían ser el resultado de crisis incompletas básicas inhibitorias recurrentes o perseverantes (estado epiléptico parcial simple inhibitorio). Se observaron también sujetos con rasgos sensoriales o viscerales de muchas condiciones (como percepción epigástricas, alucinaciones visuales u olfatorias) que inicialmente en los exámenes se han diagnosticado de forma incorrecta de trastornos neurológicos como migraña.<sup>21</sup>

### 2.2. Estado epiléptico parcial complejo: con efecto de la conciencia.

El Estado epiléptico parcial complejo fue el núcleo de aglomeración de mayor parte de las investigaciones acerca del Estado epiléptico no convulsivo. El Estado epiléptico parcial complejo fue equivalente al tipo epiléptica del lóbulo temporal o 'estado psicomotor'. Posteriormente, la aprobación de la realidad de un Estado epiléptico parcial complejo de raíz extratemporal con frecuencia frontal,



resulta complicado aún más su diagnóstico y categorización. Se estipula como una acción epiléptica extendido mediante el cual se dan descargas epileptiformes focales consecuentes o frecuentes, con base en zonas temporales o extratemporales, que se originan en un tipo confusional con síntomas clínicos alternativos.<sup>22</sup>

Inicialmente, se delimitaron dos variedades:

1. Forma cíclica o discontinua, estos se relacionan con crisis parciales complicado consecutivos o regular en cortos periodos de tiempo con retornos inconclusos de la conciencia entre las crisis.
2. Forma continua, en esta se crea un estado crucial continua de alteración o comportamiento variado.<sup>26</sup>

En cambio, existe una lucha respecto de la diferenciación de estas dos especies de Estado epiléptico parcial complejo, y otros autores defienden que no existen diferencias primordiales en los dos tipos. Más aún, Wieser mostró los hallazgos electroclínicos de un paciente con una vista intermedia o transicional.

La investigación de los casos mencionados ha logrado cimentar algunos caracteres ordinarios:

1. Mayor desenlace en adultos jóvenes con antecedentes de epilepsia parcial.
2. Presencia de elementos apresurados, como desobediencia terapéutico, menstruación, estrés o alcohol.
3. Semiología ictal motora que abarca hábitos, versión cefálica y actitud tónicas similares a las referidas en las crisis parciales complejas aisladas.
4. Alteración del feedback al método, sobre todo en diferencia con el Estado epiléptico no convulsivo generalizado.
5. Elevado índice de recaída.<sup>14</sup>

### **2.3 MARCO CONCEPTUAL:**

- **Epilepsia del lóbulo temporal:** Los desequilibrios particulares de la Epilepsia del lóbulo temporal son desequilibrios focales. Los desequilibrios focales comienzan en una zona determinada del cerebro, concretamente en el lóbulo temporal.

- **Características clínicas:** Cuando se relaciona la crisis focal consciente, puede mantener un aura. El aura es una sensación o experiencia singular, que puede contener lo siguiente:  
Déjà vu (la impresión de haber experimentado anteriormente el escenario presente)  
Un olor, sabor, sonido o visión  
Una emoción (como el enojo)  
Náusea o la impresión de que se alza el abdomen

Cuando se relaciona la crisis focal con variación de la conciencia puede establecerse contemplando cuidadosamente, restregarse las manos o hacer chasquear los labios. Esto puede plantearse muy difícil de conversar o comprender lo que le dicen en medio de una crisis.

- **Fenómeno de deja vu:** Déjà vu o **deja vu** esta denominación en francés que quiere decir “ya visto”. La definición relata la impresión que vive un individuo al estimar que ya ha experimentado con precedencia un acontecimiento que, en realidad, es nuevo.
- **Crisis epilépticas parciales:** Las **crisis epilépticas parciales** se pueden fraccionar en: **Simples**, que no perjudican la conciencia ni la memoria. **Complejas**, que influye la conciencia o la memoria de acontecimientos anteriores, durante e instantemente anteriores a la **crisis**, a la par que el comportamiento.

En ocasiones, una crisis focal podría terminar cambiando (o **generalizarse**) en una crisis que perjudica a ambos lados del cerebro (bilateral). A esto se le denomina, **crisis tónico-clónica focal a bilateral**. En esta clase de crisis, se agita todo el cuerpo en oscilaciones sin control.

- **Características demográficas:** Son cualidades estadísticas que pueden mostrar una perspectiva sobre alguna vertiente social, económico, educativo, ambiental, entre otros y esto permitiría desarrollar un juicio sobre la actividad de un sistema o un proceso definido.  
Respecto a la organización de la población los indicadores son. Edad, instrucción, Ocupación, estado civil, sexo, raza entre otros.

- **Epilepsia refractaria:** Cuadro epiléptico consistente a fármacos cuyo preámbulo de crisis son muy frecuentes y potente. Se presentan diariamente.

### **ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS:**

Se mantiene presente que la epilepsia altera a 1-2% de la población, con una influencia de 8-17 epilépticos por 1,000 pobladores. El 80% del desenlace de enfermos epilépticos se protegen con tratamiento médico. Por ello el 20%, es médicamente grave crónico y de ellos 5-10% son candidatos a cirugía de la epilepsia.

Una gran cantidad del 90% del total de las cirugías que se ejecutaban en el mundo son cortes focales. Los cortes focales del lóbulo temporal engloban el 70% de su conjunto de operaciones, los cortes focales extratemporales 23% (frontales en su generalidad), la hemisferectomía incluyen 3%, y 4% sobrante está entre la callosotomía y la transección subpial múltiple.

La epilepsia crónica médicamente serios coincide una insuficiente probabilidad, con un índice de mortalidad de 1/200 habitantes/año como conclusión honesta de las crisis, integrando el síndrome de muerte súbita incomprensible.

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS:**

La cirugía en la epilepsia se ejecuta desde períodos antiguos. Esto engloba que los antiguos egipcios llevaron a cabo trepanaciones para curar el “mal de los dioses”.

Por otra parte, se encuentran fundamentos que acusan a que este sistema ya se ejecutaba durante la época Neolítico y, probablemente, en el Mesolítico, 8000 a.C., con fines de reparar. En el siglo XIX la trepanación se realizaba con bases lógicas y William Gowers la usó sólo en situaciones en que la enfermedad hubiera sido producida a una herida craneal y donde se halló depresión ósea o que el inicio de las crisis indique la causa en la zona del cerebro, integrando la circunvolución motora cercana a la hendidura de Rolando. Actualmente se reconoce a Victor Horsley como el inicial en declarar, en 1886, su vivencia en el medio quirúrgico de la epilepsia, aunque antes a él, varios autores ya habían informado de colaboraciones con cuantiosas sucesiones de dilemas posquirúrgicas, sépticas primordialmente, pero estupendas culminaciones desde la localización de apariencia del chequeo de la enfermedad.

## **ASPECTOS CLINICOS:**

El impedimento principal en la operación de Epilepsia es la opción de pacientes, la que tiene por finalidad mejorar la calidad de vida de éstos por medio de la acción de desatarlos libres de crisis.

Epilepsia refractaria o médicamente grave es la que tiene ausencia de intromisión adecuada de los conflictos epilépticos, pese al método médico excelente con las cantidades límites autorizados.<sup>20</sup>

## **TIPOS DE CRISIS EPILÉPTICAS:**

Esto se caracteriza de muchas formas: mediante presunción, al origen de la epilepsia, por el campo del encéfalo en el que se originan las descargas eléctricas desconocidas o por el cambio estimado en el electroencefalograma.

Es fundamental categorizar estas crisis ya que el método se opone según el tipo de crisis.

Se dividen en los próximos conjuntos:

**Crisis generalizadas:** Estas son procreadas en el fragmento principal del encéfalo y se extienden semejantemente a todo el terreno, en una presión en medio de la corteza cerebral y el centro del encéfalo. Las descargas eléctricas constantemente presiden a la carencia de la conciencia.

**Crisis parciales:** Las crisis inconclusas son ocasionadas por corrientes eléctricas atípicas en un área ubicado del encéfalo. Hay 2 tipos: Simples y complejas.

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

La medicación farmacológica está establecido, pese a que el paciente haya expuesto dos o más crisis epilépticas no incitadas. En señalados casos se indica luego de crisis única, no obstante, sólo si es muy extensa la posibilidad de reincidencia o cuando ésta pueda habilitar para el sujeto. Los fármacos antiepilépticos pueden disminuir o erradicar las crisis epilépticas, pero no afectan el problema psicosocial, laboral o secundaria a daño neurológico existente.

El tratamiento con antiepilépticos alcanzará un tiempo de 2 a 3 años sin crisis y deberá ser pendiente en un período de 6 meses.

La medicación como tratamiento original en una epilepsia parcial son: Carbamazepina, Difenilhidantoína o fenitoína, fenobarbital, ácido valproico,

lamotrigina, oxcarbazepina, topiramato (aceptada para su utilización en determinados países de Europa y se localiza en observación en EEUU por los dirigentes reguladoras para esta advertencia).

La medicación como tratamiento original en una epilepsia generalizada son: Ácido valproico, carbamazepina, difenilhidantoína, oxcarbazepina (fundamentalmente en epilepsia generalizada primaria No miociónica, ni con crisis de carencia), etosuximida (patente en epilepsia generalizada de ausencias), lamotrigina y topiramato, vigabatrina.<sup>31</sup>

### **LA CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA:**

La cirugía como medio de tratamiento en la Epilepsia Resistente a la Curación Médica forma un método terapéutica muy eficiente si se emplea en situaciones excelentemente elegidos y en aquellos que se use un sistema quirúrgico conocido y estandarizado, sobrepuesto en ello una averiguación coherente y métodos poco hostiles que fundamenten grandiosos resultados, como serían: la Resonancia Magnética Nuclear Cerebral y estudio electroencefalograma con seguimiento extendido de las crisis.

Esto sólo es utilizado por profesionales que establezcan experiencia y exigencia profesional en el tema. La finalidad de la cirugía de la epilepsia es la misma finalidad del procedimiento médico con antiepilépticos, dicho en otro modo, soportar al paciente sin crisis para mejorar su condición de vida.

En la cirugía también se estima que el paciente no debe tener determinado tipo de finalidad neurológica que sea adaptado a ello.<sup>32</sup>

### **CIRUGÍA EN EL PACIENTE DESPIERTO**

La operación con el paciente despierto fue iniciada a partir del siglo XX Wilder Penfield, en un inicio para la operación de epilepsia en el deseo de discernir y curar a los pacientes con este mal. Su libro "Epilepsia and the Functional Anatomy of the Human Brain"<sup>1</sup>, describe sus múltiples operaciones y las contestaciones de los pacientes a los múltiples incentivos corticales que ejecutaba con un estimulador monopolar. Con la ayuda del desarrollo de la tecnología y la investigación de la polarización de las células, es que se planteó un procedimiento de estimulación bipolar más limitado que precise mejor los márgenes de estimulación.

El método anestesiológica también se pulió y actualmente la utilidad de anestésicos como el propofol, el remifentanilo, la desmetomidina, incluso de las máscaras laríngeas que ofrecen más confianza para ejecutar esta operación estando el paciente despierto.

Lograron también recientes procedimientos de evaluación del estado neuropsicológico del paciente. Investigaciones o pruebas que se aplican a los pacientes anteriormente a la operación como durante la misma. Estos exámenes muestran la condición del lenguaje, percepción visual, evaluación motora, cognición corporal y espacial, evaluación de las emociones y tests que determinan percepción y ejecución de pensamientos más avanzados. En medio de la operación se llevan a cabo experimentos de acuerdo a la zona anatómica implicada. Los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal del lado izquierdo serían los que más exhortación tendrían para cirugía despierta por la probabilidad de implicar el lenguaje en la extracción. Intraoperatoriamente al mismo tiempo que se aplican los exámenes dirigido a la evaluación del lenguaje se incentiva la corteza para determinar los márgenes de extracción.

Últimamente se han sumado estas distintos cálculos y comunicación a los pacientes con epilepsia y actualmente para los pacientes con tumores cerebrales con el objetivo de adquirir resecciones más extensos con mejores pronósticos y calidad de vida y en definitiva se han propuesto aproximaciones al cerebro no solo de la parte funcional simple (lenguaje, ejecución del movimiento) ya que se encontraría también en el lado derecho del cerebro un extenso conjunto de funciones que se han ido revelando y relacionando a las investigaciones anatómicas y neuropsicológicas precedentes en pos de tener un alto entendimiento de la función cerebral para la mejor consecución postquirúrgica.<sup>33</sup>

## **PREVENCIÓN**

La epilepsia idiopática no puede ser prevenida, no obstante se pueden aplicar métodos para anteponerse ante a los componentes evidentes de epilepsia secundaria:

- Este anticipo de los traumatismos craneales es la forma más eficaz de evadir la epilepsia postraumática.
- La meticulosidad perinatal adecuada podría reducir los nuevos casos de epilepsia producido por deterioros en el momento del parto.
- El uso de medicamentos y distintos métodos para reducir la temperatura corporal de un niño con fiebre podría disminuir las probabilidades de convulsiones agudas.
- Los inquinamientos del sistema nervioso central serían causas

frecuentes de epilepsia en las zonas tropicales, en el que se juntan diversos países de sueldos bajos y medianos.

- La erradicación de los parásitos en aquellos entornos y la capacitación sobre cómo prevenir las propagaciones ya que podrían ser formas eficaces de atenuar la epilepsia en el mundo, como los modelos de los casos debido al neurocisticercosis.

La precaución es la táctica más ahorradora para disminuir la conmoción de la enfermedad. Todas las autoridades tendrían que promulgar proyectos de disminución de los elementos de peligro de provocar lesión cerebral.<sup>34</sup>

#### **Recomendaciones a familiares sobre conducta durante la crisis:**

- Guardar compostura.
- Observar con rigurosidad la presencia de los desequilibrios y protegerlo para que no se dañe.
- Bajo ningún motivo deben introducir algún objeto en medio de los dientes para evitar que se muerda. No tratar de obstruir la lengua.
- Suavizar la ropa del paciente y calmarlo sin impedir de manera física porque esto causaría conductas hipotéticamente violentas en el tiempo del enredo del período posictal.<sup>29</sup>

**2.4. HIPÓTESIS:** El presente trabajo por ser de naturaleza descriptiva no lleva hipótesis.

## **2.5. VARIABLES:**

**Variable Dependiente:** La epilepsia

**Variable Independiente 1:** Características clínicas de la crisis del lóbulo temporal

### **Indicadores:**

1. Antecedente de epilepsia
2. Tiempo de enfermedad
3. Alteración del sueño
4. Trastorno emocional
5. Pérdida de conciencia
6. Temblores de brazos y/o piernas
7. Problemas de lenguaje
8. Frecuencia de crisis
9. Tipo de crisis
10. Amnesia
11. Deterioro cognitivo
12. Problemas motores

**Variable Independiente 2:** Características demográficas de los pacientes epilépticos del lóbulo temporal

### **Indicadores:**

Edad  
Sexo  
Grupo étnico

## **2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:**

**Variable Dependiente:** La epilepsia ya que se medirán los signos y síntomas del tipo de epilepsia del lóbulo temporal.

**Variables Independiente 1:** Características clínicas de la epilepsia: compromete la especificación de los signos y síntomas que se obtienen de la ficha clínica.

### **Indicadores:**

1. Antecedente de epilepsia: se determinó en forma directa si el paciente tenía algún antecedente familiar o no.



2. Tiempo de enfermedad: se determinó en forma directa según el número de años cumplidos al inicio de la primera crisis epiléptica dividido en 4 escalas: 1-3 años, 4-6 años, 7-9 años, 10 años a más.
3. Alteración del sueño: se determinó en forma directa si el paciente presentó o no alteraciones de sueño a causa de una crisis epiléptica.
4. Trastorno emocional: se determinó en forma directa si el paciente presentó o no algún trastorno emocional a causa de una crisis epiléptica.
5. Pérdida de conciencia: se determinó en forma directa si el paciente presentó o no pérdida del conocimiento a causa de una crisis epiléptica.
6. Temblores de brazos y/o piernas: se determinó en forma directa si el paciente presentó o no temblores en brazos y/o piernas cuando sufrió una crisis epiléptica.
7. Problemas de lenguaje: se determinó en forma directa si el paciente presentó o no problemas de lenguaje antes de la cirugía.
8. Frecuencia de crisis: se determinó en forma directa según la frecuencia de crisis epiléptica dividida en 3 escalas (1-2 veces por semana, 3-4 veces por semana, 5-7 veces por semana)
9. Tipo de crisis: se estableció 4 tipos de crisis más frecuentes en este tipo de pacientes (tónico – clónica, de ausencia, mioclónica, atónica)
10. Amnesia: Se estableció si el paciente presentó o no amnesia después de sufrir una crisis epiléptica.
11. Deterioro cognitivo: se estableció 3 tipos de niveles de deterioro cognitivo (DC leve, DC moderado, DC Severo)
12. Problemas motores: se determinó en forma directa si el paciente presentó o no problemas motores antes de la cirugía.

**Variable Independiente 2:** Características demográficas que se obtendrán de la ficha pre operatoria donde se obtendrán los datos demográficos teniendo en cuenta los siguientes indicadores:

**Indicadores:**

1. Edad: se determinó según el número de años cumplidos del paciente en tres escalas. (7-20 años, 21-40 años, 41-65 años)
2. Sexo: Se estableció en forma directa por el género del paciente (Femenino – Masculino)
3. Grupo étnico: Se estableció en forma directa por la raza del paciente (Mestizo, blancos, negros, orientales)

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 DISEÑO METODOLÓGICO:**

#### **3.1.1. Tipo de investigación:**

Estudio descriptivo, de corte transversal y prospectivo. La investigación es de carácter descriptivo pues describe el evento clínico, las particularidades clínicas y demográficas pre quirúrgicas de los dolientes diagnosticados con Epilepsia del lóbulo temporal tratados en el Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.

De corte transversal porque se usará una sola medición utilizando las fichas que figuran en anexos y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión en la única observación en el tiempo.

Y prospectivo porque se analizó los datos obtenidos en la ficha clínica y se fueron registrando a medida que ocurrieron.

#### **3.1.2. Nivel de la Investigación:**

Estudio exploratorio debido a que se recoge la información utilizando las fichas clínicas con el objetivo de obtener los datos suficientes para realizar la investigación.

### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:**

La población fue obtenida en el Servicio de Neurología y Neurocirugía en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins considerándose como muestra 60 pacientes, el muestreo fue no probabilístico dirigido a pacientes prequirúrgicos con el Dx. de Epilepsia del lóbulo temporal. Se reclutaron los pacientes derivados de la consulta externa ambulatoria por interconsulta de médicos neurólogos y neurocirujanos de una población secuenciada de 2 ingresos semanal- mensual en los meses referidos en este periodo.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Se empleó las Fichas elaboradas para obtener un acercamiento objetivo a su forma basal de las características clínicas y demográficas previas a intervención Neuroquirúrgica.

Se utilizó medidas estadísticas mediante el programa SPSS versión 24, para lo que se obtuvo las siguientes mediciones estadísticas: se utilizó una moda, la frecuencia y porcentajes de frecuencia en cada una de las tablas descritas efectuando la utilización de la estadística descriptiva para la meta del análisis.

#### **INSTRUMENTOS**

**Ficha clínica:** encontraremos los datos personales del paciente, número de ficha, los signos y síntomas que presenta, la frecuencia de las crisis, la forma de inicio de la epilepsia (Brusco, insidioso y progresivo), los déficit motores, los déficits cognitivos, trastornos emocionales entre otros.

**Ficha De Recolección De Datos Pre-Operatoria.-** Esta ficha contiene datos demográficos, tiempo de la enfermedad y déficits de la actividad mental.

Fue validada por expertos del departamento de Neuropsicología y Neurología. Figura en sección Anexos.

### **3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Diseño de la investigación es cuasiexperimental porque no hay manipulación de variables, éstas se observan y se describen tal como se presentan y su metodología es fundamentalmente descriptiva. El método transeccional o transversal porque recoge información en un solo momento dado y con las técnicas a ser utilizadas, en una etapa preliminar de estudio pre-cirugía.

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:**

Los productos estudiados se muestran en tablas o figuras según corresponde, se detallaron los datos en frecuencia, porcentajes, de acuerdo a los objetivos. La base de datos conseguidos de este estudio fue subyugado a análisis estadísticos, efectuando la utilización de la estadística descriptiva para la meta del análisis. Se usó para los datos nominales una moda. En todos los casos, se efectuó la distribución de frecuencias mediante el programa SPSS versión 24, para el proceso del análisis, e interpretación de los resultados.

### **3.6. ASPECTOS ÉTICOS:**

La participación de los pacientes ha sido de manera voluntaria y con el Dx. de Epilepsia del lóbulo temporal según información vertida por el médico especialista. Me comprometo a respetar la veracidad de los resultados, la confiabilidad de los datos suministrados y la identidad de los pacientes que participan en el estudio.

## CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

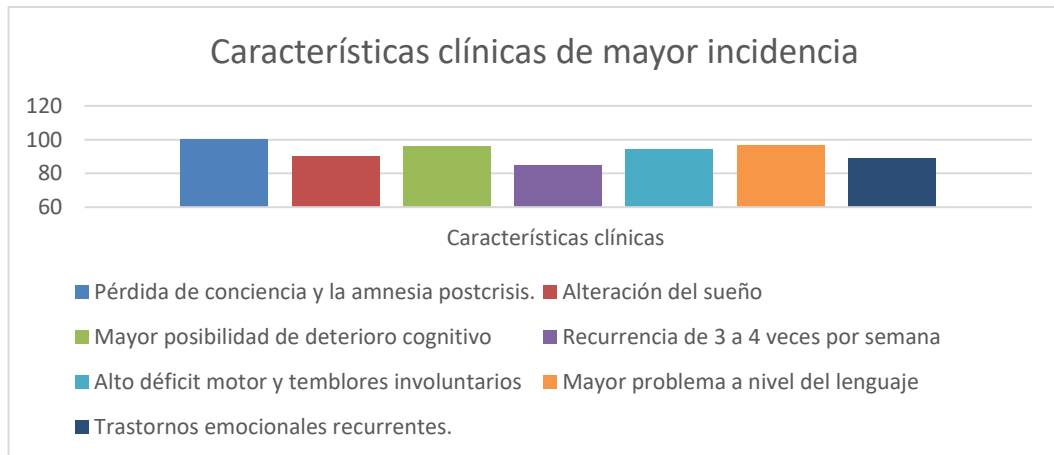
### 4.1. RESULTADOS:

#### OBJETIVO GENERAL:

**TABLA 1: Mayor incidencia de características clínicas y demográficas de pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

Características clínicas de mayor incidencia	Características demográficas de mayor incidencia
Pérdida de conciencia.	Mayor incidencia en el sexo femenino
Alteración del sueño	Más frecuencia en la adultez mayor
Mayor posibilidad de deterioro cognitivo	Mayor incidencia en grupo étnico mestizo.
Recurrencia de 3 a 4 veces por semana	
Temblores de brazos y/o piernas	
Mayor problema a nivel del lenguaje	
Trastornos emocionales recurrentes.	

**GRÁFICO 1: Mayor incidencia de características clínicas y demográficas de pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**



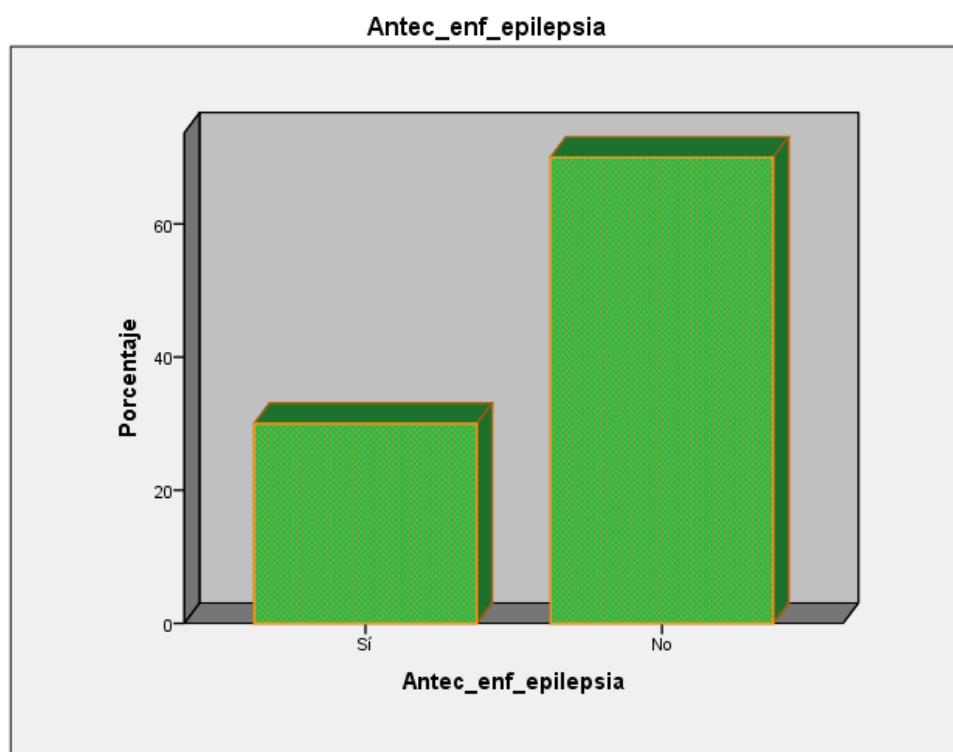
**Interpretación:** En la tabla 1 se observan las características clínicas y demográficas con mayor incidencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017, las cuales son: pérdida de conciencia (65%) y la amnesia postcrisis (71,7%), alteración del sueño (73,3%), mayor posibilidad de deterioro cognitivo leve (58,3%), Se acompañaba de problemas motores (78,3%), déficit de lenguaje (66,7%), alteración del sueño (73,3%) entre los más importantes. Es más proclive el sexo femenino (51,7%) y mayor prevalencia en la raza mestiza (60%) y la edad frecuente entre 42-65 años con 48.3%.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS:

**TABLA 2: Antecedentes familiares de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	19	31,7
No	41	68,3
Total	60	100,0

**GRÁFICO 2: Antecedentes familiares de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

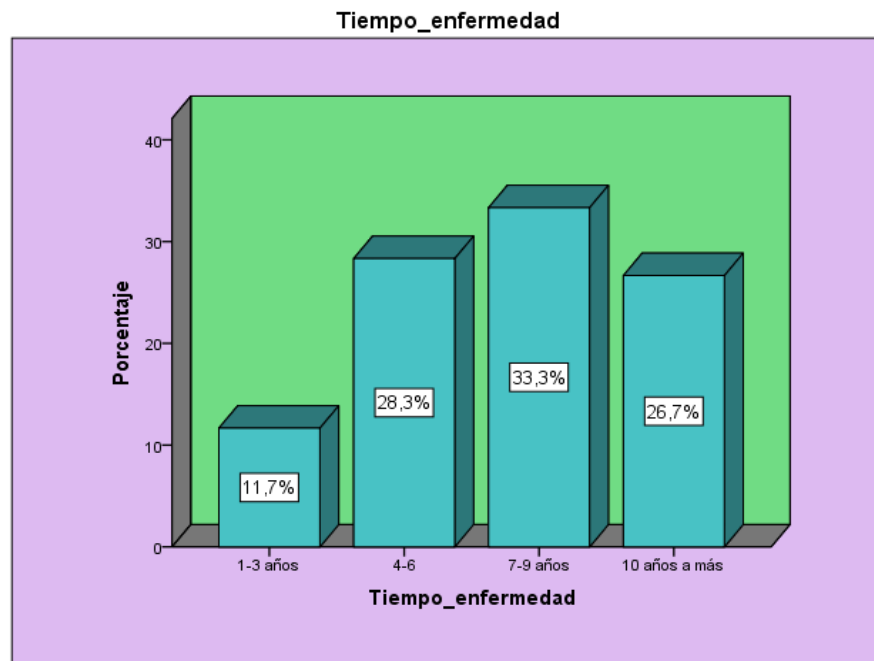


**Interpretación:** En la tabla 2 se presenta los porcentajes sobre los antecedentes de enfermedad de epilepsia, donde se encuentra que el 68,3% de la muestra no presenta antecedentes de la enfermedad. Por otro lado, se encuentra un 31,7% de la muestra que sí presenta antecedentes de enfermedad. Lo cual, según resultados, la enfermedad de epilepsia no presenta una carga hereditaria, en lo que respecta a la muestra aplicada.

**TABLA 3: Tiempo de enfermedad de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
1-3 años	7	11,7
4-6 años	17	28,3
7-9 años	20	33,3
10 años a más	16	26,7
Total	60	100,0

**GRÁFICO 3: Tiempo de enfermedad de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

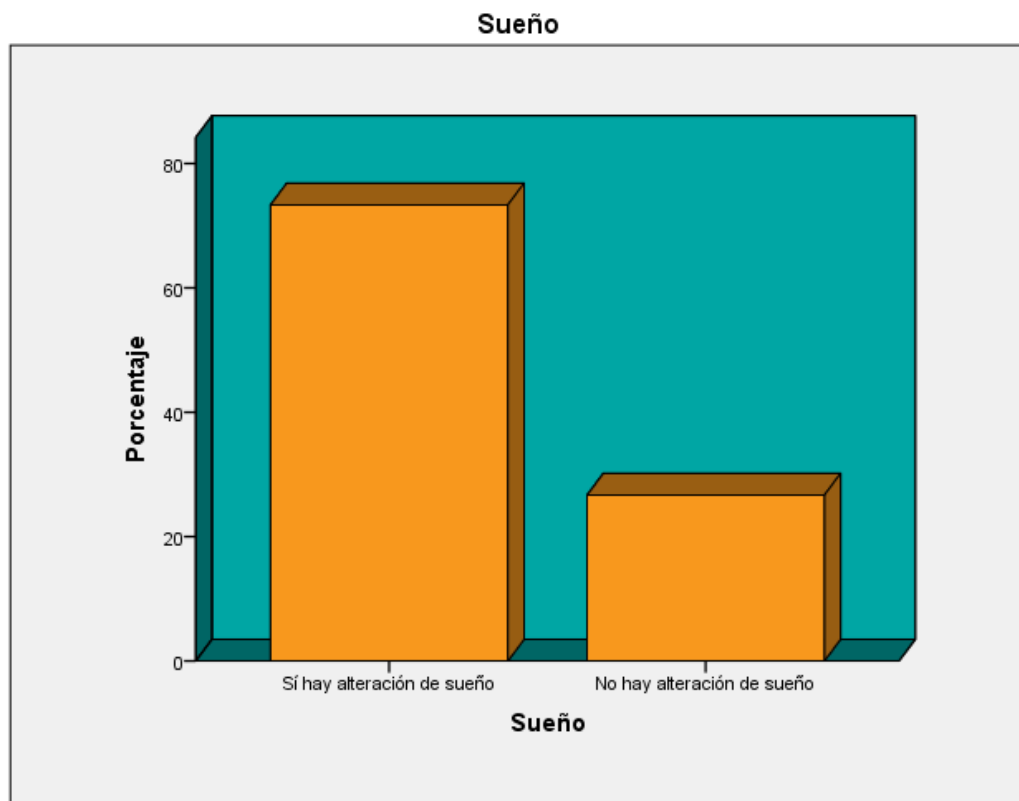


**Interpretación:** Se puede encontrar en la tabla que un 33,3% presentaron un tiempo de enfermedad entre 7 a 9 años. Seguido por un 28,3% donde el tiempo de enfermedad presentaban entre 4 a 6 años. Así mismo, prosigue con un 26,7% un tiempo de 10 años a más de tiempo de enfermedad. Por último un 11,7% presentaron un tiempo de enfermedad entre 1 a 3 años.

**TABLA 4: Alteración del sueño de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí hay alteración de sueño	44	73,3
No hay alteración de sueño	16	26,7
Total	60	100,0

**GRÁFICO 4: Alteración del sueño de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017 en epilepsia**



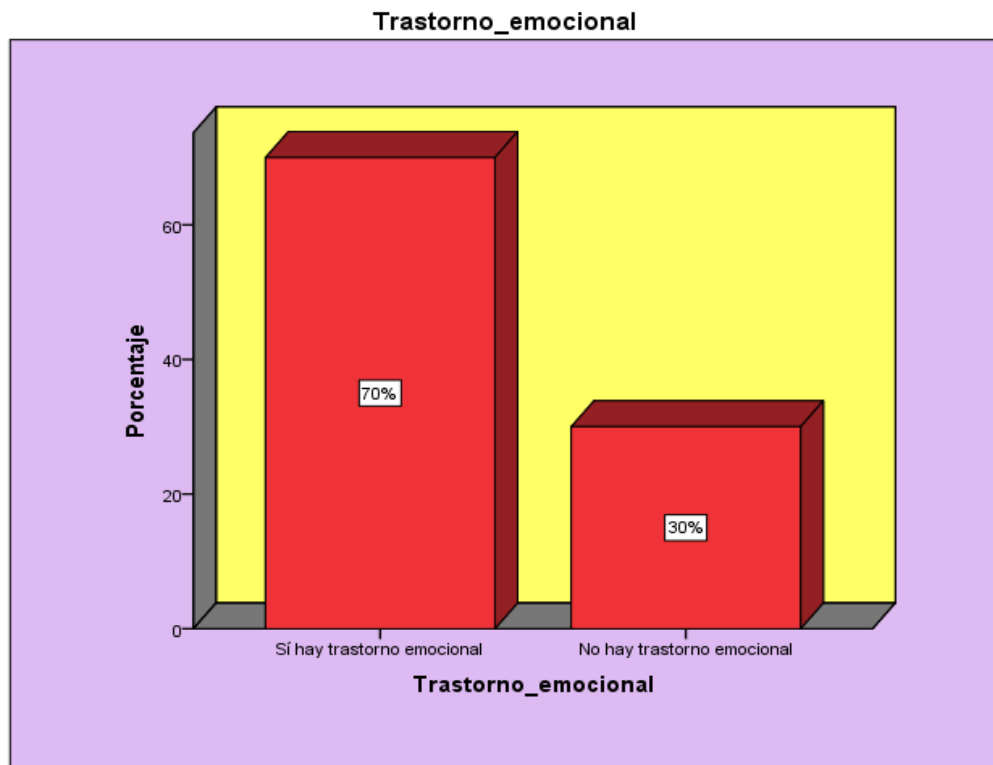
**Interpretación:** En la tabla 3 se presenta los porcentajes sobre la alteración del sueño. Se observa que un 73,3% de la muestra aplicada presenta alteración del sueño. Esto se puede deber a que la mayoría de la muestra presenta un tipo de epilepsia refractaria, donde las convulsiones se puede dar en cualquier momento, incluso en la madrugada, afectando el estado del sueño. Mientras que un 26,7% no presenta alteración del sueño.



**TABLA 5: Trastorno emocional de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí hay trastorno emocional	42	70,0
No hay trastorno emocional	18	30,0
Total	60	100,0

**GRÁFICO 5: Trastorno emocional de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

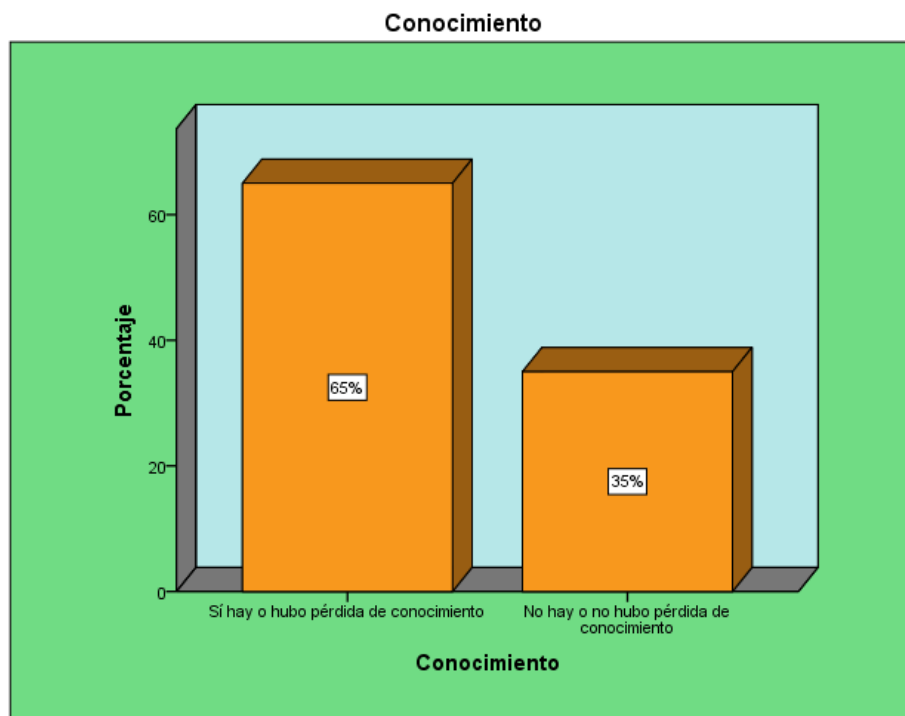


**Interpretación:** Se observa en la tabla 4 sobre los porcentajes de trastorno emocional, se encuentra un 70,0% que presenta trastorno emocional. Esto se debe a que la persona con esta enfermedad empieza a tener problemas emocionales como ansiedad, depresión y/o angustia por motivos que las crisis le pueden venir en cualquier momento y en cualquier lugar. Así mismo, sienten inseguridad hasta sentimientos de culpa. Por otro lado, un 30,0% de la muestra no presenta trastorno emocional.

**TABLA 6: Pérdida de conciencia de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí hay o hubo pérdida de conciencia	39	65,0
No hay o no hubo pérdida de conciencia	21	35,0
Total	60	100,0

**GRÁFICO 6: Pérdida de conciencia de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

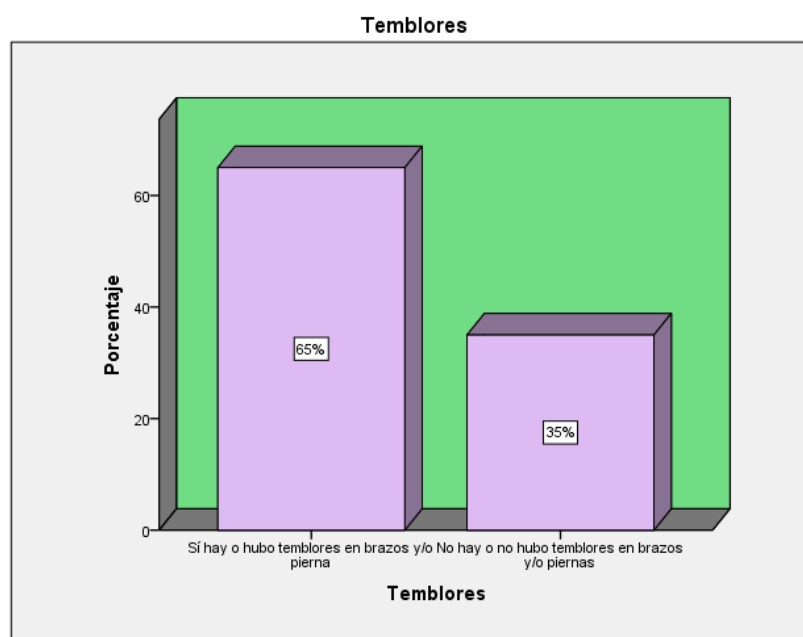


**Interpretación:** En la tabla 5 se detalla los porcentajes obtenidos sobre la pérdida de conciencia. Se puede observar que un 65,0% ha presentado o presenta en cada crisis epiléptica pérdida de conciencia. Esto se debe a que la persona sale de la realidad en el momento de crisis. Mientras que un 35,0% no ha presentado o no presenta pérdida de conciencia. Eso depende a la vez del tipo de crisis convulsiva que tenga la persona.

**TABLA 7: Temblores de brazos y/o piernas de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí hay o hubo temblores en brazos y/o pierna	39	65,0
No hay o no hubo temblores en brazos y/o piernas	21	35,0
Total	60	100,0

**GRÁFICO 7: Temblores de brazos y/o piernas de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

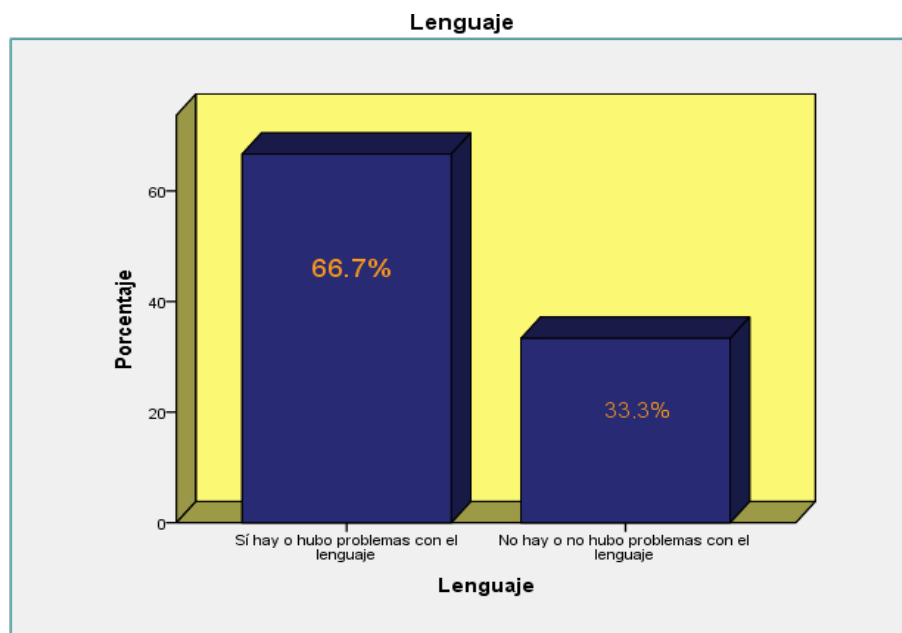


**Interpretación:** Con respecto a la tabla 6 se puede observar los niveles de los temblores en brazos y/o piernas según la muestra. Se encuentra un 65,0% de los evaluados que presentan o han presentado temblores en brazos y/o piernas. Mientras que un 35,0% no presenta dichos signos.

**TABLA 8: Problemas del lenguaje de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí hay o hubo problemas con el lenguaje	40	66,7
No hay o no hubo problemas con el lenguaje	20	33,3
Total	60	100,0

**GRÁFICO 8: Problemas del lenguaje de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

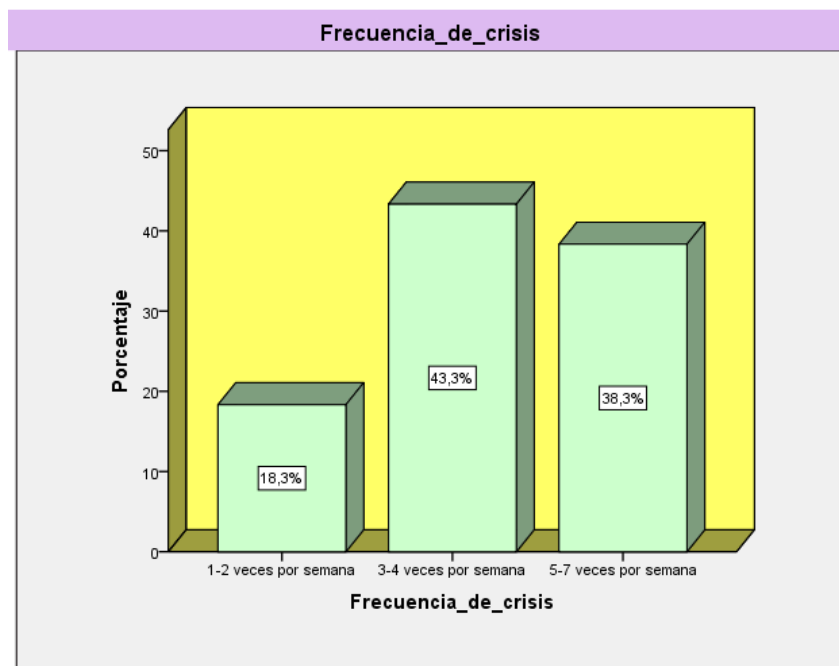


**Interpretación:** En la presente tabla 7 se demuestra los porcentajes sobre los problemas en la enfermedad de epilepsia en la muestra evaluada. Se encuentra que un 66,7% tuvieron y/o presentan problemas con el lenguaje. Una probabilidad alta que esto ocurra ya que la mayoría de la muestra presenta una epilepsia de tipo refractaria con foco de localización el lóbulo temporal izquierdo, donde se encuentra la zona de Broca, la zona encargado de la reproducción de las palabras. Por otro lado, se encuentra un 33,3% que no han presentado y/o presentan problemas de lenguaje.

**TABLA 9: Frecuencia de crisis de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
1-2 veces por semana	11	18,3
3-4 veces por semana	26	43,3
5-7 veces por semana	23	38,3
Total	60	100,0

**GRÁFICO 9: Frecuencia de crisis de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

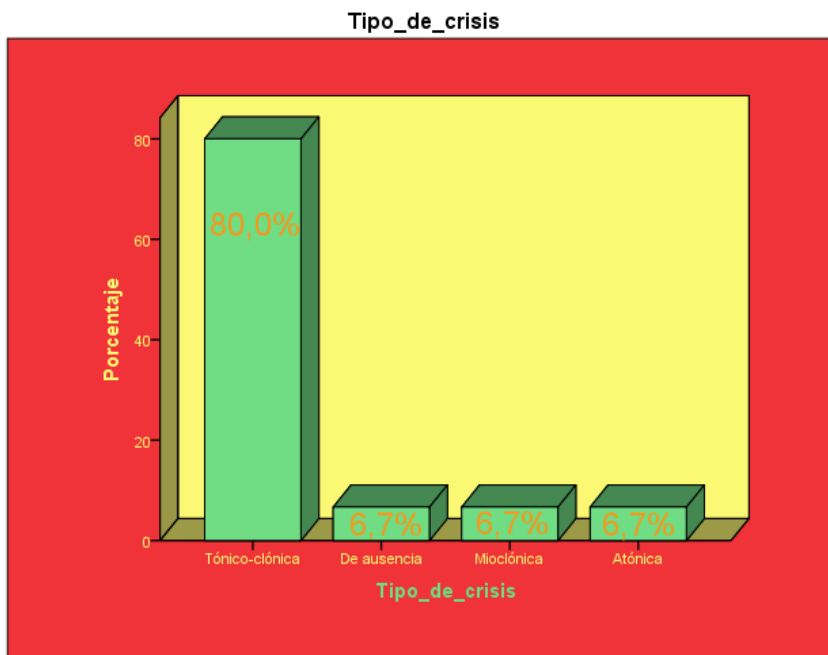


**Interpretación:** En la tabla 8 se presentan los porcentajes sobre las frecuencias de crisis en la enfermedad de epilepsia. Se puede observar que un 43,3% presenta frecuencia de crisis entre 3-4 veces por semana. Mientras que un 38,3% presenta una frecuencia de crisis entre 5-7 veces por semana. Así mismo, un 18,3% presenta una frecuencia de crisis entre 1-2 veces por semana.

**TABLA 10: Tipo de crisis de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
Tónico-clónica	48	80,0
De ausencia	4	6,7
Mioclónica	4	6,7
Atónica	4	6,7
Total	60	100,0

**GRÁFICO 10: Tipo de crisis de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017.**



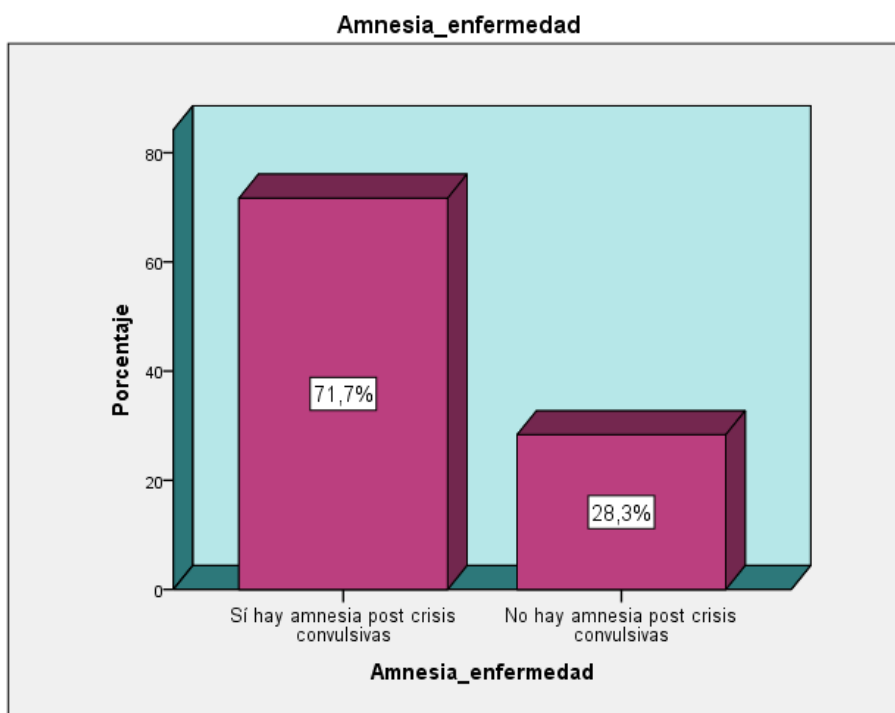
**Interpretación:**

En la tabla 11 se encuentra los porcentajes sobre el tipo de crisis en la enfermedad de epilepsia. Donde resalta con un 80,0% el tipo de epilepsia Tónico-clónica. Seguido por un 6,7% por el tipo de ausencia. Sigue con un 6,7% de tipo Mioclónica. Por último, pero de igual manera con un 6,7% de tipo Atónica.

**TABLA 11: Amnesia post crisis de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí hay amnesia post crisis convulsivas	43	71,7
No hay amnesia post crisis convulsivas	17	28,3
Total	60	100,0

**GRÁFICO 11: Amnesia post crisis de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

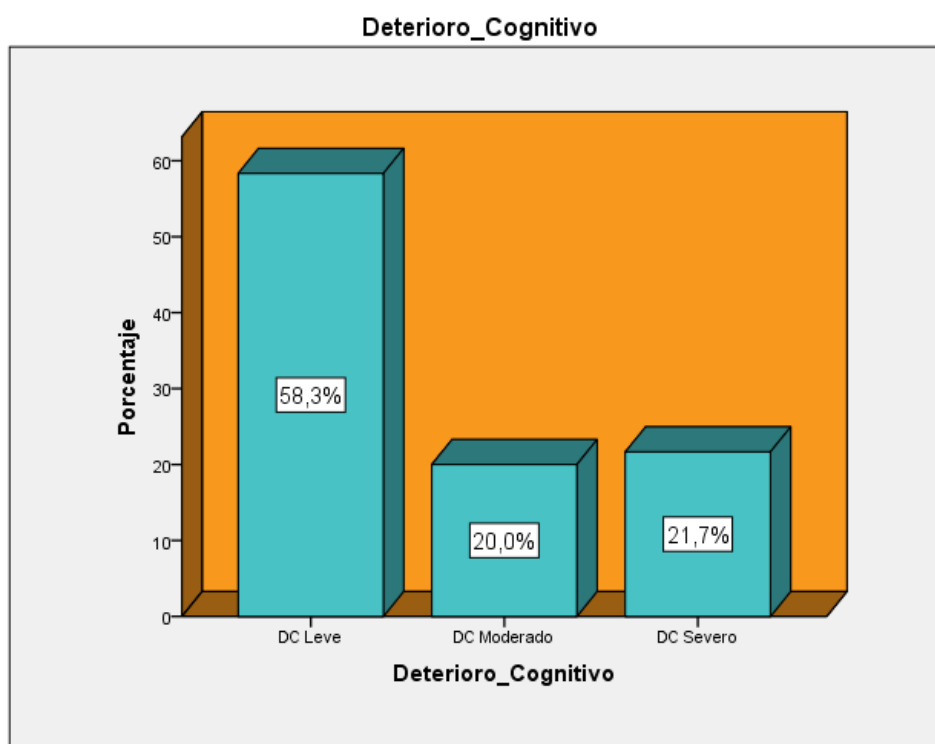


**Interpretación:** Se puede observar en la tabla 10 que un 71,7% presentan amnesia post crisis convulsivas en referencia a la enfermedad de epilepsia. Mientras que un 28,3% de la muestra evaluada no presentan amnesia post crisis convulsivas.

**TABLA 12: Deterioro cognitivo de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
DC Leve	35	58,3
DC Moderado	12	20,0
DC Severo	13	21,7
Total	60	100,0

**GRÁFICO 12: Deterioro cognitivo de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**



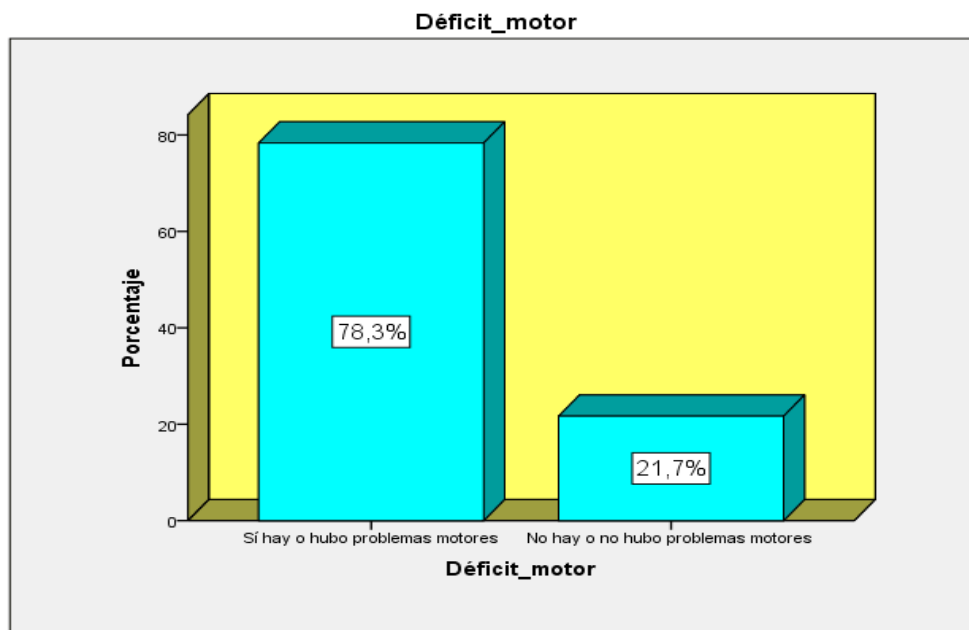
**Interpretación:** Se encuentra en la tabla 12 los niveles de deterioro cognitivo en la enfermedad de epilepsia. Podemos observar que un 58,3% presenta un nivel Leve de Deterioro cognitivo. Seguido de un 21,7% de un nivel Severo de deterioro cognitivo. Por último, con un 20,0% se encuentra un nivel moderado de deterioro cognitivo.



**TABLA 13: Problemas motores de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí hay o hubo problemas motores	47	78,3
No hay o no hubo problemas motores	13	21,7
Total	60	100,0

**GRÁFICO 13: Problemas motores de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

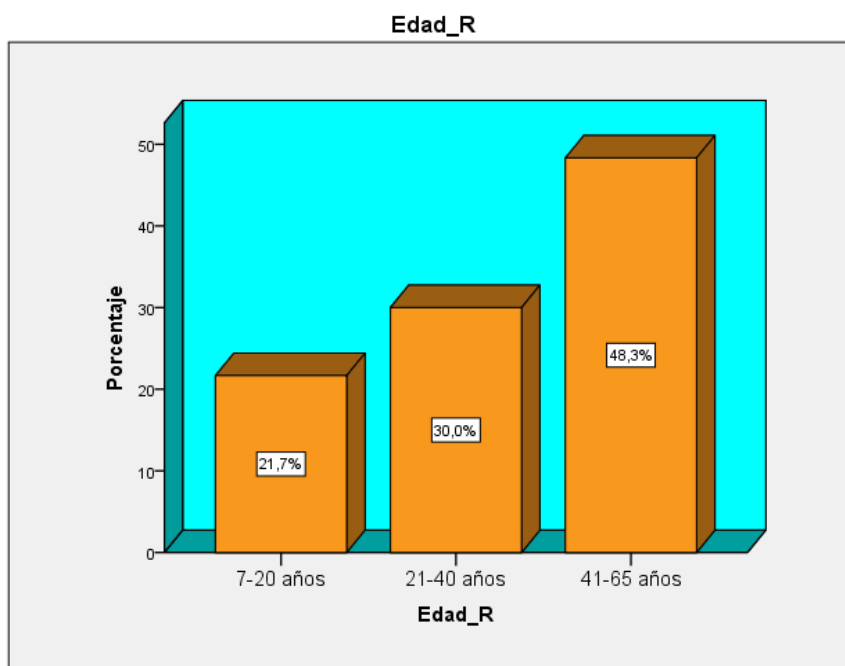


**Interpretación:** Se encuentra en la tabla 13 los problemas motores en la muestra evaluada. Donde un 78,3% han presentado o presentan problemas motores. Esto se debe a que la mayoría de los evaluados presenta un tipo de epilepsia tónico-clónica donde las extremidades superiores e inferiores se ponen rígidas y luego pierden tonicidad. Es por ello que presentan un alto porcentaje de los evaluados problemas motores. Por otro lado, un 21,7% no presentan problemas motores.

**TABLA 14: Edad de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
7-20 años	13	21,7
21-40 años	18	30,0
41-65 años	29	48,3
Total	60	100,0

**GRÁFICO 14: Edad de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

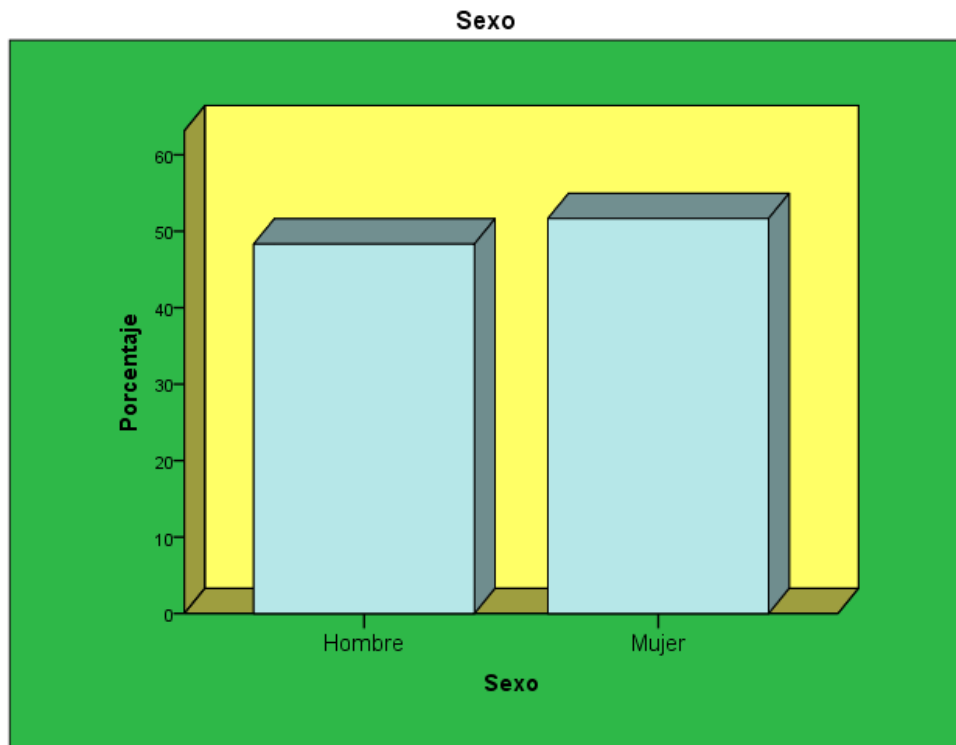


**Interpretación:** Podemos observar mediante la tabla 14 los rangos de edad según la enfermedad de epilepsia. El rango de edad con mayor incidencia de edad es de 41 a 65 años con un 48,3%. Seguido del rango de edad de 21 a 40 años con un 30,0%. Y por último el rango de edad entre 7 a 20 años con un 21,7%.

**TABLA 15: Sexo de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	29	48,3
Mujer	31	51,7
Total	60	100,0

**GRÁFICO 15: Sexo de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

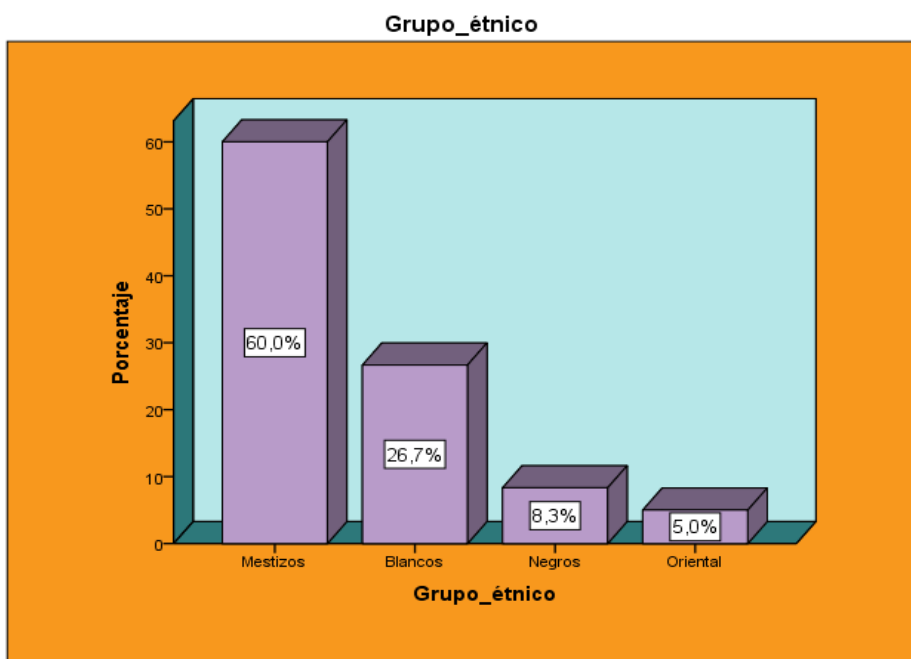


**Interpretación:** En la tabla 15 se encuentra los porcentajes según el sexo la enfermedad de epilepsia. Se encuentra el sexo femenino presenta mayor incidencia de enfermedad de epilepsia según la muestra evaluada con un 51,7%. Mientras que el sexo masculino presenta un 48,3% de enfermedad de epilepsia.

**TABLA 16: Grupo étnico de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**

	Frecuencia	Porcentaje
Mestizos	36	60,0
Blancos	16	26,7
Negros	5	8,3
Oriental	3	5,0
Total	60	100,0

**GRÁFICO 16: Grupo étnico de los pacientes en pre cirugía con Epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de Julio a Diciembre 2017**



**Interpretación:** Se puede observar en la tabla 16 sobre las descripciones y niveles de los grupos étnicos según la muestra evaluada. Se encuentra un 60,0% que el mayor grupo étnico son los mestizos. Seguido de un 26,7% por los blancos. Posteriormente, con un 8,3% el grupo étnico de negros. Por último, con un 5,0% los orientales.

## 4. 2. DISCUSIÓN

Con respecto a los antecedentes de enfermedad de epilepsia se evidencia que el 68.3% de los pacientes estudiados no presentaron antecedentes familiares de enfermedad por lo que podría deducirse que el factor causal sería idiopático, y se descarta el hereditario ya que otros miembros directos de familia no presentaron cuadro similar. Etiología similar se registra en el Informe sobre Epilepsia en Latinoamérica descrito por Rodríguez, J (2008).<sup>2</sup>

Un 73,3 % de la casuística, presentó alteración del sueño porque también eran de presentación nocturna lo que habla de que los fármacos no hacían control efectivo de las crisis.

En lo referente a trastornos emocionales fue característico la presentación de ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, inseguridad entre otros en un 70% de los pacientes, Todo ello puede ser atribuido a que este tipo de enfermedad es de presentación brusca, imprevista y en cualquier momento del día o de la noche.

Así mismo en el 65 % existió pérdida de conciencia signo que caracteriza a la crisis de epilepsia del lóbulo temporal.

En lo que respecta a los niveles de los temblores en brazos y/o piernas se evidencio en este estudio un 65%.

En un 66.7 % existió problemas lingüísticos por tratarse de un tipo de epilepsia focalizada en el lóbulo temporal que tiene una correlación directa con áreas estructurales del lenguaje como el circuito del hipocampo, áreas de Broca y Wernicke entre otras.

En lo que se refiere a la frecuencia de crisis, nuestra muestra presento una frecuencia de 3 a 4 veces por semana en un 43,3 % de la muestra total, lo que significaba que podrían presentar mayor riesgo de deterioro cognitivo, y era recomendable la cirugía como tratamiento benéfico para la reducción de la recurrencia de crisis, tal como se recomienda en el papel de los autores antes descritos.

Se han reportado en esta investigación un tiempo de enfermedad máximo entre 7 a 9 años (33,3% de la muestra) y mínimo entre 1 a 3 años (11,7% de la muestra total), en cuanto al tiempo prolongado es algo similar al encontrado por Bender del Busto, Morales Chacón, García Maeso y García Navarro (2006) que registraron crisis con una evolución de 10 años como máximo.<sup>27</sup>

En lo que respecta a los niveles de amnesia en epilepsia se evidencio en este estudio que si hay amnesia post crisis convulsivas un 71,7%, es un signo que caracteriza a la epilepsia del lóbulo temporal; en los casos restantes probablemente las crisis fueron psicógenas o pseudocrisis., estas últimas son de mejor pronóstico. En lo referente al tipo de crisis el mayor porcentaje fue tónico-clónica, en un 80% de la muestra, la cual tiende a remitir fármacos convencionales y las de menor porcentaje las crisis atónicas, de ausencia y mioclónicas en un 6.7%. Este tipo de crisis tienen que ser evaluados minuciosamente para establecer diagnóstico diferencial con pseudocrisis o crisis psicógenas, además que los fármacos no llegan a controlar eficazmente la recurrencia, según el reporte de Rodríguez (2008) ya citado.

En cuanto al deterioro cognitivo encontramos un 58,3% leve, moderado en 20%y severo en un 21,7 %. Siempre debe hacerse prevención terciaria del deterioro, ya que es fundamental para la calidad de vida del paciente. En un 78,3 % los pacientes presentaron problemas o déficit motor, en la mayoría de ellos las crisis fueron tónico-clónicas, y en el proceso de recuperación mostraron debilidad, falta de fuerza muscular, o dolores generalizados.

En cuanto a la incidencia por edad encontramos que su generalidad de pacientes tuvo un rango de edad entre 41 y 65 años (48,3%) este hallazgo no emula el encontrado por el panameño Hauser (2008) que notifica que la repercusión de epilepsia, ceñido por edad, varía de 24 a 53 por 100.000 personas/año y que va de 26 a 70 por 100.000 personas/año.<sup>2</sup> En lo que respecta al sexo, nuestra muestra presento una frecuencia de 51,7 % en mujeres y 48,3 % en varones. En otros reportes como el de Ortiz Giraldo, Fermín Naranjo, Cornejo Ochoa y Solarte Mila (2017) la frecuencia fue mayor en el sexo masculino.<sup>5</sup> En cuanto al grupo étnico esta enfermedad fue más frecuente en el grupo de mestizos con un 60 %. El menor porcentaje fue en la raza oriental con 5% y raza negra con 8,3% lo cual es un resultado esperado según los hallazgos en países asiáticos y africanos, la epilepsia no tiene alta prevalencia en ellos.

En este estudio preliminar en dolientes con epilepsia del lóbulo temporal se ha descrito características clínicas en los que su diagnóstico es complicado debido a su cambio respecto a las señales clínicas, la obligación de un Electroencefalograma indispensable y el obstáculo que conjetura la explicación de las irregularidades electroencefalográficas. Por ello, proveer un incremento índice de presunción, efectuar con prisa un EEG y administrar benzodiazepinas endovenosas en el tiempo mismo podría ser sustanciales al momento de decretar un diagnóstico apropiado y comenzar un procedimiento oportuno.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES:**

Después de un análisis acucioso hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1.- La epilepsia del Lóbulo temporal es una enfermedad de difícil diagnóstico por variabilidad de sus signos y síntomas clínicos, al realizar mi trabajo puedo concluir que los problemas motores presentaron un alto porcentaje y el mayor porcentaje de crisis son las de tipo tónico clónicas. Además en las características demográficas prevaleció el sexo femenino con una frecuencia en la edad de 41-65 años.

2.- Con mi trabajo se concluyó que los pacientes de pre cirugía con el Dx de epilepsia del lóbulo temporal, la mayoría tenían antecedentes familiares, el tiempo de enfermedad que prevaleció es de 7 a 9 años, ellos presentaban alteración del sueño, trastorno emocional, pérdida de conciencia, temblores de brazos y/o piernas, problemas de lenguaje, frecuencia de crisis de 3-4 veces por semana, el tipo de crisis que prevalece son las tónico-clónicas, la amnesia post crisis, presentan deterioro cognitivo leve y problemas motores.

3.- Las características demográficas de los pacientes de pre cirugía con el Dx de epilepsia del lóbulo temporal más prevalentes son el sexo femenino, la edad de 41-65 años y de raza mestiza.

### **5.2. RECOMENDACIONES:**

Luego de concluir nuestro estudio podemos sugerir las siguientes recomendaciones:

1.- La epilepsia debe ser tratada y controlada por un equipo multidisciplinario teniendo en cuenta los signos y síntomas más prevalentes que se encontraron en este trabajo. Se debe realizar más estudios con proyección futura para contribuir a la elaboración de un programa Nacional para Epilepsia, enfermedad que en el momento actual sigue siendo estigmatizada.

2.- Hay que prevenir a los pacientes con antecedentes familiares. La cirugía de los pacientes con epilepsia es un tratamiento que viene demostrando su eficacia en epilepsia resistente a los fármacos y debería ser más desarrollada

en la realidad nacional. Debe generarse programas de comunicación masiva para medida de prevención primaria de esta casuística.

3.- La alta incidencia en personas adultas nos plantea la necesidad de intervención con programas de salud pública y promoción de la salud. El paciente con epilepsia de lóbulo temporal si es tratado oportunamente puede mejorar su calidad de vida, y desarrollarse en diferentes campos intelectuales. Si conocemos bien la enfermedad el tratamiento será más eficaz e integral.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Penfield W. y Jasper H.H. *Epilepsy and the functional anatomy of the human brain*. Boston: Little, Brown and Co; 1954. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/epilepsy-and-the-functional-anatomy-of-the-human-brain/oclc/654852> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
2. Milena Cardona-Moncada S., Solarte-Milla R., Pineda-Salazar D. *Alteraciones en las ejecuciones viso-perceptuales en pacientes con síndromes electro-clínicos de epilepsias del lóbulo temporal y frontal*. Acta Neurol Colomb. 2017; 33(4): 230-241. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v33n4/0120-8748-anco-33-04-00230.pdf> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
3. Ortiz Giraldo B, Naranjo Atehortúa LF, Cornejo Ochoa JW, Solarte Mila RA. *Características clínicas, electroencefalográficas e imagenológicas de adultos con epilepsia del lóbulo temporal del Programa de Epilepsia de la Universidad de Antioquia: estudio descriptivo-retrospectivo en Medellín 2008-2012*. Acta Neurol Colomb. 2017; 33(4): 214-218. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v33n4/0120-8748-anco-33-04-00214.pdf> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
4. SOTO V, Á.; MORALES I, G.; POLLAK W, D. y JARA S, V. *Análisis de las consultas neurológicas en el Servicio de Urgencia de un hospital terciario*. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2016; 54 (2): 93-101. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v54n2/art03.pdf> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
5. Guzmán-Jiménez D. E., Velasco-Monroy A. L. *Alteraciones Genéticas y Pruebas Citogenéticas relacionadas con Epilepsia de Lóbulo Temporal Mesial*. Revista Mexicana de Neurociencia Septiembre – Octubre, 2015; 16(5): 39-47. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2015/rmn155d.pdf> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
6. López-Ruiz E., Vega-Flores G., Contreras-Cisneros B., Martínez A., Rivera-García A.P. *Efecto de las crisis epilépticas parciales y generalizadas sobre la arquitectura del sueño en ratas*. Rev Neurol 2015; 60 (7): 289-295 Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/274090132\\_Effect\\_of\\_partial\\_and\\_generalised\\_epileptic\\_seizures\\_on\\_sleep\\_architecture\\_in\\_rats](https://www.researchgate.net/publication/274090132_Effect_of_partial_and_generalised_epileptic_seizures_on_sleep_architecture_in_rats) [Consultado el 04 de Enero de 2019]

7. Ladino L.D., Benjumea-Cuartas V., Díaz-Marín D.M., López-González R., Orozco-Hernández J.P., Bedoya-Rodríguez P., Téllez-Zenteno J.F. *Percepciones y actitudes de los pacientes frente a la cirugía de la epilepsia: conceptos equivocados en Colombia* Rev Neurol 2018;67 (01):6-14 Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2018015> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
8. Murillo Alvarez R. *Epilepsia Refractaria Tratada Mediante Hemisferectomía, experiencia, análisis retrospectivo y resultados sobre la casuística de pacientes tratados en el Hospital Nacional De Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, en el periodo comprendido entre los años 1993-2014.* Tesis doctoral. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Costa Rica. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/4222/1/38233.pdf> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
9. Campos M., Ríos L., Solari F., Varela X., Otayza F. *Consideraciones quirúrgicas propias de la epilepsia en niños, comentarios sobre Perú.* Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/2571> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
10. Delgado J. C., Vázquez C. M., Zapata W., Mija L., Cuenca J., Steven D. A. et al. *Reporte del primer caso de lobectomía para el tratamiento de epilepsia refractaria de lóbulo temporal en el Perú.* Rev. Neuropsiquiatra, 80(2): 151-454. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972017000200009&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972017000200009&lng=es). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v80i2.3095>. [Consultado el 04 de Enero de 2019]
11. Burneo Jorge G, Steven David A, Arango Miguel, Zapata Willy, Vásquez Carlos M, Becerra Alicia. *La cirugía de epilepsia y el establecimiento de programas quirúrgicos en el Perú: El proyecto de colaboración entre Perú y Canadá.* Rev. Neuropsiquiatr vol.80 no.3 Lima jul./set. 2017. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972017000300005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972017000300005) [Consultado el 04 de Enero de 2019]
12. Delgado Ríos J. C. *Calidad de vida del paciente con epilepsia. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Junio 2006 – Diciembre 2007.* Tesis doctoral. UNMSM. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4088/Delgado\\_rj.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4088/Delgado_rj.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Consultado el 04 de Enero de 2019]

13. Mejía-Tupa M. A., Pérez-Galdos P., Tori-Murgueytio A., Del Solar-Tafur M., Anicama-Lima W. E., Campos-Puebla M. G. *Cirugía de epilepsia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara: primeros siete casos*. Acta méd. peruana vol.31 no.4 Lima oct./dic. 2014. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172014000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172014000400002&script=sci_arttext) [Consultado el 04 de Enero de 2019]
14. Acevedo C., Miranda C., Campos M., Caraballo R., Carpio A., Cuadra L., De Marinis A., Fandiño J., Forster J., Fuentes D., Gonzalez S. Gutierrez J., Min L., Meischenguisser R., Mesa T., Napolitano C. *Informe sobre la epilepsia en Latinoamérica*. Panamá:AG Publicidad;2008. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/informe\\_sobre\\_epilepsia.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/informe_sobre_epilepsia.pdf) [Consultado el 04 de Enero de 2019]
15. De Felipe J., Arellano J.I., Alonso L., Muñoz A.. *Neuropatología de la epilepsia del lóbulo temporal: alteraciones primarias y secundarias de los circuitos corticales y epileptogenicidad*. [REV NEUROL 2002;34:401-408] Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2001403> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
16. Cardona-Moncada S. M., Solarte-Milla R., Pineda-Salazar D. *Alteraciones en las ejecuciones viso-perceptuales en pacientes con síndromes electro-clínicos de epilepsias del lóbulo temporal y frontal*. Acta Neurol Colomb, 33( 4 ): 230-241. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22379/24224022161>. [Consultado el 04 de Enero de 2019]
17. Guzmán-Jiménez D. E., Velasco-Monroy A. L. *Alteraciones Genéticas y Pruebas Citogenéticas relacionadas con Epilepsia de Lóbulo Temporal Mesial*. Rev Mex Neuroci 2015; 16(5): 39-47 Disponible en: <http://revmexneuroci.com/articulo/alteraciones-geneticas-pruebas-citogeneticas-relacionadas-con-epilepsia-de-lobulo-temporal-mesial/> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
18. Cendes, F. *Mesial Temporal lobe epilepsy syndrome: an updated overview*. J Epilepsy Clin Neurophysiol. 2005 Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-26492005000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-26492005000300006) [Consultado el 04 de Enero de 2019]
19. González de la Aleja Tejeraa J., Sepúlveda Sáncheza J.M., Simón de las Herasa R., Muñoz González A., Saiz Díaz R.A., Rodríguez Peña-

- Marina M., Camacho Salasa A., Mateos Beatoa F. *Epilepsia del lóbulo temporal. Clasificación etiológica en 61 pacientes en edad pediátrica*. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es-epilepsia-del-lobulo-temporal-clasificacion-articulo-S1695403308720514> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
20. Foldvary-Schaefer, N. & Unnwongse, K. *Localizing and lateralizing features of auras and seizures*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20926350> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
21. Kennedy J y Schuele S. *Neocortical temporal lobe epilepsy*. J Clin Neurophysiol; 29, 366-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23027092> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
22. Téllez J, Hernández L, Moien F y Wiebe s. *Surgical outcomes in lesional and non-lesional epilepsy: a systematic review and meta-analysis*. Epilepsy Res .2010; 89, 310-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20227852> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
23. Martino G. H., Martino R. H.. *Manual de epilepsia*. Serie Textos Neuropediátricos Básicos. 1ra. Edición. Editorial Nobuko. 2007. P.p. 73-93
24. Medina Malo C.. *Epilepsia: aspectos clínicos y psicosociales*. Editorial Medica Panamericana.2004. P.p. 36 – 44.
25. Fernández J.L – Torre, R. Gutiérrez-Pérez, M. Velasco-Zarzosa. *Estado epileptico no convulsivo*. Revista de neurologia 37(8):744-52 · October 2003. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/9029434\\_Non-convulsive\\_status\\_epilepticus](https://www.researchgate.net/publication/9029434_Non-convulsive_status_epilepticus) [Consultado el 04 de Enero de 2019]
26. Maestú F., Martín P., de Sola R.G., Obregón M.C.D., Gómez-Utrero E., Fernández A., Sánchez A., Paul N. y Ortiz T. *Neuropsicología de la epilepsia parcial temporal: comparación entre pacientes farmacorresistentes y pacientes controlados farmacológicamente*. Rev Neurol. 2000 Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3277> [Consultado el 04 de Enero de 2019]

27. Volcy-Gómez M.. *Epilepsia del lóbulo temporal mesial: fisiopatología, características clínicas, tratamiento y pronóstico*. Disponible en: <http://sfb55068d25a70fdb.jimcontent.com/download/version/1445959159/module/4758943760/name/Epilepsia%20del%20l%C3%B3bulo%20temporal%20mesial.pdf> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
28. Reyes Botero G., Santiago Uribe C. *Epilepsia refractaria*. Acta Neurol Colomb Vol. 26 No. 1 Marzo 2010. Disponible en: [https://www.acnweb.org/acta/acta\\_2010\\_26\\_1-33-46.pdf](https://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_1-33-46.pdf) [Consultado el 04 de Enero de 2019]
29. Villarejo Ortega F. *Tratamiento de la epilepsia*. Ediciones Díaz de Santos S.A; 1998 P.p. 29-39.
30. Fejerman, C. *Epilepsias focales benignas en lactantes, niños y adolescentes*. Editorial Medica Panamericana.2008. P.p. 5 – 13
31. Cramer, J.A., Ben Menachem, E. & French, J. *Review of treatment options for refractory epilepsy*. 2001. 47 (1-2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11673017> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
32. Bragatti Winckler M. I., Dos Santos Riesgo R., Ohlweiler L., Ranzan J., Tellechea Rotta N.. *Indicaciones quirúrgicas de la epilepsia en la niñez*. Medicina (B. Aires), 67 (6 Suppl 1): 614-622. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802007000700010&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802007000700010&lng=es). [Consultado el 04 de Enero de 2019]

## BIBLIOGRAFÍA

33. Bender del Busto JE, Morales Chacón L, García Maeso I, García Navarro ME, *Evaluación clínica pre y posquirúrgica de pacientes con epilepsia refractaria del lóbulo temporal*. Estudio preliminary. Rev Mex Neuroci 2006; 7(2): 112-119
34. Lennart Gram, M. *Epilepsia*. Editorial Médica Panamericana. 1995. P.p. 33 – 46.
35. Megiddo I, Colson A, Chisholm D, Dua T, Nandi A, y Laxminarayan R. *Health and economic benefits of public financing of epilepsy treatment in India: An agent-based simulation model*. Epilepsia Official Journal of the International League Against Epilepsy doi. 2016; 10,11-11. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/epi.13294> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
36. Morán Vázquez J. Ó., Arceo Díaz J. L.. *Diagnóstico y tratamiento en pediatría*. Editorial Manual Moderno. 2008. P.p 652 – 659.
37. Nogales-Gaete J., Donoso S. A. , Verdugo R. J.. *Tratado de Neurología Clínica*. 1ra. Edición. Editorial Universitaria. 2005. P. p. 215
38. Palacios L. *EPILEPSIA*. rev.colomb.psiquiatr. 1999; 28(2): 146-156. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74501999000200007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74501999000200007&lng=en). [Consultado el 04 de Enero de 2019]
39. Peña Ceballos Javier. *Epilepsia del lóbulo temporal y papel de la enfermería*. 2015. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7461/Pe%C3%B1aCeballosJ.pdf?sequence=1> [Consultado el 04 de Enero de 2019]
40. Pérez Poveda J. C., Bulacio J. C., Espinosa E. *Epilepsia en niños, Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. 1ra. Edición. 2014. P.p. 1 – 10.
41. Velásquez A., Minaya P., Grillo P., Ruíz S. Puma de Comesaña N., Cutipé Y. *Guía de práctica clínica de epilepsia*. Primera Edición. Perú. Diciembre 2015. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3392.pdf> [Consultado el 04 de Enero de 2019]

# **ANEXOS**

## ANEXO 1: Operacionalización de Variables

**ALUMNO:** Juan Diego Seminario Llaja

**ASESOR:** Roy Angulo Reyes

**LOCAL:** Universidad Privada San Juan Bautista

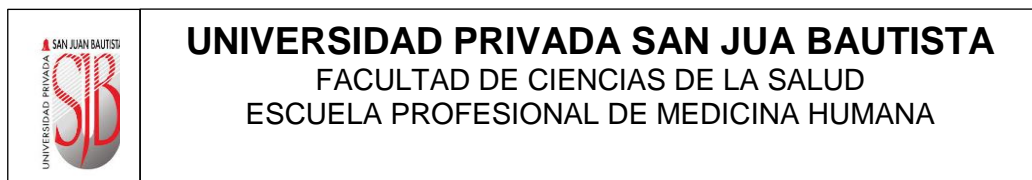
**TEMA:** Características clínicas y demográficas pre cirugía de pacientes con epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo Julio a Diciembre 2017

<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> La epilepsia			
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Características clínicas de la crisis del lóbulo temporal			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Antecedente y tiempo de enfermedad	1	Nominal.- descriptivo, de los signos y síntomas	Ficha clínica
Alteración del sueño	2		
Transtorno emocional	3		
Pérdida de conciencia	4		
Temblores y problemas motores	5		
Lateralización del Lenguaje(problemas)	6		
Frecuencia y tipo de Crisis	7		
Amnesia	8		
Deterioro cognitivo	9		

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Características demográficas de los pacientes epilépticos del lóbulo temporal			
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Edad de debut de la enfermedad	1	Intervalo	Ficha de recolección de datos preoperatoria
Incidencia por grupo etario	2	Nominal	
Masculino	1	Nominal	
Femenino	2	Nominal	
Incidencia por sexo	3	Nominal	
Mestizos	1	Nominal	
Blancos	2	Nominal	
Negros	3	Nominal	
Orientales	4	Nominal	



## ANEXO 2: Instrumento



**Título:** Características clínicas y demográficas pre cirugía de pacientes con epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo Julio a Diciembre 2017

**Autor:** Juan Diego Seminario Llaja

**Fecha:** Setiembre 2017

### FICHA CLINICA

Número de ficha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### I. DATOS GENERALES:

**Nombre:**

**Edad:**

**Lugar y Fecha de nacimiento:**

**Sexo:** Femenino ( ) Masculino ( )

**Grupo Étnico:** Mestizo ( ) Blancos ( ) Negros ( ) Oriental ( )

**Ocupación:**

**Estado civil:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Informante o Testigo:**

**Remitido por:**

**Fecha de evaluación:**

#### II. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Parentesco	Enfermedad





**Título:** Características clínicas y demográficas pre cirugía de pacientes con epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo Julio a Diciembre 2017

**Autor:** Juan Diego Seminario Llaja

**Fecha:** Setiembre 2017

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PREOPERATORIA

Características demográficas

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Raza: Mestiza \_\_\_\_\_ Blanca \_\_\_\_\_ Negra \_\_\_\_\_ Oriental \_\_\_\_\_

Tiempo de enfermedad \_\_\_\_\_

Diagnostico \_\_\_\_\_

Lateralidad del lenguaje izquierda \_\_\_\_\_ derecha \_\_\_\_\_

Déficits de actividad mental

IQ \_\_\_\_\_

Memoria derecha alterada \_\_\_\_\_ déficit leve \_\_\_\_\_ normal \_\_\_\_\_

Memoria izquierda alterada \_\_\_\_\_ déficit leve \_\_\_\_\_ normal \_\_\_\_\_

Lenguaje alterado \_\_\_\_\_ normal \_\_\_\_\_

Déficit Motor \_\_\_\_\_ Alteración del Sueño \_\_\_\_\_

Diagnostico por el que son operados \_\_\_\_\_

## ANEXO 3: Validez de Instrumentos – Consulta de Experto

### Informe de Opinión de Experto

#### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Talavera Aguilar Johan*  
 1.2 Cargo e institución donde labora:  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: *Fecha de recolección de datos*  
 1.5 Autor (a) del instrumento: Juan Diego Seminario Llaja

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					81%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					81%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre <i>las características técnicas y demográficas</i> (variables).					81%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					81%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					81%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer <i>los</i> <del>relaciones</del> <i>relación</i> a las variables).					81%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					81%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					81%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación <i>Descriptiva</i> (tipo de investigación) <i>de corte transversal y prospectiva</i>					81%

#### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

*Aplica* ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

#### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

81%

Lugar y Fecha: Lima, Enero de 2018

Firma del Experto

D.N.I N° *06820080*

Teléfono *920901884*

*Talavera*  
 Johan Talavera Aguilar  
 C.Ps.P. 20303  
 Asesor Estadístico

## Informe de Opinión de Experto

### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Alvarez Simonetti Luis Miguel*  
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Hospital Nacional Edgardo Rebagliati*  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento:  
 1.5 Autor (a) del instrumento: Juan Diego Seminario Llaja

### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre <i>constantes... (variables) clínicas y demográficas</i>				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer <i>las relaciones de los ítems y..... (relación a las variables) de los ítems</i>				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación <i>descriptiva (tipo de investigación) de corte transversal, descriptiva, prospectiva</i>				80%	

### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

*Aplica* ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN


80%

Lugar y Fecha: Lima, \_\_ Enero de 2018

Firma del Experto

D.N.I N° *02852942*

Teléfono *96756036*

  
**EsSalud - INER**  
 RED ASISTENCIAL REBAGLIATI  
 DR. LUIS M. ALVAREZ SIMONETTI  
 Jefe de Dpto. de Neurocirugía  
 CMP: 11526 RNE. 8251

## Informe de Opinión de Experto

### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Angelo Reyes Roy  
 1.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento:  
 1.5 Autor (a) del instrumento: Juan Diego Seminario Llaja

### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre <u>las variables estadísticas</u> (variables) <u>clásicas y demográficas</u>				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer <u>los</u> <u>característicos</u> <u>clásicos</u> <u>y</u> <u>demográficos</u> <u>relación</u> <u>a</u> <u>las</u> <u>variables</u> ).				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación <u>transversal</u> <u>y</u> <u>prospectiva</u> (tipo de investigación)				80%	

### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

80%

Lugar y Fecha: Lima, \_\_ Enero de 2018

Firma del Experto  
 D.N.I N° 04180093  
 Teléfono 922354100

  
M. G. Reyes Roy Angelo Reyes  
 C.M.P. 32882

## ANEXO 4: Matriz de Consistencia

**ALUMNO:** Juan Diego Seminario Llaja

**ASESOR:** Dr. Roy Angulo Reyes

**LOCAL:** Universidad Privada San Juan Bautista – Sede Chorrillos

**TEMA:** Características clínicas y demográficas pre cirugía de pacientes con epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo Julio a Diciembre 2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>General:</b></p> <p>PG: ¿Cuáles son las características clínicas y demográficas pre-cirugía de los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>PE1: ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes epilépticos previos a la cirugía?</p> <p>PE2: ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes epilépticos previos a la cirugía, y su incidencia en nuestra muestra?</p>	<p><b>General:</b></p> <p>OG: Describir las características clínicas y demográficas pre quirúrgicas de los pacientes con Epilepsia del Lóbulo temporal a realizarse en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Nivel IV)</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>OE1: Conocer las características clínicas de los pacientes epilépticos previos a la cirugía.</p>	<p><b>General:</b></p> <p>La presente investigación por ser de naturaleza descriptiva no cuenta con hipótesis.</p>	<p><b>Variable Dependiente:</b> La epilepsia</p> <p><b>Variable Independiente 1:</b> Características clínicas de la crisis del lóbulo temporal</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antecedente de epilepsia</li> <li>2. Tiempo de enfermedad</li> <li>3. Alteración del sueño</li> <li>4. Trastorno emocional</li> <li>5. Pérdida de conciencia</li> <li>6. Temblores de brazos y/o piernas</li> <li>7. Problemas de lenguaje</li> <li>8. Frecuencia de crisis</li> <li>9. Tipo de crisis</li> <li>10. Amnesia</li> <li>11. Deterioro cognitivo</li> <li>12. Problemas motores</li> </ol>

	OE2: Describir las características demográficas de los pacientes epilépticos previos a la cirugía.		<b>Variable Independiente 2:</b> Características demográficas de los pacientes epilépticos del lóbulo temporal <b>Indicadores:</b> Edad Sexo Grupo étnico
<b>Diseño metodológico</b>		<b>Población y Muestra</b>	<b>Técnicas e Instrumentos</b>
<p>- Nivel : Estudio exploratorio</p> <p>- Tipo de Investigación: Estudio descriptivo, de corte transversal y prospectivo.</p>		<p>Población: Pacientes del Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p> <p>N = : 60 pacientes</p> <p>Criterios de Inclusión: Dx. de Epilepsia del lóbulo temporal.</p> <p>Criterios de exclusión: Los demás pacientes que acuden al Servicio de Neurología y Neurocirugía</p> <p>N=: 60 (Población Objetiva)</p> <p>Tamaño de muestra: 60</p> <p>Muestreo: No probabilístico dirigido a pacientes de pre cirugía con el Dx. de Epilepsia del lóbulo temporal.</p>	<p>Técnica: Se utilizó medidas estadísticas mediante el programa SPSS versión 24, para lo que se obtuvo las siguientes mediciones estadísticas: la media aritmética, la t de student. La frecuencia y porcentajes de frecuencia en cada una de las tablas descritas efectuando la utilización de la estadística descriptiva para la meta del análisis.</p> <p>Instrumentos: Ficha clínica Ficha de recolección de datos preoperatoria</p>



