



# UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Asociación entre estilos de vida y pacientes con epilepsia refractaria atendidos en  
el Hospital Daniel Alcides Carrión, en el periodo 2022

## PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Neurología

### AUTORA

Gomez Flores, Lucia Gabriela

(0000-0002-2507-719X)

### ASESOR

Alva Díaz, Carlos Alexander

(0000-0003-3584-7298)

**Lima, Perú**

**2024**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autora**

Gomez Flores, Lucia Gabriela

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 47702075

### **Datos de asesor**

Alva Díaz, Carlos Alexander

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 42611921

### **Datos del Comité de la Especialidad**

PRESIDENTE: Díaz Vásquez, José Alberto

DNI: 08426558

Orcid: 0000-0002-3486-6238

SECRETARIO: Galindo Talavera, Diego Josué

DNI: 43891631

Orcid: 0000-0001-6943-8877

VOCAL: Morales Villanueva, Elfren Oswaldo Juan

DNI: 07941486

Orcid: 0000-0002-7799-5507

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.25

Código del Programa: 912729

## ANEXO N°1

### DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Lucia Gabriela Gomez Flores, con código de estudiante N° 202113070, con DNI N° 47702075, con domicilio en Calle Coronel Inclan 553, distrito Miraflores, provincia y departamento de Lima, en mi condición de Médica Cirujana de la Escuela de Residentado Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

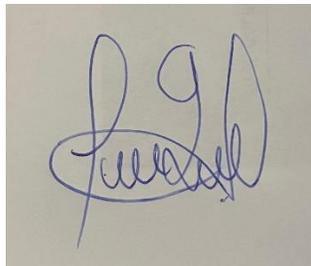
El presente Proyecto de Investigación titulado: "Asociación entre estilos de vida y pacientes con epilepsia refractaria atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión, en el periodo 2022" es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Carlos Alexander Alva Díaz, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 5% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 08 de agosto de 2024



\_\_\_\_\_ Gomez Flores, Lucia Gabriela \_\_\_\_\_

Firma

(Nombre completo)

\_\_\_\_\_ 47702075 \_\_\_\_\_

(N° DNI)

# Asociación entre estilos de vida y pacientes con epilepsia refractaria atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión, en el periodo 2022

## INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[repositorio.urp.edu.pe](https://repositorio.urp.edu.pe)

Fuente de Internet

2%

2

Submitted to Pontificia Universidad Católica del Peru

Trabajo del estudiante

1%

3

[repositorio.puce.edu.ec](https://repositorio.puce.edu.ec)

Fuente de Internet

1%

4

[hdl.handle.net](https://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

< 20 words

Excluir bibliografía

Activo

## RESUMEN

**PRELIMINAR:** La definición de un estilo de vida sano es una agrupación de comportamientos relativamente constante individual o grupal y su relación estrecha con la salud, estos tipos de conducta y de comportamiento son un modo usual de respuesta a situaciones variables que cada ser humano puede hacer para alcanzar un desarrollo y una estabilidad sin perjudicar su propio equilibrio, por otro lado; La epilepsia refractaria (ER) o también llamada resistente a fármacos tiene por definición que no se obtenga una mejoría adecuada con combinaciones o formatos aceptables de FAC y opciones no farmacológicas, en un periodo de tiempo aceptable desde el momento en el que se diagnosticó la enfermedad. Este proyecto contribuye de manera relevante y de peso a la neurología ya que estudia una faceta importante de la rama de neurología que se encarga de diagnosticar y tratar epilepsia (epileptología clínica) que es conocer o identificar cuáles son los factores predictores o relacionados para que se genere una Epilepsia Refractaria, este aspecto no ha sido estudiado de manera óptima y que no existe mucha literatura al respecto y teniendo en cuenta la consecuencia que tiene en el manejo ya sea clínico como terapéutico.

**OBJETIVO:** Definir la asociación, si es que existiera, entre los estilos de vida y pacientes con epilepsia refractaria atendidos en el HNDAC, en el periodo 2022.

**METODOLOGIA:** El siguiente estudio será de tipo transversal, retrospectivo en el tiempo y por ultimo observacional. : Se considera la totalidad de pacientes con diagnóstico de ER que acuden por consultorio ambulatorio de Neurología del HNDAC en el periodo del 2022. Con un Tipo y técnica de muestreo que será no probabilístico y será por conveniencia.

**RESULTADOS ESPERADOS:** Se espera encontrar asociación entre lo que se considera un mal estilo de vida y pacientes que lleguen al diagnóstico de una epilepsia refractaria.

**Palabras clave:** estilos de vida, epilepsia refractaria, factores de riesgo.

## **ABSTRACT**

**PRELIMINARY:** The definition of a healthy lifestyle is a grouping of relatively constant individual or group behaviors and their close relationship with health. These types of conduct and behavior are a usual way of responding to variable situations that each human being can do. to achieve development and stability without harming its own balance, on the other hand; Refractory epilepsy (RE) or also called drug-resistant epilepsy has by definition that adequate improvement is not obtained with acceptable combinations or formats of FAC and non-pharmacological options, in an acceptable period of time from the moment the disease was diagnosed. . This project contributes in a relevant and important way to neurology since it studies an important facet of the branch of neurology that is responsible for diagnosing and treating epilepsy (clinical epileptology), which is knowing or identifying the predictive or related factors for it to occur. generate Refractory Epilepsy, this aspect has not been studied optimally and there is not much literature on the matter and taking into account the consequence it has on management, whether clinical or therapeutic.

**OBJECTIVE:** Define the association, if any, between lifestyles and patients with refractory epilepsy treated at the HNDAC, in the period 2022.

**METHODOLOGY:** The following study will be cross-sectional, retrospective in time and finally observational. : All patients with a diagnosis of RD who attend the HNDAC Neurology outpatient clinic in the period of 2022 are considered. With a type and sampling technique that will be non-probabilistic and will be for convenience.

**EXPECTED RESULTS:** It is expected to find an association between what is considered a bad lifestyle and patients who reach the diagnosis of refractory epilepsy.

**Keywords:** lifestyles, refractory epilepsy, risk factors.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2 Formulación del problema.....	2
1.3 Línea de investigación.....	2
1.4 Objetivos: General y específicos.....	2
1.4.1 General.....	2
1.4.2 Específicos.....	2
1.5 Justificación.....	3
1.6 Delimitación.....	3
1.7 Viabilidad.....	3
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>4</b>
2.1 Antecedentes de investigación.....	4
2.2 Bases teóricas.....	6
2.3 Definiciones conceptuales .....	15
2.4 Hipótesis .....	16
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....</b>	<b>17</b>
3.1 Tipo de estudio.....	17
3.2 Diseño de investigación .....	17
3.3 Población y muestra.....	17
3.3.1 Población .....	17
3.3.2 Muestra.....	17
3.3.3 Selección de la muestra.....	17
3.4 Operacionalización de variables .....	18

3.4.1 Variables.....	18
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	18
3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos .....	18
3.7 Aspectos éticos .....	19
<b>CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA .....</b>	<b>19</b>
4.1 Recursos.....	19
4.2 Cronograma .....	19
4.3 Presupuesto .....	20
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>21</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>26</b>
1. MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	26
2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	26
3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	30
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	35

## **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

#### **Estilo de vida**

Fue definido en 1986 por la OMS como una manera de vivir que encontró sustento en su relación entre los patrones personales de conducta y las condiciones de tipo de vida de manera global determinado por variables culturales y sociales además de características personales. <sup>1</sup>La definición de un estilo de vida óptimo es una agrupación de comportamientos relativamente constante individual o grupal y esta tiene una relación estrecha con la salud, estos tipos de conducta y de comportamiento son un modo usual de respuesta a situaciones variables que cada ser humano puede hacer para alcanzar un desarrollo y una estabilidad sin perjudicar su propio equilibrio y su interacción con el medio ambiente, tanto como el medio social y laboral en el cual están incluidos que son observados como un tipo de vida con una mínima cantidad de factores estresantes y dañinos para el bienestar y salud de cada persona en todas sus facetas, en el medio en el cual existen y se desarrollan<sup>2</sup>.

Epilepsia es la segunda afectación en la neurología de mayor frecuencia en la humanidad. Esta patología es de curso crónico y está presente en aproximadamente 50 millones de personas, y de esta gran cantidad el 80% de estas personas habitan en países en desarrollo. Se ha encontrado que la prevalencia en países del primer mundo es aproximadamente de 4 – 7 por 1000 personas, y en los países en desarrollo se calculó desde 15 – 20 por cada 1000 habitantes. Se calcula, que aproximadamente en Latinoamérica, más del 50% de los pacientes no acuden ni reciben evaluaciones médicas<sup>3</sup>.

La epilepsia refractaria (ER) o también llamada resistente a fármacos tiene por definición que no se obtenga una mejoría adecuada con combinaciones o formatos aceptables de FAC y opciones no farmacológicas, en un periodo de tiempo aceptable desde el momento en el que se diagnosticó la enfermedad. Para

comprender de manera más absoluta se debe agregar otra parte relevante al óptimo control y manejo de las crisis epilépticas, por lo cual es que mencionamos en este proyecto de investigación; la calidad de vida de los pacientes con ER. La ILAE en su apartado de Terapéuticas dio por definición a la ER como el tipo de epilepsia en la cual ha habido un fallo o fracaso a dos FAC ya estos se hayan dado en monoterapia o combinados, que hayan sido tolerados adecuadamente por el paciente y elegidos apropiadamente de acuerdo a las características singulares del paciente y administrados apropiadamente para conseguir que se controlen o detengan las crisis epilépticas de manera sostenida, esto se puede traducir en que el paciente esté libre de presentar crisis epilépticas por un lapso de tiempo que por definición debe ser 3 veces al mayor tiempo que haya estado sin crisis epilépticas previo al tratamiento o 1 año. <sup>4</sup>

## **1.2 Formulación del problema**

¿Existe alguna o múltiple asociación entre estilos de vida y pacientes con epilepsia refractaria atendidos en el HNDAC, en el periodo 2022?

## **1.3 Línea de investigación**

### **1.4 Objetivos: General y específicos**

#### **1.4.1 General**

Definir la asociación, si es que existiera, entre los estilos de vida y pacientes con epilepsia refractaria atendidos en el HNDAC, en el periodo 2022.

#### **1.4.2 Específicos**

- Definir la asociación entre la actividad física y pacientes con ER evaluados en el HNDAC, en el periodo 2022.
- Identificar si existe asociación entre los hábitos alimentarios y pacientes con epilepsia refractaria atendidos en el HNDAC, en el periodo 2022.
- Evaluar la asociación entre el autocuidado y pacientes con ER evaluados en el HNDAC, en el periodo 2021 - 2022.

- Determinar si existe asociación entre hábitos nocivos y conductas de riesgo y pacientes con ER evaluados en el HNDAC, en el periodo 2022.
- Definir si existe asociación entre la salud mental (comorbilidades psiquiátricas) y pacientes con ER en el HNDAC, en el periodo 2022.

### **1.5 Justificación**

Este proyecto contribuye de manera relevante y de peso a la neurología ya que estudia una faceta importante de la rama de neurología que se encarga de diagnosticar y tratar epilepsia (epileptología clínica) que es conocer o identificar cuáles son los factores predictores o relacionados para que se genere una Epilepsia Refractaria, este aspecto no ha sido estudiado de manera óptima y que no existe mucha literatura al respecto y teniendo en cuenta la consecuencia que tiene en el manejo ya sea clínico como terapéutico. En este proyecto ha sido revisado si es que hay una asociación entre diferentes estilos de vida y los pacientes con diagnóstico de ER que hayan sido captados tanto por consultorio externo, teleconsulta, emergencia y hospitalización del HNDAC, este estudio ayudara a poder reconocer de manera oportuna si es que alguno de estos tipos de estilos de calidad de vida está más asociado a pacientes con ER en nuestra medio poblacional, lo subsecuentemente podría contribuir de manera significativa y globalmente a la comunidad científica. Y principalmente reconocer cuales de estos estilos de vida pueden ser modificados para así evaluar la posibilidad de disminuir la prevalencia de pacientes con Epilepsia refractaria.

### **1.6 Delimitación**

Pacientes que fueron evaluados y diagnosticados con ER atendidos en el HNDAC, en el año 2022.

### **1.7 Viabilidad**

Este Protocolo pasará por Comité de Ética de la URP y del HNDAC; asimismo, solicitaremos a la oficina de Epidemiología, de la población seleccionada para el estudio, el número de teléfono y correo, y se les enviará por mensaje de texto y correo, el link de la encuesta a utilizar, la cual contendrá el consentimiento informado en congruencia a los estilos de vida relacionados a ER.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de investigación**

Fray S, et al. (2015): caso-control en el Hospital Charles-Nicolle en Túnez en el departamento de Neurología, tuvo el objetivo de reconocer cuales son los factores predictores que se pueden encontrar de manera temprana en la ER. Fueron evaluados 67 personas con diagnóstico de ER de un número total de 600 niños con epilepsia y los siguieron por 2 años, los controles fueron los pacientes que consiguieron una buena respuesta a los FAC y sin presentar crisis mínima por 2 años; se encontró que: presentar la primera crisis antes del año de vida, crisis focales fueron predictores. Este artículo indicaría que la forma en la que la epilepsia se presentó de manera inicial podría servir para determinar el pronóstico a y su evolución a epilepsia farmacorresistente si se realiza una adecuada anamnesis, examen físico neurológico y exámenes auxiliares <sup>5</sup>.

Voll, A., et al. (2015) desarrollaron un estudio de tipo caso-control en la División de Neurología, tuvieron como objetivo definir cuáles fueron las variables que influyeron en el desarrollo de ER en pacientes de edad adulta y que desarrollaron epilepsia generalizada. En este caso se admitieron 118 pacientes entre 18 y 75 años, Se encontró que 44 de ellos (37%) fueron reconocidos como pacientes con ER a los fármacos anticrisis y 74 (63%) respondieron adecuadamente al FAC. Se encontraron como factores de riesgo: que se haya realizado el diagnóstico de epilepsia antes de los 12 años, historia previa de status epiléptico, retraso en el desarrollo, y epilepsia criptogénica <sup>6</sup>.

Se encontró que los factores protectores fueron: buena respuesta al primer FAC, presencia de antecedente de crisis febriles y la etiología idiopática. En el análisis se encontró que solo dos variables presentaron significancia estadística: retraso en el desarrollo, y más de un tipo de crisis epiléptica<sup>6</sup>.

Viteva E. (2014) realizó un estudio caso-control y tuvo el objetivo de reconocer los factores que puedan predecir la ER y los hallazgos que se encuentren clínicamente y típicamente en esos pacientes. Se encontró que 70 pacientes adultos con ER, los cuales fueron los casos y los controles fueron 70 pacientes con epilepsia sensible a FAC, los dos grupos con edad y sexo similares; en los que se usó la escala de Liverpool a la cual evalúa la severidad de las crisis, la cual completada por el 84.29% de pacientes con ER. Además, encontraron que los predictores significativos y los hallazgos típicos de epilepsia refractaria fueron: herencia para epilepsia, crisis febriles, epilepsia focal, alta frecuencia inicial de crisis poca o nula disminución de crisis con el primer FAC, estado epiléptico en la historia de la enfermedad, primera crisis en la infancia (antes de los 14 años), gran número de fármacos anticrisis ineficaces, y polifarmacia. Y se encontró que los predictores significativos de ER fueron polifarmacia, inicio en la infancia, y gran número (mayor a 4) de fármacos anticrisis ineficaces<sup>7</sup>.

Kalilani et al. (2018) en una revisión sistémica, tuvieron el objetivo de identificar los estudios epidemiológicos sobre ER. Fueron seleccionados 35 artículos de un conjunto de 1711 estudios, en ellos encontraron la incidencia, prevalencia y variables de riesgo en pacientes en tratamiento con FAC<sup>8</sup>.

Se encontró además que para desarrollar ER existió una asociación a la presencia de trastornos neuropsiquiátricos. Los cálculos de OR fueron 3.38 para pacientes con discapacidad intelectual, OR: 1.93 para pacientes con diagnósticos de enfermedades psiquiátricas y OR: 8.61 para los pacientes con patologías neurológicas<sup>8</sup>.

Orejon D, (2017) realizó un estudio que tuvo como objetivo identificar la certeza de un instrumento para valorar los estilos de vida en estudiantes que cursaban la carrera de medicina y su estilo de vida, se realizó el cuestionario a 332 estudiantes y tuvo como conclusión: que el instrumento es válido y fiable de manera adecuada. Se encontró que 85% se beneficiarían de una mejora en su estilo de vida<sup>9</sup>.

V. Salado – Medina (2018) realizó un estudio en el cual valoran la adhesión al tratamiento, el estigma social y la calidad de vida, dicho estudio obtuvo como conclusión que aquellos que cuentan con una adecuada calidad de vida tuvieron una buena adhesión al tratamiento de fármaco anticrisis. Se detectó que muy pocos percibían estigma social, pero los pacientes prefieren no mencionar el diagnóstico para así evitar el estigma social<sup>10</sup>.

Moreno – Mayorga B (2023) El objetivo de este estudio fue encontrar variables psicosociales relacionados con la idea de calidad de vida en pacientes epilépticos. Se encontró como conclusión que los hábitos de autocuidado, adhesión a los FAC, tiempo sin presentar crisis epilépticas e incapacidad física o mental; fueron 4 puntos muy relevantes y fundamentales para la calidad de vida. <sup>11</sup>.

Rodríguez Fernández M (2016) realizó el trabajo de grado Epilepsia y calidad de vida, factores determinantes, El objetivo fue resaltar y manifestar la importante repercusión que imponen las comorbilidades asociadas a la enfermedad de epilepsia en la calidad de vida de los evaluados. Concluyeron pese que la epilepsia es una enfermedad definida por la presencia de múltiples crisis, influyen varias comorbilidades asociadas que se relacionan a un pronóstico negativo en la calidad de vida de los evaluados. Estas comorbilidades son principalmente los trastornos mixtos, ansiedad y depresión; la polifarmacia y los efectos secundarios que provocan; y las limitaciones en su ámbito social y laboral. Se indica además que se requiere un manejo multidisciplinario en el cual se trate el manejo de las crisis epilépticas y además se traten los otros factores. E incluso se menciona la posibilidad del uso de escalas para realizar una evaluación de la calidad de vida y así no pasar de manera desapercibida los probables trastornos asociados que pudieran haber<sup>12</sup>.

## **2.2 Bases teóricas**

En el artículo “A new perspective on the health of Canadians”. Se aborda la definición de estilo de vida, además se menciona la importancia de las costumbres y sus definiciones acerca las personas y la salud, y se obtuvo como conclusión que la definición de estilo de vida es el grupo de elecciones personales que tienen relevancia en su salud individual y con las cuales tienen un control relativo. <sup>2</sup>

En 1980, la OMS participo en una reunión del Comité Regional para Europa, concluyeron que: una forma de vida que se basa en la relación entre las condiciones de vida en un sentido global y los tipos de conducta de cada persona en el contexto de que son influenciados por características personales y factores socioculturales, podría considerarse como una nueva definición para estilo de vida<sup>13</sup>.

En mencionada reunión no se logró obtener definición adecuada para el término “estilo de vida saludable”, así que se llegó a un consenso por la mayor cantidad de autores y llegar a la definición de “un grupo de patrones de conducta o hábitos que se relacionan de manera estrecha con la salud individual de las personas”<sup>14</sup>

Aproximadamente en el siglo XX, se dio a conocer una propuesta sobre estilos de vida abordado de manera epidemiológica y que estos podrían estar relacionados con enfermedades crónicas no trasmisibles. Actualmente, el estudio se re direccionó a las variables tanto de prevención como de riesgo relacionados a algunos estilos de vida de una personas supuestamente enfermos o sanos toma importancia en reconocer que los factores externos asociados con el estado social y económico evaluado por variables como los ingresos económicos, el trabajo realizado, la educación recibida, etc<sup>15</sup>

La definición que se podría mencionar sobre los estilos de vida es aquella que incluye un patrón conductual que debería incluir decisiones voluntarias o involuntarias. Las decisiones equivocadas o incorrectas visto de manera global, se podría desarrollar un individuo con un riesgo, que lo puede conllevar en el futuro a contraer enfermedades o fallecer<sup>16</sup>.

Un estilo de vida saludable está asociado a un grupo de actitudes maso menos estables de las personas que guardan tienen una relación cercana a la salud. Sin embargo, se evidencia a modo de respuesta un patrón de conducta a diversas circunstancias; entre ellos hábitos nocivos, las dietas ricas en carbohidratos o el sedentarismo, estos se podrían considerar algunos ejemplos de factores no saludables o riesgosos. Entre lo más típico a tener en cuenta sobre estilo de vida

de los adolescentes se menciona el ejercicio, el alcoholismo y tabaquismo, la dieta y además la percepción de salud que refieren las personas en cuestion<sup>17</sup>.

El estilo de vida está asociado a la manera de actuar que tienen los humanos en su diario vivir, y tiene sustento en las costumbres que estabilizan el comportamiento. Es así que puede considerarse como un patrón de varias dimensiones originado o desarrollado en la de una persona, y que se transmite linealmente en la salud de la persona, por lo tanto, se encuentra una asociación entre los aspectos económicos, psicosociales y culturales, que se hacen más evidentes en ciertas circunstancias sean desfavorables o favorables, ya sea, por una sola persona, un grupo y/o por la sociedad en general. <sup>18</sup>.

## **EPILEPSIA:**

### **CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN**

Para definir epilepsia; debe cumplir los siguientes criterios:

1. Al menos dos crisis no provocadas (o reflejas) con > 24 h de separación.
2. Una crisis no provocada (o refleja) y una probabilidad de presentar nuevas crisis durante los 10 años siguientes similar al riesgo general de recurrencia (al menos el 60 %) tras la aparición de dos crisis no provocadas.
3. Diagnóstico de un síndrome de epilepsia. <sup>19</sup>

### **CLASIFICACIÓN TIPOS DE EPILEPSIA**

Cuando se clasifica la crisis por su tipo, posteriormente se debe reconocer el tipo de epilepsia, y si es que es factible y se llega a completar los criterios diagnósticos se podría diagnosticar un síndrome epiléptico.

Se pueden clasificar en: Focal, generalizada, mixta, desconocida.

### **Etiologías**

Dentro de las posibles etiologías podemos encontrar:

- Estructural: se habla de una epilepsia con una etiología de origen estructural cuando hay evidencia de una lesión en las imágenes cerebrales la cual sería el origen de las crisis epilépticas. En la cual se incluyen tanto las causas infecciosa e inmune.
- Genética: si es que se evidencia un origen patogénico genético para epilepsia, o presencia de antecedentes familiares con diagnóstico de Epilepsia.
- Metabólica: esta es aquella causada por una condición metabólica genética o adquirida.
- Desconocida: cuando no se puede identificar la causa, lo que anteriormente se conocía como criptogenico.<sup>19</sup>

## **FISIOPATOLOGIA**

La gran mayoría de crisis se originan de manera localizada o focal y lo que ocurre en las de inicio generalizado es que se manera instantánea y simultánea en todo el encéfalo. Los impulsos, se originan de un grupo neuronal específico y la actividad eléctrica focal y patológica origina los impulsos necesarios en cuanto a, velocidad, espacio y magnitud, y así lograr recolectar mayor cantidad de redes neuronales en el SNC, con las que, de forma anormalmente coordinada, resulta en una descarga generalizada<sup>20</sup>.

### **Excitabilidad neuronal**

En el foco epileptogenico se encuentran neuronas que demuestran alteraciones en su estructura de la membrana celular, y esto acarrear a que sucedan cambios en el potencial de acción membrana y velocidad de conducción nerviosa.

Al contrario, con lo que ocurre con una neurona sin alteraciones, una cantidad muy pequeña de energía es necesitada al asi generar una reacción duradera es minima en estos casos.

Al generar respuestas que se propagan por todo el axón esto genera que los potenciales lleguen más rápidamente al umbral de estimulación, y esto a se

traduce en una neuroconduccion alta, la cual es mayor a la de una neurona en condiciones regulares.

Se hace evidente el rol importante de la actividad de los canales iónicos, tanto los que son dependientes de voltaje como los que son dependientes metabólicamente. Al ocurrir este fenómeno ocurre una disminución de la actividad neuronal inhibitoria que envían fibras aferentes al foco epileptogeno concomitantemente se aumenta la actividad neuronal excitatoria lo cual concluye en brotes epileptiformes breves, de frecuencia alta y que se limitan por si solas <sup>20</sup>. Estas crisis no tienen un inicio abrupto, sucede que el inicio es paulatino desde presentar cambios en las redes eléctricas neuronales en la corteza cerebral. Estos brotes de descargas epilépticas rítmicas, de frecuencia alta y regulares se limitan por si solas una vez que estos potenciales alcanzan una postsinapsis neuronal que se encuentra ya hiperpolarizada; el cual al terminar induce al inicio súbito de descargas eléctricas anómalas, que de manera no sincrónica al ritmo con el cual descarga a los demás grupos neuronales y se esparcen rápidamente por todo el cerebro. De esta manera es que las crisis no tienen un comienzo de manera abrupta, ya que desde una serie de eventos progresivos que sufre la actividad eléctrica cerebral del SNC<sup>20</sup>.

### **Receptores y Neurotransmisores**

A nivel pre sináptico ocurre la liberación de acetilcolina que se considera el que inicia la cadena sináptica eléctrica, sin embargo, es el glutamato el que incrementa y mantiene la sinapsis. Una vez que la neurona intermedia libera Glutamato y este ejerce su efecto en una receptora determinada, se activa una proteinkinasa la cual facilita el flujo persistente de  $Ca^{2+}$ , da lugar a la formación del compuesto  $Ca^{2+}$ /calmodulina, este activa a otros receptores facilitadores estos que aumentan la liberación de mayor cantidad de neurotransmisores, modifica la acciones mitocondriales que tienen relevancia en la supervivencia de la célula. Además, se reduce la actividad del neurotransmisor ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA); este es responsable de inhibir la neurotransmisión postsinápticas en circunstancias normales.

Es así, que cuando ocurre una disminución en la síntesis, liberación o puede que sea en el mismo número de receptores ubicados en la región postsináptica sobre los cuales actúa, disminuye la electronegatividad del potencial de acción, facilitando así que la membrana sea despolarizada por estímulos con una potencia menor, posteriormente se conforman potenciales de acción que se dispersan por toda la neurona postsináptica. Así mismo, ocurre que el aumento de la excitabilidad de la neurona en la postsinápsis facilita, la salida de los neurotransmisores Glu y aspartato.<sup>20</sup>

### **Propagación del estímulo**

Estas descargas tienen patrones que pueden incrementar en potencia sus estímulos, los que incrementan la amplitud de su onda, genera una despolarización de regiones vecinas que a su vez son partes neuronales anatómicamente y funcionalmente normales. Por lo tanto, el foco epileptiforme modifica en estructura y reorganiza sus redes, y las relaciona con circuitos neuronales sanos.

Esto tiene que ver con que las redes neuronales son diferentes a las patológicas y estas, dan paso a que el estímulo se produzca repetitivamente, y en un momento determinado ocurren cambios eléctricos en las membranas neuronales involucradas y esto produce la detención y la suspensión del proceso, a través de sucesos tales como:

- Producen lapsos refractarios absolutos o relativos, con una duración diferente de acuerdo a la región afectada.
- Caída de velocidad de neuroconducción.
- Hiperpolarización de las neuronas postsinápticas.
- Irrupción en la membrana permeable (a los iones)<sup>20</sup>
- Caída de cantidad del neurotransmisor liberado.

### **DIAGNOSTICO**

Diagnóstico clínico

Este es mayormente clínico y tiene su fundamento en un adecuado examen físico y anamnesis. Una cuidadosa historia clínica tomada tanto del paciente como de

los testigos del evento clínico es el aspecto más crítico para realizar un diagnóstico preciso.

## **Exámenes complementarios**

### **a) Electroencefalografía.**

#### **1. Electroencefalograma (EEG)**

Es un estudio complementario muy necesario para la evaluación de pacientes en estudio de epilepsia posible o probable.<sup>21</sup>

La evidencia de actividad electrográfica en el registro de electroencefalograma luego de una primera crisis, tiene un VPP de: 18% y 56%. Además, que puede brindar una localización de dicha actividad, gracias a lo cual se puede elegir un fármaco adecuado y también evaluar si este es efectivo o no.

Un EEG interictal patológico permite confirmar el diagnóstico, sin embargo, que se obtenga uno sin alteraciones, esto no indicaría que no existe un diagnóstico de epilepsia. Se ha encontrado una especificidad de 71% y sensibilidad de 61%.

La realización de EEG estándar de 30 – 40 minutos es beneficioso para encontrar e identificar y si es posible clasificar la epilepsia por su tipo, además de síndromes epilépticos y a la larga puede servir para el pronóstico.

Se indica realizar un EEG estándar, en las 48 horas posteriores a la crisis, preferentemente en las siguientes 24 horas. Se ha encontrado que tiene una utilidad del 51% en primeras 24 horas y de 34% en los registros posteriores.

Si existe una sospecha clínica alta de una crisis epiléptica se indicaría realizar un EEG en falta de sueño, ya que incrementa su efectividad un 13% al 15%.

EEG que se realizan repetitivamente son necesarios cuando el diagnóstico es incierto, al hacer un estudio repetitivo la probabilidad de encontrar un EEG patológico puede incrementar de 38% a 77%<sup>20</sup>.

Los trazados en el EEG que se pueden considerar patológicos son los siguientes:

- Generalizado: Alteraciones electrográficas que se hacen evidentes de manera global en la corteza cerebral de manera simultánea.
- Focal: Alteraciones localizadas que pueden ser evidentes en una o dos regiones distintas, en un hemisferio o ser bihemisférico.

- Multifocal: Cambios electrográficos que se localizan en más de 2 regiones de la corteza cerebral, ya sean limitadas a uno o ser bimehisferico.
- Hemisférico: Cuando las alteraciones se evidencian en un solo hemisferio.
- Focal con generalización: Alteraciones electrográficas focales o localizadas en una sola región que posteriormente se propagan a todas las áreas de la corteza cerebral.
- Multifocal con generalización: Alteraciones electrográficas que se localizan de manera multifocal que subsecuentemente se propagan a todas las áreas de la corteza cerebral.<sup>22</sup>.

## **2. Monitoreo de Video Electroencefalograma (MV-EEG)**

Este procedimiento tiene su mayor beneficio en pacientes con dificultades a la hora de realizar el diagnóstico, posterior a una adecuada evaluación clínica y EEG estándar que no aporta una conclusión adecuada. Es por esto que se considera una valiosa herramienta para lograr una adecuada diferenciación entre crisis epilépticas y las que no lo son.

Además, es útil en Identificar crisis casi imperceptibles y facilita una revision de la severidad de los episodios.

### **b) Imágenes neurológicas**

Esta recomendado que se realicen con premura si está indicado, debido a que aporta información muy relevante para llegar a identificar la etiología de manera oportuna, el pronóstico y la decisión farmacológica.

**1. Resonancia magnética nuclear (RM) cerebral**, es el estudio de elección en los pacientes con epilepsia. En esta se puede encontrar:

- Alteraciones inespecificas (leucoaraiosis periventricular, disminución del parénquima cerebral).
- Lesiones secuelares congénitas.
- Lesión localizada la cual no amerita manejo inmediato, pero la cual es posible que a largo plazo requiera cirugía de epilepsia (malformaciones en el

desarrollo de corteza cerebral, esclerosis temporal mesial, displasias corticales focales).

- Lesión de curso subagudo o crónico que tiene repercusiones terapéuticas que requieren manejo inmediato; o que tiene importancia a diagnóstica o pronóstica.
- Lesión de curso agudo que requiere manejo inmediato (Hidrocefalia, enfermedad cerebrovascular aguda o hemorragia intracerebral, meningitis, encefalitis<sup>20</sup>).

## **2. Tomografía cerebral (TC)**

Este estudio pese a que es más accesible tiene una sensibilidad para identificar lesiones corticales de tamaño pequeño. En epilepsias focales la detección de lesiones es del 30% aproximadamente.

Estudios más avanzados como la tomografía de emisión de positrones son de gran utilidad ya que en ellos se pueden evidenciar puede mostrar áreas de hipometabolismo que se ubicaron en el foco epileptogenico.

## **EPILEPSIA REFRACTARIA A FÁRMACOS**

Se encontró que aproximadamente un 60-70 % de pacientes diagnosticados con epilepsia controlan adecuadamente, es decir, no presentan crisis con FAC. Sin embargo, 30% de los pacientes presentaran crisis pese al uso de fármacos anticrisis administrados. Estos pacientes tienen un riesgo mayor de ser excluidos a nivel laboral y social, riesgo de fallecimiento, así como un peor estilo de vida. Es por esto que es relevante identificar a los pacientes con ER para poder ofrecerles otra gama de posibilidades tanto farmacológicas como no farmacológicas<sup>19</sup>.

La ILAE<sup>1</sup> tiene como definición que la ER es cuando ha fallado el tratamiento con dos FAC ya sea uno solo o combinado, que sean adecuadamente tolerados y elegidos de acuerdo a las características individuales de cada persona para

obtener que el paciente se encuentre libre de crisis por un periodo de tiempo sostenido.

La ausencia sostenida de crisis es definida cuando en un lapso de 12 meses o, en su defecto que sean muy distanciadas en tiempo, exista un lapso de al menos tres veces al mayor intervalo sin crisis previo al tratamiento, eligiendo al mayor de estos<sup>19</sup>.

El periodo sin crisis es aquel lapso de tiempo más alto que alcanza un paciente sin crisis epilépticas cuando ya se ha iniciado el manejo farmacológico. Este periodo debe ser al menos 3 veces del periodo entre crisis promedio del paciente; si es que el paciente tiene un lapso de tiempo sin crisis inferior a 4 meses, el cual debe persistir sin crisis por 12 meses y así se podría considerar que ha alcanzado un estado libre de crisis<sup>23</sup>.

<b>Tabla I. Requisitos para considerar si el ensayo terapéutico con el FAE empleado es el adecuado<sup>1</sup></b>	
<b>Requisitos</b>	<b>Comentarios</b>
FAE empleado	Correctamente seleccionado para el síndrome epiléptico que se está tratando.
Duración del tratamiento	El tratamiento se debe mantener el suficiente tiempo para valorar la respuesta al mismo.
Dosis y formulación del FAE	La dosis y la formulación del FAE debe ser la adecuada de acuerdo a las características del paciente. En el escalado de dosis se debe alcanzar la dosis mínima eficaz. La dosis del FAE se puede extrapolar de los ensayos clínicos cuando los hubo y/o de la dosis diaria definida por la Organización Mundial de la Salud.
Seguimiento	Se debe conocer la respuesta al tratamiento a lo largo del seguimiento del paciente.
Motivo de retirada del FAE	Falta de eficacia Efectos adversos Preferencia del paciente Falta de adherencia Libertad de crisis Otros motivos

### **2.3 Definiciones conceptuales**

Estilo de vida tiene como una definición como un grupo de conductas de salud ya sea individual o grupal, que se conforman desde decisiones que realizan los seres

humanos y están condicionados por las oportunidades brindadas por el contexto y el ambiente en el que están desarrollándose.

<b>Definición clínica operativa (práctica) de la epilepsia</b>
Enfermedad cerebral que se define por cualquiera de las siguientes circunstancias:  <ol style="list-style-type: none"><li>1. Al menos dos crisis no provocadas (o reflejas) con &gt;24 h de separación</li><li>2. Una crisis no provocada (o refleja) y una probabilidad de presentar nuevas crisis durante los 10 años siguientes similar al riesgo general de recurrencia (al menos el 60 %) tras la aparición de dos crisis no provocadas</li><li>3. Diagnóstico de un síndrome de epilepsia</li></ol> Se considera que la epilepsia está resuelta en los sujetos con un síndrome epiléptico dependiente de la edad que han superado la edad correspondiente o en aquellos que se han mantenido sin crisis durante los 10 últimos años y que no han tomado medicación antiepiléptica durante al menos los 5 últimos años

(Fisher et al., 2014). Definición clínica práctica de la epilepsia. *International League Against Epilepsy*, 475-482.

<b>Definición de epilepsia refractaria. (ILAE)</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se define la epilepsia refractaria como; aquella en la cual se ha producido el fracaso a 2 ensayos de fármacos antiepilépticos (FAE), en monoterapia o en combinación, tolerados, apropiadamente elegidos y empleados de forma adecuada, para conseguir la ausencia mantenida de crisis.</li><li>2.- Se considera ausencia mantenida de crisis un periodo de un año o, en caso de crisis muy esporádicas, un periodo de al menos el triple al mayor intervalo intercrisis pretratamiento, escogiéndose el que sea mayor de ellos</li></ol>

Adaptado. Mercade, J. (2012). *Guías diagnóstica y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología*. Madrid: SEN.

## 2.4 Hipótesis

### Hipótesis general

- Existe efectivamente asociación entre los estilos de vida y los pacientes con ER evaluados en el HNDAC, en el periodo 2022

### Hipótesis específicas

- Existe asociación entre la actividad física y pacientes con ER evaluados en el HNDAC, en el periodo 2022
- Existe asociación entre hábitos nocivos y conductas de riesgo y pacientes con ER evaluados en el HNDAC, en el periodo 2022
- Existe asociación entre la salud mental (comorbilidades psiquiátricas) y pacientes con ER evaluados en el HNDAC, en el periodo 2022

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo de estudio**

El siguiente estudio será de tipo transversal, retrospectivo en el tiempo y por ultimo observacional.

### **3.2 Diseño de la investigación**

Transversal

### **3.3 Población y muestra**

#### **3.3.1 Población**

La población que será estudiada son los Pacientes con diagnóstico de ER atendidos en el HNDAC, en el periodo 2022

#### **3.3.2 Muestra**

No se considera muestra, se considera población total: Se considera la totalidad de pacientes con diagnóstico de ER que acuden por consultorio ambulatorio de Neurología del HNDAC en el periodo del 2022.

Tipo y técnica de muestreo: Será no probabilístico y será por conveniencia

#### **3.3.3 Selección de la muestra**

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes los cuales completen los criterios que planteo la ILAE (Referencia. Cuadro 2) para realizar de manera objetiva el diagnóstico de Epilepsia
- Pacientes los cuales completen los criterios que planteo la ILAE (Referencia. Cuadro 2) para realizar de manera objetiva el diagnóstico de ER.
- Mayores de 12 años.

#### **Criterios de exclusión**

- Embarazadas.
- Historias o registros clínicas incompletas.
- Diagnóstico de deterioro cognitivo moderado-severo.

### **3.4 Operacionalización de variables**

#### **3.4.1 Variables**

### **3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica de estudio será la evaluación y a la vez revisar la historia clínica y los instrumentos que se emplearán será: cuestionario sobre estilos de vida.

El instrumento será estructurado de la siguiente manera:

I. Estilos de vida: esta variable será abordada y evaluada, con el cuestionario sobre estilo de vida el cual tendrá como calificación mínima y máxima: 49 a 245 puntos. Si el puntaje está próximo al límite superior de 245 puntos, esto indicaba un buen estilo de vida. Por otro lado, si el puntaje total fuera próximo a 49, esto sugerirá un mal estilo de vida. El cuestionario está conformado por preguntas que tienen una indicación precisa y estos lograrán una mejor comprensión de las conductas no óptimas en los que sean evaluados y subsecuentemente poder realizar recomendaciones.

II. Revisión de historias clínicas; para determinar según criterios de exclusión e inclusión pacientes con diagnóstico de ER.

### **3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos**

Se utilizará la herramienta de estadística llamado SPSS v.25 y se desarrollará una base de datos y se procesará los datos recolectados. Se utilizará la prueba estadística Chi cuadrado, teniendo el valor de significancia del 5%.

### **3.7 Aspectos éticos**

El comité de ética de la Universidad revisara el presente proyecto de investigación.

## **CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA**

### **4.1 Recursos**

#### **Recursos**

##### **Humanos**

- Gastos personales
- Estadístico
- Transporte

##### **Materiales**

Bienes:

- Útiles de escritorio
- Papelería
- Fotocopias, anillados y empastados
- Gastos no contemplados.

### **4.2 Cronograma**

ETAPAS	2022						2024	
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Abril	Mayo
Realización		✓						
Presentación			✓					
Realización de la bibliografía			✓					
Recolección de información				✓	✓			
Proceso de data						✓		
Interpretación y análisis de data							✓	
Realización de informe								✓
Entrega								✓

### 4.3 Presupuesto

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO (\$/)	
			UNO	T
<b>PERSONAL</b>				
Asesor	Tiempo en horas			
<b>UTILES</b>				
Hojas blancas	5	5 MILLONES	S/.12	S/.70
Bolígrafos	36	3 DOCENAS	S/.1	S/.36
Liquid paper	5	12	S/.3	S/.10

Resaltador	8	8	S/.3	S/.16
Abre huecos	1	1	S/.11	S/.10
Engrapador	1	1 UNIDAD	S/.8	S/.8
Grapas	1	1 CASE	S/.15	S/.15
Memoria	6	12	S/.3	S/.18
Anillado	3	3 UNIDADES	S/.10	S/.30
Acceso a internet	Meses	4	S/.3	S/.270
Copias	850	500	S/.0.10	S/.85
Transporte	1		S/. 60	S/. 60
<b>COSTO TOTAL</b>				S/.4300

## **5.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Bastias E et al. Una Revisión de estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. Ciencia y enfermería. Scielo [Internet] 2014 [consultado 25 de febrero del 2022]; 20(2): 1-2. Disponible en: [scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000200010](http://scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200010)
2. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians - a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada; 1974.
3. Organización Panamericana de la Salud (2013). Informe sobre la epilepsia en América Latina y el Caribe (Introducción). Pag.03.
4. Kwan, P. et al. Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies.Pubmed

- [Internet] 2010 [consultado el 25 de febrero del 2022]: 51(6):2-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19889013/>
5. Fray S et al. Predictors factors of refractory epilepsy in childhood. PubMed [Internet] 2015 [consultado el 25 de febrero del 2022] ;171(10):730-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26318897/#:~:text=Some%20factors%20have%20been%20identified,especialmente%20focal%20abnormalities%2C%20spike%2C%20amplitude>
  6. Voll, A. et al. Predicting drug resistance in adult patients with generalized epilepsy: A case–control study. *Epilepsy & Behavior* [Internet] 2015 [consultado el 26 de febrero del 2022]; 53 (1):126–130. Disponible en: [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(15\)00549-1/fulltext](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(15)00549-1/fulltext)
  7. Viteva, E. et al. Predictors and Typical Clinical Findings of Refractory Epilepsy. *American Journal of Clinical Medicine Research* [Internet] 2015 [consultado el 25 de febrero del 2022], 2(1): 26-31. Disponible: [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(15\)00549-1/fulltext](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(15)00549-1/fulltext)
  8. Kalilani, L. et al. The epidemiology of drug-resistant epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsy* [Internet] 2018 [consultado el 25 de febrero del 2022] ,59(2): 1-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30426482/>
  9. Orejón O. Validación de un instrumento para medir el estilo de vida de estudiantes de la Facultad de Medicina Humana en la Universidad Ricardo Palma en el año 2017 [Tesis doctoral] Perú: Universidad Ricardo Palma; 2017.
  10. Salado- Medina V. Valoración de la calidad de vida, estigma social y adhesión al tratamiento en pacientes con epilepsia del Área de Salud de Cáceres: estudio transversal. *Neurología* [Internet] 2018 [consultado el 10 de mayo del 2024]; 67(8): 1-8. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2018073>

11. Moreno-Mayorga B. Original Calidad de vida en personas con epilepsia. Más allá de las crisis. Neurología [Internet] 2023 [consultado el 12 de mayo del 2024]; 76(8): 1-8. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2023052/esp>
12. Rodríguez M. Epilepsia y calidad de vida, Factores determinantes [Tesis doctoral] España: Universidad del país Vasco; 2017
13. Cockerham W. Medical sociology. 11 ed. New Jersey: Prentice Hall; 2009, pag: 12-24
14. Cockerham W. et al. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. J Health Soc Behav. [Internet] 2005 [consultado el 26 de febrero del 2022]; 46(1): 51-67. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/4147653>
15. Goñi A. et al, Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. Pubmed [Internet] 2005 [consultado el 26 de febrero del 2022]; 15(1): 1-2. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592006000100006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000100006)
16. Rodríguez A, Auto concepto físico y estilos de vida en la adolescencia. Scielo [Internet] 2006 [consultado el 26 de febrero del 2022]; 15(1): 1-4. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592006000100006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000100006)
17. Ramírez V et al. Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Pubmed [Internet] 2012 [consultado el 26 de febrero del 2022]; 14(2): 226-237. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/284631460\\_Fiabilidad\\_y\\_validez\\_del\\_instrumento\\_Fantastico\\_para\\_medir\\_el\\_estilo\\_de\\_vida\\_en\\_adultos\\_colombianos](https://www.researchgate.net/publication/284631460_Fiabilidad_y_validez_del_instrumento_Fantastico_para_medir_el_estilo_de_vida_en_adultos_colombianos)

18. Delgado, J. Factores asociados a epilepsia refractaria. [Tesis doctoral] Perú: Instituto Nacional de ciencias neurológicas; 2017
19. Lopez J et al. Manual de práctica clínica en epilepsia. Recomendaciones-Epilepsia-SEN-2019 [Internet] 2019 [consultado el 26 de febrero del 2022]; 96(5). Disponible en: <http://epilepsia.sen.es/wp-content/uploads/2020/06/Recomendaciones-Epilepsia-SEN-2019.pdf>
20. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. Fisiopatología de la epilepsia. Scielo [Internet] 2012 [consultado el 26 de febrero del 2022]; 21(2):1-6. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422016000500037](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000500037)
21. Cabrera F, et al. EEG de superficie y de actividad epileptiforme interictal en niños y adolescentes con diagnóstico de epilepsia. Centro Latinoamericano de Investigación en Epilepsia [Internet] 2013 [consultado el 27 de febrero del 2022]; 96-101. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87482013000200005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482013000200005)
22. Ministerio de salud de Chile. Guía Clínica Epilepsia en niños [Internet] Serie Guías Clínicas MINSAL 2014 [consultado el 27 de febrero del 2022]. Disponible en: [http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA\\_EPILEPSIA-NI%C3%91OS\\_web.pdf](http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA_EPILEPSIA-NI%C3%91OS_web.pdf)
23. Albia, P et al. Aspectos clínicos y electroencefalográficos de la epilepsia focal en el niño. Revista Cubana de Pediatría [Internet] 2009 [consultado el 27 de febrero del 2022]; 81(2): 1-12. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312009000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312009000200005)

24. Botero G et al. Epilepsia refractaria. Acta de Neurología Colombiana [Internet] 2010 [consultado el 27 de febrero del 2022] 26(1): 34-46. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-568634>

# ANEXOS

## 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿EXISTE ASOCIACION ENTRE ESTILOS DE VIDA Y PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION, EN EL PERIODO 2021-2022?	<p><b>GENERAL:</b> DETERMINAR ASOCIACION ENTRE LOS ESTILOS DE VIDA Y LOS PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA</p> <p><b>ESPECIFICOS:</b> DEFINIR LA ASOCIACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA.</p> <p>IDENTIFICAR SI EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA.</p> <p>EVALUAR LA ASOCIACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA.</p>	<p>EXISTE RELACION ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y LA REFRACTARIEDAD DE LA EPILEPSIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION EN EL PERIODO 2021-2022</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> ESTILOS DE VIDA</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> PACIENTE CON EPILEPSIA REFRACTARIA</p>	<p>DISEÑO OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL Y RETROSPECTIVO</p>	<p>PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION EN EL PERIODO 2021-2022</p>	<p>EVALUACION DE LA HISTORIA CLINICA</p> <p>INSTRUMENTO PARA EVALUACION DE ESTILOS DE VIDA</p>	<p>PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN CHI CUADRADO.</p>

	<p>DETERMINAR SI EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE HÁBITOS NOCIVOS Y CONDUCTAS DE RIESGO Y PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA</p> <p>DEFINIR SI EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LA SALUD MENTAL (COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS) Y PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA</p>						
--	---	--	--	--	--	--	--

## 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
EPILEPSIA REFRACTARIA	Se considera como epilepsia refractaria al tratamiento farmacológico aquella epilepsia diagnosticada correctamente en la que no se ha conseguido un control prolongado de las crisis (generalmente durante un año) tras el fallo de 2 fármacos antiepilépticos adecuadamente escogidos y empleados	La <i>International League Against Epilepsy</i> (ILAE) define la epilepsia refractaria como «aquella en la cual se ha producido el fracaso a 2 ensayos de fármacos antiepilépticos (FAE), en monoterapia o en combinación, tolerados, apropiadamente elegidos y	NOMINAL DICOTOMICA.	DEPENDIENTE CUALITATIVA	EPILEPSIA CONTROLADA  EPILEPSIA REFRACTARIA

		empleados de forma adecuada, para conseguir la ausencia mantenida de crisis			
ESTILOS DE VIDA	La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1986 el estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.	Los estilos de vida se caracterizan por patrones de comportamiento identificables que pueden tener un efecto sobre la salud de un individuo y se relacionan con varios aspectos que reflejan las actitudes, valores y comportamientos en la vida de en una persona	NOMINAL DICOTOMICA	INDEPENDIENTE CUALITATIVA	BUEN ESTILO DE VIDA MAL ESTILO DE VIDA

### 3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DEL ESTILO DE VIDA

Usted ha sido seleccionado para participar de una encuesta con la finalidad de validar un instrumento que evalúa su estilo de vida. Al completar esta encuesta manifiesta su consentimiento de manera libre y voluntaria. Los datos serán confidenciales y se respetara la privacidad de los participantes. Muchas gracias por su valiosa participación

Código:

Fecha:

1.- Edad:

2.- Sexo: Mujer Hombre

3.- Lugar de Nacimiento:

4.- Lugar de Residencia (Distrito) :

5.- Religión:

5.- Carrera:

6.- Estado Civil: Soltero(a) Casado(a)  
Divorciado(a)

7.- Vives con tus padres: SI NO

8.- Dependes económicamente de tus padres

9.- Tienes Hijos: SI NO

10.- Trabajas: SI NO

13: Tiene antecedente familiares de:

Marque todo lo que corresponda

Obesidad ( ) Diabetes ( ) Hipertensión ( ) HTA ( ) Cáncer ( )  
otras ( )

Instrumento desarrollado por el Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas de la Universidad Ricardo Palma. Dirigido por el Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas.

#### 4. INSTRUMENTO PARA EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA

PRÁCTICAS		Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	Casi nunca	Nunca
<b>I. ACTIVIDAD FÍSICA</b>						
1	Mantiene su peso corporal ideal					
2	Realiza actividad física al menos cinco veces a la semana durante 30 minutos al día.					
3	Realiza ejercicios de intensidad moderada tales como caminar a paso rápido, bailar, o hacer tareas domésticas.					
4	Hace ejercicio vigoroso como footing, ascender a paso rápido por las escaleras, desplazamiento rápido en bicicleta, aeróbicos, o natación rápida.					
5	Hace ejercicios de fortalecimiento muscular como elevación de los brazos, sentadillas, extensión de tríceps, flexión de hombros, etc.					
6	Practica deportes y juegos competitivos (por ejemplo: juegos tradicionales, fútbol, voleibol, baloncesto) al menos 3 veces por Semana					
7	Suele estar sentado o inactivo gran parte del día.					

<b>II. HÁBITOS ALIMENTARIOS</b>		<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
<b>1</b>	Desayuna diariamente antes de iniciar su actividad.					
<b>2</b>	Desayuna o almuerza en la universidad, hospitales o alrededores.					
<b>3</b>	Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día.					
<b>4</b>	Consume: dulces, helados, pasteles bebidas azucaradas como gaseosas más de dos veces en la semana.					
<b>5</b>	Su alimentación incluye panes, fideos, cereales, granos enteros (trigo, maíz, cebada, arroz, avena), tubérculos (papa, camote, yuca) y leguminosas frescas (arvejas, garbanzos, lentejas, habas).					
<b>6</b>	Consume grasas como mantequilla, margarina, queso crema, carnes con grasa, frituras, mayonesa y salsas en general.					
<b>7</b>	Come pescado como bonito, jurel, trucha, salmón, cojinova, etc.					
<b>8</b>	Come pollo, pavo y huevo					
<b>9</b>	Come cinco o más porciones de frutas y verduras al día.					
<b>10</b>	Consume lácteos como leche, yogurt o queso.					
<b>11</b>	Consume lácteos descremados como leche, yogurt o queso.					
<b>12</b>	Consume alimentos procesados (como embutidos) y carnes rojas (como carne de vaca, cerdo, caballo u ovina).					
<b>13</b>	Su alimentación es predominantemente vegetariana					
<b>14</b>	Consume alimentos con probióticos como yogurt natural, pepinillos, etc.					

15	Consume comidas rápidas como pizza, hamburguesa, salchipapa, etc.					
16	Come fuera de horario o entre comidas (por ejemplo papitas fritas, galletitas, caramelos, chocolates, Turrónes, etc).					
<b>III. AUTOCUIDADO</b>		<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
1	Asiste a consulta odontológica por lo menos una vez al año					
2	Asiste a consulta médica por lo menos una vez al año					
3	Cuando se expone al sol, usa bloqueadores solares					
4	PARA MUJERES: Se practica la prueba de papanicolau al menos unavez al año.					
5	Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad.					
6	Respeto sus horarios de sueño: duerme entre 6 a 8 horas al día.					
7	Hace siesta (15 a 20 minutos).					
8	Se cepilla los dientes después de cada comida.					
9	Suele automedicarse o comprar medicamentos sin receta médica.					
<b>IV. HÁBITOS NOCIVOS Y CONDUCTAS DE RIESGO</b>		<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
1	Ha consumido cigarrillos en el último año					
2	Consume bebidas alcohólicas habitualmente los fines de semana					
3	Consume más de dos tazas de café al día.					

4	Consume más de tres gaseosas personales por semana (coca-cola u otras) y/o bebidas energizantes en la semana.					
5	Ha tenido alguna experiencia de uso demarihuana, cocaína, éxtasis, entre otras					
6	Ha mantenido actividad sexual conparejas esporádicas durante los últimos 12 meses.					
7	Utiliza preservativo durante las relaciones sexuales con el fin de prevenir ITS, VIH, hepatitis y/o embarazo.					
8	Suele pasar tiempo navegando en internet y en las redes sociales.					
<b>V. SALUD MENTAL</b>		<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Nunca</b>
1	Tiene un plan o estrategia para manejar el estrés en tu vida.					
2	Tiene claro el objetivo y el “sentido” de tu vida.					
3	Mantiene esperanza en el futuro.					
4	Realiza los proyectos que se propone.					
5	Disfruta realizando los proyectos que se propone					
6	Tiene fuerza de voluntad para decir NO y suele tomar decisiones acertadas.					
7	Goza de relaciones cercanas y de confianza tanto en la familia como en el entorno social.					
8	Siente respeto a Dios o algo superior para lograr el equilibrio y paz en su vida (organización religiosa, naturaleza o causas sociales).					
9	La felicidad y el placer parecen haber desaparecido de su vida.					

10	Ha perdido el interés por las cosas de la vida que eran importantes para usted.					
----	---	--	--	--	--	--

## 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

### “ASOCIACION ENTRE ESTILOS DE VIDA Y PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION, EN EL PERIODO 2021 - 2022”

**Propósito del Estudio:** Esta siendo invitado a participar en un estudio con la finalidad de determinar la asociación entre los estilos de vida y pacientes con epilepsia refractaria atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión. Más allá de este propósito, se obtendrá un conocimiento válido para plantear en el futuro acciones de las gestiones que se vienen realizando en esta unidad orgánica de la institución.

**Procedimientos:** Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá responsa un cuestionario que evaluara el estilo de vida que usted tiene.

**Riesgos y Beneficios:** la ejecución del estudio no generará ningún daño que pueda alterar su estado de salud. Así mismo el beneficio que usted tendrá será mayor pues permitirá identificar a los pacientes en situación de mayor riesgo e informar sobre las estrategias y los tratamientos necesarios para apoyarlos.

**Confidencialidad:** No se divulgará su identidad en ninguna etapa de la investigación, pues toda la información que Ud. brinde será usada solo con fines estrictos de estudio. En caso este estudio fuese publicado se seguirá salvaguardando su confidencialidad, ya que no se le pedirá en ningún momento sus nombres ni apellidos. Se pone en conocimiento que Ud. puede decidir retirarse de este estudio en cualquier momento del mismo, sin perjuicio alguno.

#### Consentimiento

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en la investigación pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_