

Editorial

Situación Actual de la Epilepsia en la Argentina

Prof. Dra. Silvia Köchen - Jefa del Centro de Derivación de Epilepsia, Hosp. "Ramos Mejía", Ciudad de Buenos Aires.
Asesora de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

En el año 2001 se sancionó la Ley Nacional de Epilepsia (Nº 25.404), por la Cámara de Diputados y de Senadores de la Nación. En el curso del presente año, la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio elaboró la Reglamentación de la Ley, en conjunto con los profesionales y las ONGs especialistas en el tema. La Ley garantiza para el conjunto de los pacientes con epilepsia, los recursos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento; garantiza la no discriminación y la capacitación y divulgación entre los profesionales y la comunidad sobre la enfermedad.

El Programa Remediar distribuye en forma gratuita las drogas antiepilepticas clásicas desde el año 2002.

Por otra parte, desde el año 2002 y 2004 respectivamente, funcionan en la Ciudad de Buenos Aires y en la Provincia de Buenos Aires, Programas Especiales dedicados al cuidado del paciente con epilepsia. Los mismos satisfacen las necesidades de diagnóstico y tratamiento de los pacientes sin obra social.

Los enfermos con epilepsia y cobertura social, se ven favorecidos con la Resolución 310/2004 del PMOE, sancionada durante el año 2004, a través de la cual se establece que para los pacientes con enfermedades crónicas, entre las que se incluye a la epilepsia, el costo del tratamiento debe ser cubierto en un 70 %.

Resulta también auspicioso que la ANMAT haya establecido la exigencia para que se cumpla para las drogas antiepilepticas denominadas clásicas, bioequivalencia y biodisponibilidad, lo cual garantiza la calidad de todas las drogas disponibles en el mercado, es decir contamos con verdaderas drogas genéricas.

Por otro lado, desde el año 2002 está en funcionamiento un Programa de Vigilancia Epidemiológica de Epilepsia, dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, que incluye diferentes Unidades Centinelas de todo nuestro país, coordinado por el Centro de Referencia del Hospital R. Mejía, que permite contar con un perfil epidemiológico de la realidad nacional, lo cual facilita el diseño y la aplicación de políticas de prevención y promoción.

En conclusión podemos decir que la situación para los pacientes con epilepsia, en nuestro país es mucho más favorable en los últimos años. Sin embargo, aún queda un largo camino para desandar los mitos, y la discriminación que rodea a los enfermos con diagnóstico de epilepsia. Y resulta imprescindible aún construir en base al conocimiento científico, una nueva cultura entre los profesionales de la salud sobre esta enfermedad, para dejar de considerarla como la "enfermedad sagrada/maldita" y adoptar una actitud que nos permita asistir al paciente para que recupere la condición de bienestar.

"Experiencias en APS" - Ganadores de las Becas

pag. 31

Objetivos de esta publicación

El tema central de este Boletín es la epilepsia. El *editorial* muestra porqué, a pesar de las dificultades cotidianas, tenemos la certeza de estar mejor que en tiempos anteriores. *Uso de las drogas antiepilepticas en el Primer Nivel de Atención* determina -a partir de las fuentes primarias de información- la frecuencia de los diagnósticos epilepsia-convulsión, define las drogas antiepilepticas (DAEs) en el Botiquín REMEDIAR, y muestra la prescripción y el stock de las DAEs. *Evaluación del uso de las drogas antiepilepticas en el primer nivel- el modelo de atención-* intenta responder: porqué no se produce el encuentro entre los medicamentos y los pacientes y cuál es el fundamento por el que las DAEs provistas son de primera línea. Se concluye que es necesario reformular el modelo de atención para mejorar el acceso de los pacientes epilépticos a la consulta y a la medicación. *Epilepsias, abordaje social y sanitario* reseña el significado de la epilepsia a lo largo de la historia, para plantear la problemática actual en nuestro país desde diferentes perspectivas: la del paciente, la del médico y la del gobierno. *Conceptos Farmacéuticos Relevantes* define términos como: bioequivalencia, biodisponibilidad, ventana terapéutica y riesgo sanitario; así como expone los problemas específicos que plantea la provisión de drogas psicotrópicas. *Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de la Epilepsia en la Atención Primaria de la Salud* son guías de práctica clínica orientadas al primer nivel que definen los conceptos centrales, tanto diagnósticos, como terapéuticos, respecto al manejo de la epilepsia. *Vivir con epilepsia* es el testimonio de un paciente epiléptico, que transmite desde una perspectiva optimista todo lo que supone sufrir este problema. *Episodios paroxísticos no epilépticos* ayuda a diferenciar, desde la clínica, las crisis convulsivas de otros trastornos paroxísticos. *Abordaje del paciente sincopal en la práctica médica ambulatoria* discute uno de los principales diagnósticos diferenciales de la epilepsia: el síncope vaso-vagal, que tiene en el atenolol del Botiquín Remediar una alternativa terapéutica. *Alternativas a la Atención Sanitaria Basada en la Evidencia* describe los mecanismos de decisión de los médicos -cómo enfrentan los problemas cotidianos- cuando éstos no surgen de la medicina basada en evidencias. Se publica el listado de ganadores del Concurso Nacional para Becas de Estímulo "Experiencias en APS". En la contratapa se hace referencia al comienzo del Programa Nacional de Desparasitación Masiva.

• **AUTORIDADES DEL MINISTERIO** •

Señor Ministro de Salud y Ambiente de la Nación
- Dr. Ginés González García -

Señora Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias
- Dra. Graciela Zulema Rosso -

Señora Subsecretaria de Políticas, Regulación y Fiscalización
- Dra. Claudia Madies -

• **AUTORIDADES PROAPS - REMEDIAR** •
Coordinación General del Programa
- Dra. Graciela Ventura -

• **Boletín PROAPS-REMEDIAR** •
Director del Boletín PROAPS-REMEDIAR:
- Dr. Ricardo Bernztein -

Comité Editorial

Dr. Armando Reale
Lic. Lucas Godoy Garraza
Lic. Mauricio Monsalvo
Prof. Silvia Pachano

Diseño Editorial
Pablo Conte

Comité Revisor:

- Dra. Perla Mordujovich de Buschiazzi -
Profesora Titular Cátedra de Farmacología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata

- Dr. Jorge Aguirre -
Profesor Adjunto de Farmacología Aplicada de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba

- Dr. Guillermo Williams -
Director del Programa Nacional de Garantía de Calidad, Ministerio de Salud de la Nación

- Dra. María Luisa Ageitos -
UNICEF - Argentina

- Dr. Roberto Diez -
Profesor Titular de la Segunda Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina - UBA

- Dr. Mario Meuli -
Profesor Titular de Farmacología, Facultad de Medicina: Universidad Nacional de Tucumán

Dirección postal:

Proaps - RemediAR - Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1925, piso 8 - Casillero 54
(C1073ABA) Buenos Aires, República Argentina
Tel: 0-800-666-3300

mail: boletinremediAR@proaps.gov.ar
ISSN 1668-2831

Propietario: **Programa PROAPS - REMEDIAR**

Suscripción gratuita:

suscripcionesremediAR@proaps.gov.ar

En este número:

Editorial: Situación Actual de la Epilepsia en la Argentina..... 1

Prof. Dra. Silvia Kochen

Uso de Drogas Antiepilépticas en el Primer Nivel de Atención..... 3

Subgerencia de Operaciones - Programa RemediAR

Evaluación del Uso de Drogas Antiepilépticas en el Primer Nivel de Atención. El modelo de Atención 7

Dr. Ricardo Bernztein y Lic. Mauricio Monsalvo

Epilepsias, abordaje social y sanitario 10

Dr. H. D. Fraiman

Conceptos Farmacéuticos Relevantes 12

Dra. Gabriela Ettlin

Guías de Orientación para el diagnóstico y Tratamiento de la Epilepsia en la Atención Primaria de la Salud 13

Prof. Dra. Silvia Kochen

Testimonio: "Vivir con Epilepsia"..... 19

Sr. Jorge Lovento

Abordaje del paciente sincopal en la práctica médica ambulatoria 20

Dr. Eduardo Silvestre

Episodios paroxísticos no epilépticos 25

Dr. Hugo Arroyo

Alternativas a la Atención Sanitaria Basada en la Evidencia 29

Dr. Rodolfo Mauro Carrizo

Experiencia en APS - Ganadores de las Becas..... 31

Programa Nacional de Desparasitación Masiva... 36

FE DE ERRATAS: Los errores que involuntariamente se deslizan en los Boletines son corregidos en la versión digital localizable en: www.remediAR.gov.ar en la sección Boletines RemediAR.

En el Boletín Nº 12, pag. 18, se corrigió la puntuación del Score de Yale.

En el Boletín Nº 14, pag. 5, se completa el artículo del Dr. Daniel Beltramino: Tratamiento Masivo de los Geohelmintos. En el Boletín Nº 15, Pag. 9, en el artículo: "Problemas de Salud cubiertos por RemediAR", el Gráfico Nº5 titulado Diagnósticos más frecuentes en niños entre 2 y 14 años, no fue el correcto.

Uso de las Drogas Antiepilépticas en el Primer Nivel de Atención

Subgerencia de Operaciones. Programa REMEDIAR.

Los objetivos de este trabajo son determinar -a partir de nuestras fuentes primarias de información- la frecuencia de los diagnósticos epilepsia-convulsión en el primer nivel de atención, definir las drogas antiepilépticas (DAEs) en el Botiquín REMEDIAR con presentaciones y costos, la prescripción y el stock de las DAEs.

Metodología:

El Módulo de Salud de la Encuesta de Condiciones de Vida, realizada en 2001 por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) -programa del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación- mide la tasa de consultas a servicios, entre ellos del Sector Público y, allí a CAPS y, la frecuencia de prescripciones¹. La tasa de prescripción en el primer nivel de atención es del 60%. Dicha información fue ratificada en febrero de 2003, en la evaluación que el SIEMPRO hizo de CAPS cubiertos y no cubiertos por REMEDIAR. O sea, de cada 100 consultas realizadas por pacientes en el primer nivel, en 60 dichos pacientes se retiran con una prescripción medicamentosa. Nuestro universo son las consultas a CAPS donde se prescribieron medicamentos provistos por el Programa REMEDIAR, lo que sucede en 40 de las 60 prescripciones.

La **información primaria de REMEDIAR** utilizada, proviene de los formularios que los CAPS, remiten regularmente a la Unidad Ejecutora Central (UEC). Ellos son dos: Formulario Único de Receta "R" y Formulario "B".

¹http://www.siempro.gov.ar/productos/encuesta/ecv2001/encuesta_ecv2001.htm

Los números anteriores de Atención Primaria de la Salud; Boletín PROAPSRE-MEDIAR están en la página web: www.remediar.gov.ar en la sección Boletines Remediard.

Boletines publicados:

1. Infección Respiratoria Aguda Baja.
2. Hipertensión Arterial.
3. Políticas de Medicamentos.
4. Anemia Ferropénica.
5. Faringitis. Uso de Trimetoprima-Sulfametoxazol.
6. Diarrea Aguda.
7. Infección Urinaria. Uso inapropiado de antibióticos.
8. Participación Social en Salud.
9. Diabetes Mellitus Tipo 2.
10. Bronquiolitis/BOR.
11. Bases del Plan Federal de Salud.
12. Fiebre.
13. Riesgo Cardiovascular - Prescripciones en HTA
14. Parasitosis
15. Dos Años de REMEDIAR
16. Epilepsia

Publicación revisada por pares. El Boletín se indiza para la base de datos Bibliografía Nacional en Ciencias de la Salud - BINACIS, que se encuentra disponible en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) en la dirección <http://www.bvs.org.ar>. También está indizada en el Index Medicus Latinoamericano LILACS. Tirada de esta edición: 25.000 ejemplares.

En los casos en que la consulta médica implica la prescripción de un medicamento incluido en el botiquín, el profesional debe utilizar el **Formulario Único de Receta (R)** para acreditar la dispensa al paciente. Este registro tiene una importancia fundamental para la identificación de los beneficiarios del programa y la evaluación de los resultados del mismo, así como para registrar el diagnóstico, con su código, y el medicamento prescripto. El Formulario Único de Receta (R) es el instrumento básico de recolección de información por parte de REMEDIAR. El mismo permite evaluar los resultados del programa, adecuar los medicamentos que componen el botiquín y efectuar las mejoras necesarias.

Para el registro mensual de consumo de medicamentos y consultas ha sido diseñado el **Formulario "B"**. En forma mensual, con el fin de llevar un registro y para el control de la UEC, el CAPS debe entregar la información consolidada al último día del mes acerca de: número de consultas y recetas realizadas, cantidad de medicamentos dispensados y en stock (remanente). Esto se hace sobre la base de los medicamentos del Programa recetados diariamente en el CAPS en el Formulario Único de Receta (R) y el registro de la cantidad de consultas realizadas en el mes (que llevan los CAPS). Esta información es remitida mensualmente a Remediard con el objetivo de mantener la base de datos actualizada.

En la **Tabla 1** (pag. 4) se muestra la metodología utilizada para el análisis de la información.

Un **sesgo** es la falta de información sobre medicamentos provistos por otros programas.

Hay que aclarar que el **Formulario R determina frecuencia y no incidencia o prevalencia**, ya que el denominador de la tasa son 100 recetas REMEDIAR, sin una base poblacional. La frecuencia podría orientar, de manera indirecta, acerca de la prevalencia.

Codificación:

Para la codificación de los problemas de salud en la receta REMEDIAR, al prescribir medicamentos del programa, se utiliza la CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE PROBLEMAS DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA (CEPS-AP) realizada por la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades dependiente de la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud 2001. Los médicos prescriptores de REMEDIAR han sido capacitados para la codificación, y el índice alfabético del Manual CEPS-AP fue distribuido a todos los CAPS. La CEPS-AP se estructuró a partir de la Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud- Décima Revisión (CIE-10) y condensó las 2036 categorías de la CIE-10 en 268 categorías. El objetivo de la CEPS-AP es clasificar los problemas de salud atendidos en la atención primaria de la salud de una manera más breve y simple que la CIE-10. Se puede recurrir a la clasificación tabular o al índice alfabético. En la clasificación tabular - páginas 13 y 33- del Manual de Codificación CEPS-AP² figuran: **ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO** (CIE10: G00-G99); y los códigos para las enfermedades que nos ocupan son:

228 Epilepsia en todas las formas (G40- G41)

Incluye: gran mal, pequeño mal, ataque, espasmos infantiles, convulsiones y crisis epiléptica NE.

731 Convulsiones febriles, otras convulsiones y las no

²Se encuentra en: www.remediar.gov.ar sección uso racional, 5- El Manual de Codificación CEPS-AP.

Tabla 1. Metodología acerca del análisis de la información

| FUENTE | CONTENIDO | UNIDAD DE ANÁLISIS | PRINCIPALES INDICADORES |
|--|---|---|--|
| Formulario R (Receta Remediar) | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico Codificado; • Tratamiento Prescripto; • Datos Básicos del Paciente (Edad, Sexo, etc.). | Muestra de 150.000 recetas de mayo, junio y julio 2003, representativa a nivel provincial y partidos del Conurbano. | <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de Diagnóstico(*); • Frecuencia de Tratamientos Prescriptos, por diagnósticos (*); • Frecuencia de datos básicos de beneficiarios. |
| Formulario B (Registro Mensual de Consumo de Medicamentos y Consultas) | Datos mensuales de: <ul style="list-style-type: none"> • Consumo por medicamento (prescripción); • Stock por medicamento (en meses); • Consultas (totales); y • Recetas Remediar. | Total de Formularios rendidos por CAPS, actualizados al presente. | <ul style="list-style-type: none"> • Ritmo: Tasa de prescripción del medicamento cada 100 Recetas Remediar; • Stock: Meses de consumo promedio cubierto con el remanente de medicamento disponible en CAPS; • Consultas y Recetas promedio mes; • Tasa de Receta Remediar por consultas. |

(*) Aperturas por datos básicos de beneficiario, por provincia y partidos del conurbano.

Resultados:

1- Frecuencia de diagnósticos de epilepsia-convulsión en las consultas en el primer nivel de atención. Carga sanitaria. Características etáreas.

La frecuencia de diagnósticos de **epilepsia** (Código CEPS-AP: 228), es 0.30% y la frecuencia de **convulsiones** (Código CEPS-AP: 731) alcanza el 0.19%. Es decir, representan el 0.49% de los diagnósticos codificados por los profesionales de los CAPS en las Recetas Remediar. Los resultados presentados a continuación, consideran ambos diagnósticos en forma conjunta.

Si consideramos que a la fecha se realizan aproximadamente 1.400.000 Formularios R por mes y que el tratamiento se entrega completo en una consulta, se calcula que casi **7000 epilepticos concurren mensualmente a los CAPS por su problema de salud**.

Si la prevalencia de la epilepsia es de 0,5% en la población argentina y el porcentaje de pobres y sin cobertura es mayor al 40%, **la población epileptica objetivo del programa sería de aproximadamente 72.000 pacientes**. En consecuencia se observa, que a comienzos del Programa REMEDIAR, menos del 10% de los epilepticos consultaba a los

CAPS.

La **edad promedio** de los pacientes epilepticos que recibe una Receta Remediar es de **34 años**, 8 años **mayor que la edad del beneficiario promedio**. La distribución entre edades también permite apreciar la concentración de epilepticos en las diversas edades: mientras que el 25% menor de los pacientes epilepticos que recibieron una Receta Remediar, tiene menos de 20 años, el 25% inferior del total de pacientes es menor de 5 años. En el extremo mayor de los tramos de edad (percentilo 75) las diferencias casi desaparecen: los epilepticos tienen más de 47, al tiempo que el total de beneficiarios tiene más de 46 años. Dicho de otra manera, la mitad de la población beneficiaria -entre los percentilos 25 y 75- se dispersa entre los 5 y los 46 años, mientras que la mitad de la población epileptica se concentra entre los 20 y los 48 años.

La distribución por sexo es equitativa: el 46.6% es de sexo masculino y el 53.4 femenina.

2- El Botiquín REMEDIAR para la epilepsia. Costos.

En la tabla 2 se muestra el contenido del botiquín estándar, con sus medicamentos, presentaciones, precios minoristas y costos REMEDIAR.

Tabla 2. Contenido de un botiquín estándar (*). Precios minoristas y precio al que compra REMEDIAR por tratamiento.

| Medicamento | Presentación | Tratamientos por botiquín | Precio de mercado por tratamiento (**) | Precio REMEDIAR por tratamiento (***) |
|---------------|------------------------------------|---------------------------|--|---------------------------------------|
| Carbamazepina | Compr 200 mg. | 2* | 18,97 | 1,86 |
| Fenitoína | Cápsula 100 mg. | 2 | 18,41 | 3,27 |
| Ac. Valproico | Jbe 250 mg/5 ml. Fco 120 ml.(****) | 1 | 22,13 | 2,71 |

*La carbamazepina está en falta desde la entrega 13, noviembre de 2003. El motivo fue la falta de adecuados resguardos de calidad por parte del laboratorio adjudicatario. La fecha probable de reincorporación es marzo de 2005.

**Manual Farmacéutico Argentino. Datos a diciembre de 2003.

***Incluye un 10% correspondiente a gastos de distribución.

****En la próxima compra, REMEDIAR va a cambiar a la forma comprimidos.

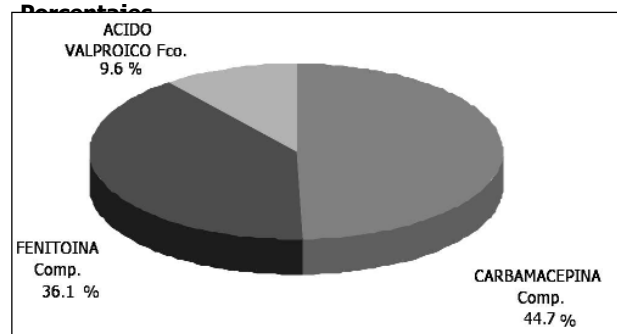
especificadas en otra parte (R56)

Los bajos precios a los que REMEDIAR compra, muestran que es mejor que las provincias complementen el Botiquín REMEDIAR con lo que éste no provee (ej: benzodiazepinas o fenobarbital) y no que se superpongan con él. Facilitar la atención de los epilépticos y la provisión de medicamentos en el primer nivel, mejoran el acceso (por la proximidad, la descongestión de turnos en servicios hospitalarios) y la equidad.

3- Frecuencia con que se prescriben -ritmo de prescripción- los medicamentos REMEDIAR para la epilepsia los médicos de APS y stock de medicamentos.

La frecuencia con la que se prescriben los tratamientos en los Formularios R el diagnóstico es epilepsia o convulsión se ve en el gráfico 1. La suma de las tres DAEs no da 100 debido a que hay otras drogas prescritas, no específicas para epilepsia.

Gráfico 1. Frecuencia de Medicamentos Prescritos en Diagnósticos de Epilepsia y/o Convulsiones.



FUENTE: ÁREA PROGRAMACIÓN REMEDIAR, en base a Formulario R.

Debido a que en la codificación no se especifica el tipo de epilepsia, no es posible evaluar el uso de cada droga en cada problema específico: generalizada tónico-clónicas, ausencias, parcial, etc.

En la Tabla 3 se muestra la tasa de prescripción cada 100 Recetas Remediard y el stock disponible de DAEs en los CAPS, medido en meses. En ambos casos, los CAPS se agrupan en percentilos o cuartiles. En tasa de prescripción, los CAPS percentilo 75 son el cuarto o el 25% de CAPS que más prescriben. En stock, los CAPS percentilo 75 son el cuarto ó 25% que más remanente han tenido, o sea que menos han prescripto. El stock de 24 meses no es real, tiene que ver con los plazos de vencimiento. Se uti-

Tabla 3. Tasa de Prescripción cada 100 Recetas Remediard y Stock Disponible en CAPS. Percentilos.

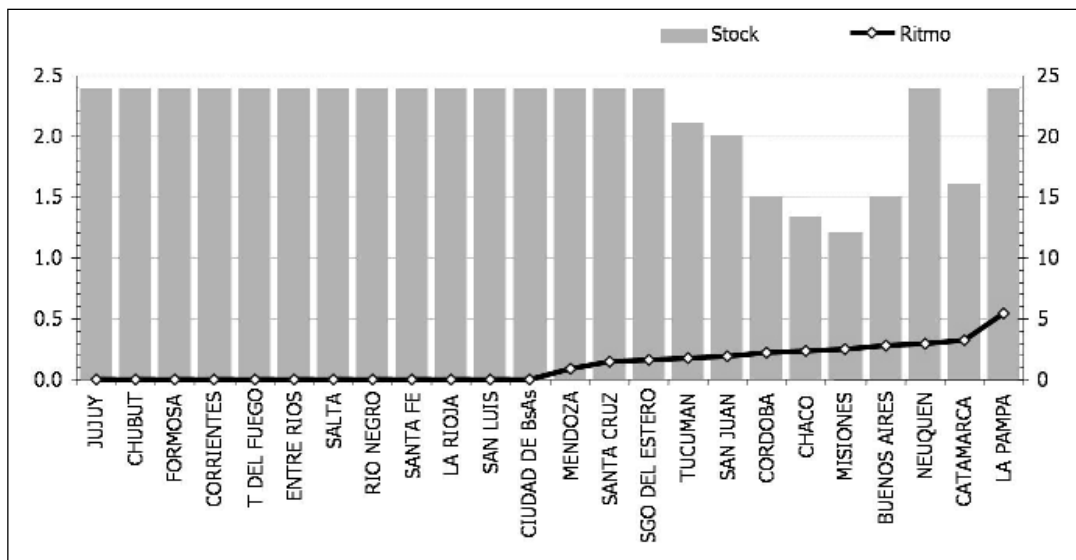
| MEDICAMENTO | Tasa de Prescripción cada 100 Recetas | | | Stock en CAPS, en meses | | |
|----------------------|---------------------------------------|---------|---------------|-------------------------|----------|---------------|
| | Percentilo 25 | Mediana | Percentilo 75 | Percentilo 75 | Mediana | Percentilo 25 |
| ACIDO VALPROICO Fco. | 0.00 | 0.00 | 0.67 | 24 o más | 24 o más | 3.7 |
| CARBAMACEPINA Comp. | 0.00 | 0.70 | 1.41 | 13 | 1.1 | 0.0 |
| FENITOINA Comp. | 0.00 | 0.51 | 1.22 | 24 o más | 12.0 | 2.5 |

FUENTE: ÁREA PROGRAMACIÓN REMEDIAR, en base a Formulario B.

liza cuando la prescripción es muy baja y el stock muy alto. En los gráficos 2, 3 y 4 se muestran los indicadores ritmo de prescripción y stock desagregados por jurisdicción. En ellos hay dos ejes: en el de la izquierda se muestra el ritmo de prescripción cada 100 recetas y en el de la derecha el stock. En ambos casos se muestran las medianas y no la distribución por frecuencias de prescripción y stock.

Como muestra el Gráfico 2, el ácido valproico presenta una tasa de prescripción muy baja en la mayoría de las provincias: en promedio, 12 provincias no lo utilizan en absoluto, mientras que las provincias que lo utilizan prescriben menos de 0,5 tratamientos cada 100 recetas REMEDIAR. El bajo nivel de uso se ve reflejado en el elevado stock disponible en los CAPS. Ello ha motivado la suspensión del envío por parte de REMEDIAR y la implementación del envío selectivo a

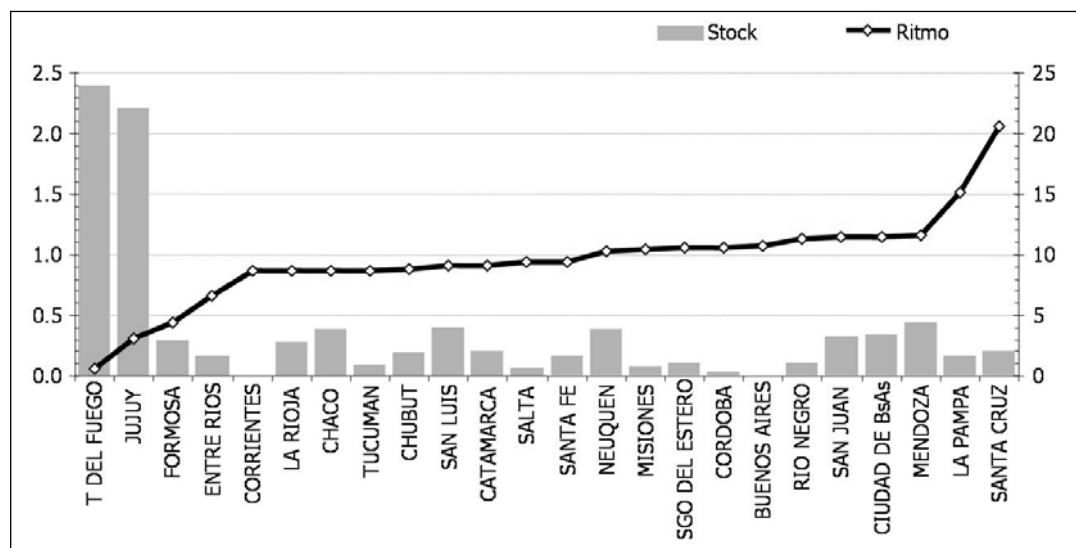
Gráfico 2. Ácido Valproico. Ritmo de Prescripción (Frecuencia cada 100 recetas) –eje izquierdo- y Stock en CAPS (en meses) –eje derecho-. Medianas por provincia.



FUENTE: ÁREA PROGRAMACIÓN REMEDIAR, en base a Formulario B.

En el caso de la carbamazepina, el gráfico está influido por la falta de provisión desde noviembre de 2003. No se observan grandes diferencias en el comportamiento prescriptivo, con las excepciones de Tierra del Fuego, Jujuy y Formosa (con una tasa comparativamente baja), y La Pampa y Santa Cruz (con una tasa comparativamente alta). No obstante, los niveles de stock en algunas provincias son insuficientes, lo que permitiría suponer que algunos centros prescribirían más en caso de disponer del medicamento.

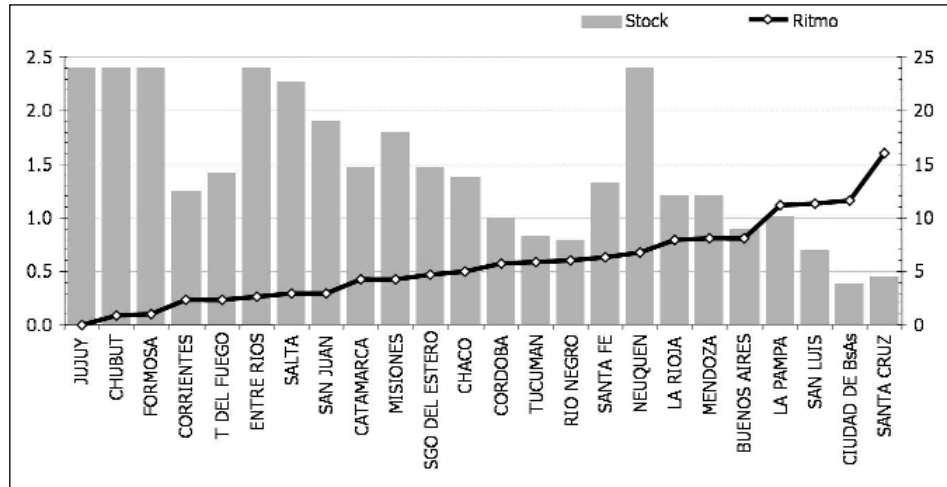
Gráfico 3. Carbamazepina. Ritmo de Prescripción (Frecuencia cada 100 recetas) –eje izquierdo- y Stock en CAPS (en meses) –eje derecho-. Medianas por provincia.



FUENTE: ÁREA PROGRAMACIÓN REMEDIAR, en base a Formulario B.

Por su parte, la fenitoína es el medicamento que presenta mayor heterogeneidad en el consumo por provincias, pero el nivel de stock acumulado en los CAPS es homogéneamente elevado (más de 10 meses), exceptuando a la Ciudad de Buenos Aires y a Santa Cruz.

Gráfico 4. Fenitoína. Ritmo de Prescripción (Frecuencia cada 100 recetas) –eje izquierdo- y Stock en CAPS (en meses) –eje derecho-. Medianas por provincia.



FUENTE: ÁREA PROGRAMACIÓN REMEDIAR, en base a Formulario B.

Vuelve la Carbamazepina de Remediar a los CAPS

Lamentablemente, la provisión de carbamazepina fue discontinuada desde noviembre de 2003 con la entrega 13. La causa fue la falta de adecuados resguardos de calidad por parte del laboratorio adjudicatario, lo que obligó a suspender la licitación anterior. Con conocimiento de la importancia que para los pacientes epilépticos tiene la continuidad de su tratamiento, anunciamos la reincorporación de la carbamazepina al botiquín de Remediar. La fecha probable de reincorporación es marzo de 2005.

Evaluación del uso de las drogas antiepilépticas en el primer nivel. El problema del modelo de atención.

Dr. Ricardo Bernztein, Lic. Mauricio Monsalvo. Programa REMEDIAR.

Resumen:

Uno de los problemas centrales del modelo de atención en la Argentina es el lugar central de los hospitales. Los pacientes con epilepsia concurren para atenderse a servicios de neurología, en hospitales de alta complejidad, donde el acceso es dificultoso y no hay medicación disponible. REMEDIAR distribuyó medicación antiepiléptica de primera línea a los Centros de Atención Primaria de la Salud, donde el acceso a la atención se facilita. Pero el problema no fue resuelto, ya que la práctica clínica es muy variable y los medicamentos tienen muy altos niveles de stock.

Introducción:

El problema.

La epilepsia es un problema de salud con una prevalencia en nuestra población de 0,5%¹. Si bien la prevalencia es menor

que la de otros problemas, como hipertensión arterial, diabetes, anemia, tratados previamente en los Boletines del Programa REMEDIAR, es también un problema trascendente, ya que la falta de acceso a los medicamentos, hace que un sector de la población no pueda controlar sus síntomas y entonces alcanzar, una calidad de vida satisfactoria.

A partir de la ejecución del Programa REMEDIAR, se han distribuido numerosos tratamientos antiepilépticos. Sin embargo, en muchas oportunidades el problema no se ha resuelto:

- Los pacientes con epilepsia suelen concurrir a servicios de neurología, en hospitales de alta complejidad, donde no hay medicación disponible.
- La medicación es distribuida por REMEDIAR en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), donde no suelen concurrir los epilépticos para su control, por lo que acumula

¹Ver artículo Prof. Dra. Kochen en este mismo Boletín.

importantes niveles de stock.

La paradoja es que **a pesar de haber medicación disponible, el acceso no se ha resuelto adecuadamente.**

El **objetivo** de este artículo es evaluar el uso racional de las drogas antiepilépticas (DAEs) en el primer nivel de atención.

Discusión:

La variabilidad

En el artículo anterior se evalúa la **variabilidad en la práctica clínica** a través de los indicadores frecuencia de prescripción y stock. Se observa que en el cuartil de mayor prescripción, el ritmo es mayor a una receta Remediar cada 100 realizadas para fenitoína y carbamazepina y, de 0,67 para el ácido valproico; mientras que para más de un cuarto de los CAPS el ritmo de prescripción es cero para las tres DAEs. La distribución epidemiológica de los epilépticos no depende del sitio de la consulta, sino que es homogénea, por lo que se puede interpretar que esta variabilidad es inapropiada.

En términos generales, las **variaciones inapropiadas** se dividen en tres categorías²:

1. Variaciones en cuidados probadamente efectivos y seguros para el paciente. En esta categoría probablemente todos los pacientes deberían ser elegidos para el tratamiento. La falla consiste en la subutilización.
2. Variaciones sensibles a preferencias de los pacientes. Cuando hay dos o más opciones médicas aceptables, la elección depende de la preferencia del paciente.
3. Variaciones sensibles a preferencias (u ofertas) de servicios. El sistema (servicios) determina frecuencia de consultas en enfermedades crónicas, tests diagnósticos, derivaciones a especialistas, internaciones, días de estada, etc. Son las que más difícilmente se justifican, ya que están determinadas por la oferta de recursos sanitarios asignados a una población en relación a otra y no por las necesidades de los pacientes.

Las tres categorías de variación inapropiada se producen en la epilepsia: el primer nivel de atención es subutilizado, a pesar de ser efectivo y eficiente; por razones culturales –de capacidad histórica de respuesta a su problema- los pacientes prefieren consultar en los servicios de mayor complejidad; hasta la fecha los servicios de neurología no se han direccionado hacia las necesidades de los pacientes, en cuanto a favorecer el acceso.

Por otro lado, considerando la distribución de las edades de consulta de los pacientes con epilepsia, se ve que los epilépticos que menos consultan en los CAPS son los niños.

Porqué REMEDIAR provee los medicamentos a los CAPS y no a los hospitales. El acceso.

La existencia de gran stock de fenitoína y ácido valproico en casi todos los CAPS, y de carbamazepina en el 50% de ellos, hace reflexionar acerca de la decisión de que los medicamentos se provean al primer nivel de atención.

Los objetivos del Programa REMEDIAR son:

- Garantizar **acceso** a medicamentos esenciales a población en condiciones de mayor vulnerabilidad (pobreza, falta de cobertura).
- Jerarquizar los CAPS, **fortalecer la APS.**

Cada problema de salud presenta sus particularidades. En el Boletín N° 7 (enero 2004) se analizó la infección urinaria en el adulto, de las cuales la "no complicada" representa el 95%. El manejo corresponde claramente al médico generalista o de familia en el CAPS, es la excepción el paciente que debe ser evaluado por un especialista (nefrólogo o infectólogo) en el hospital. A ningún pediatra se le ocurriría que el manejo de una otitis media aguda pudiera corresponder al otorrinolaringólogo. En el Boletín N° 9 se discutió el cuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2³. Allí, el médico generalista en el CAPS tiene un lugar central, pero debe capacitarse y favorecer la interdisciplina, -integrando a través de la referencia y contrarreferencia- las diversas especialidades y los niveles de complejidad.

En la epilepsia, el diagnóstico y la decisión terapéutica corresponden al especialista -neurólogo-. Sin embargo, los pacientes tienen muchas dificultades de acceso a la atención en un establecimiento de 2º nivel, donde encuentra este especialista. Largas distancias, costos de traslado, pérdidas de jornadas laborales, listas de espera para turnos, etc. Es así que, por estos motivos el paciente elige el CAPS para su atención (el 62% de los pacientes que consulta a un CAPS vive a menos de 10 cuadras).

La Dra. Kochen, propone en este mismo Boletín, adecuar el sistema a las necesidades de la población. El neurólogo, hecho el diagnóstico y estabilizado el cuadro, debe ver al paciente en la mayoría de los casos, una vez por año o cada dos años y referir el paciente al CAPS más cercano a su domicilio donde sea seguido por un generalista. El médico generalista, en el CAPS, puede realizar un control clínico, pesquisar efectos adversos y proveer el medicamento. Por dichos motivos, REMEDIAR provee los medicamentos próximos al domicilio de los pacientes, de forma gratuita y como tratamientos completos.

A estos efectos, **se hace necesario que la oferta de servicios esté organizada en red**, para que la población pueda acceder a la totalidad de los recursos sanitarios disponibles. En este enfoque es trascendente reemplazar la búsqueda que el paciente hace -en dónde resolver su problema de salud- por la gestión de la atención en procesos asistenciales por parte del modelo proveedor. Este modelo

²Wennberg J. Unwarranted variations in healthcare delivery: implication for academic medical centers. BMJ 2002;325:961-4

³Bernztein, R. Quién Debe Cuidar la Salud de los Pacientes Diabéticos Tipo 2. Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS REMEDIAR 2004;(2) 9:14.

⁴SIEMPRO: Evaluación de medio término del Programa Remediar. Ver Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS REMEDIAR Nro 15, Nov 2004 (2): 14-5.

debe integrar y asumir las capacidades resolutorias de sus componentes.

Porqué los medicamentos provistos por REMEDIAR son de primera línea. Qué muestra la evidencia disponible.

Existen una serie de revisiones sistemáticas (Colaboración Cochrane) que evalúan comparaciones entre terapias únicas para la epilepsia. Las revisiones comparan el uso de carbamazepina y fenitoína (Tudur Smith 2003), carbamazepina y valproato (Marson 2004), fenitoína y valproato (Tudur Smith 2001), fenobarbital y fenitoína (Taylor 2001), carbamazepina y fenobarbital (Tudur Smith 2002). Hay protocolos de revisiones para comparar carbamazepina y lamotrigina (White 2000), carbamazepina y fenobarbital (Tudur Smith 2000), y carbamazepina y vigabatrin (Kalviainen 2000) que están publicados en la Cochrane Library (acceso a las revisiones completas, algunas en español, con suscripción gratuita desde: www.bireme.org).

La carbamazepina y la fenitoína⁵ son consideradas como tratamientos de primera línea en muchos países para las crisis parciales y las crisis tónico-clónicas generalizadas. En Europa se prefiere el uso de carbamazepina sobre la fenitoína, mientras que la fenitoína se usa con más frecuencia en los EEUU. Hasta la fecha, ningún ensayo ha mostrado diferencias en la eficacia entre estos dos medicamentos, y las diferencias en los abordajes europeo y americano se relacionan con las diferencias que se perciben en los perfiles de efectos secundarios. La carbamazepina ha reemplazado a la fenitoína en Europa puesto que ésta se ha asociado con cambios cosméticos a largo plazo como hipertrofia en las encías y acné. La carbamazepina y la fenitoína han sido comparadas en varios ensayos controlados aleatorios. En la revisión citada se compara el uso de carbamazepina y fenitoína como terapia única en sujetos con crisis parciales, crisis tónico-clónicas generalizadas con o sin otros tipos de crisis generalizadas, no se encontró evidencia que indique una diferencia significativa entre la carbamazepina y la fenitoína para los resultados examinados.

Se comparó también la carbamazepina y el valproato⁶, considerados como tratamientos de primera línea para la epilepsia en Europa y los Estados Unidos, en donde el valproato es el tratamiento de elección para las crisis generalizadas (tónico-clónicas generalizadas, ausencias y crisis mioclónicas) y para los síndromes epilépticos; la carbamazepina, es el tratamiento de elección para las crisis parciales (parcial simple, parcial compleja y crisis tónico-clónicas secundarias generalizadas y para los síndromes epilépticos). A pesar del aparente consenso en la política de tratamiento, hay poca evidencia derivada de ensayos controlados aleatorios para apoyar esta práctica. Se encontró alguna evidencia que apoya la política del uso de la carbamazepina como tratamiento de

primera elección en las epilepsias parciales, pero no se encontró evidencia que apoye la elección del valproato para las epilepsias generalizadas.

La monoterapia con fenitoína versus el valproato para las convulsiones tónico clónicas de inicio generalizado o parcial fue también revisada sistemáticamente⁷. No se encontró evidencia acerca de la existencia de diferencias significativas de los resultados. Estos resultados no son aplicables a las ausencias o a la epilepsia mioclónica.

Por alta eficacia y bajo precio el fenobarbital y la fenitoína, siguen siendo DAEs de primera línea en los países en desarrollo. En Estados Unidos y muchos países de Europa dejaron ese lugar debido a sus efectos adversos. El fenobarbital se asocia a sedación, irritabilidad en niños, ataxia, trastornos del colágeno, osteomalacia. Ambas drogas se asocian a teratogenicidad y anemia megaloblástica por déficit de ácido fólico. Una revisión sistemática⁸ comparó la efectividad del fenobarbital versus la fenitoína para las convulsiones tónico-clónicas de inicio generalizado o parcial. Los resultados favorecieron a la fenitoína, debido a que si bien no hubo diferencias significativas respecto al control de las convulsiones, el fenobarbital fue interrumpido significativamente más, por sus efectos adversos.

La comparación, en una revisión sistemática⁹, del fenobarbital con la carbamazepina como monoterapia para epilepsia mostró: ventajas del fenobarbital para las convulsiones de origen parcial, ventajas de la carbamazepina para las convulsiones tónico clónicas de origen generalizado, mejor tolerancia a la carbamazepina, con mayor tasa de interrupción del fenobarbital por sus efectos adversos.

Evaluación del uso racional de medicamentos.

En la Conferencia de Expertos en URM convocada por la Organización Mundial de la Salud en Nairobi en 1985, se definió: "El uso racional de medicamentos como la condición en la que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un periodo adecuado de tiempo, y al menor costo para él y su comunidad".

La evidencia que muestra que las tres DAEs provistas por REMEDIAR son de primera línea. La falta de evidencia acerca de una clara superioridad de una DAEs sobre otra, la baja frecuencia de consulta de pacientes con diagnóstico de epilepsia, sumado a la falta de claro diagnóstico sobre el tipo de epilepsia (en el Manual CEPS-AP, el código 228 se refiere a la epilepsia en todas las formas), hace que no podamos evaluar cómo se prescribe cada medicamento (supuestamente indicado por el neurólogo en el centro de referencia). Así como parece razonable una mayor tasa de uso de carbamazepina respecto a las otras DAEs, no lo parecen los altos stocks de ácido valproico y fenitoína.

⁵Tudur Smith C, Marson AG, Clough HE, Williamson PR. Terapia única con carbamazepina versus fenitoína para la epilepsia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.

⁶Marson AG, Williamson PR, Hutton JL, Clough HE, Chadwick DW; on behalf of the epilepsy monotherapy trialists. Monoterapia con carbamazepina versus valproato para la epilepsia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.

⁷Tudur Smith C, Marson AG, Williamson PR. Phenytoin versus valproate monotherapy for partial onset seizures and generalized onset tonic-clonic seizures (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.

⁸Taylor S, Tudur Smith C, Williamson PR, Marson AG. Phenobarbitone versus phenytoin monotherapy for partial onset seizures and generalized onset tonic-clonic seizures (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.

⁹Tudur Smith C, Marson AG, Williamson PR. Carbamazepine versus Phenobarbitone monotherapy for epilepsy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

Se observa, como ya se mencionó, para las tres drogas una amplia dispersión en los ritmos de prescripción y en los stocks, aún considerando que fueron interrumpidas las entregas de carbamazepina. Hay CAPS con bajo stock (alto consumo) y CAPS con prescripción casi cero y stock mayor a 24 meses. No hay variabilidad epidemiológica que justifique las diferencias. El planteo de **equidad**¹⁰ es, en el estado de salud, implica favorecer la disminución de las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; y en los servicios de salud, implica recibir atención en función de la necesidad (equidad de cobertura, acceso y uso). **La variabilidad en la práctica clínica es causa de inequidad.** Hay una población de epilépticos sin acceso a la medicación, que vive cerca de CAPS con un stock de medicamentos difícil de almacenar y con mayor probabilidad de vencimiento.

Provincias, como Jujuy y Tierra del Fuego, presentan baja tasa de prescripción y altos stocks de DAES. Puede deberse a diversas razones: los pacientes epilépticos pueden no concurrir a los CAPS por desconocimiento de esta opción, puede haber problemas de integración de la red de atención, puede haber provisión provincial de medicamentos, u otras razones desconocidas. La reducción de las desigualdades en el estado de salud de la población, depende entre otras variables de la reducción de la variabilidad inapropiada.

Las guías de práctica clínica – definidas como enunciados sistemáticamente desarrollados para asistir al profesional y a las decisiones del paciente acerca de la atención médica apropiada para circunstancias clínicas específicas¹¹– son una de las herramientas disponibles para mejorar la calidad de los cuidados y disminuir las variaciones inapropiadas.

¹⁰Infante A, Isaza P, Ruiz P. Lineamientos Metodológicos Para La Realización De Análisis Sectoriales En Salud. Serie Informes Técnicos N° 6. Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 1996.

¹¹Williams G y Martínez Sagasta C. La normatización y la calidad asistenciales. Atención Primaria de la Salud, Boletín PROAPS REMIAR 2004;(2)10:25-7.

Conclusiones:

- REMIAR provee las drogas esenciales para el tratamiento de la epilepsia en el primer nivel de atención.
- Hay evidencias de que todas ellas son efectivas y de primera línea.
- Para los pacientes con epilepsia es prioritario recibir la medicación. Es la única solución a un problema que genera sufrimiento y discapacidad. Sin embargo, a comienzos del Programa, menos de un 10% de la población que podría beneficiarse con el Programa era cubierta por medicamentos REMIAR. En ese contexto, no se justifican los altos stocks de dos de nuestras drogas.
- La variabilidad de la práctica clínica, observada en la comparación de ritmo de prescripción y stock entre jurisdicciones, refleja probablemente diferencias en el modelo de atención, por lo que la variabilidad puede ser considerada como inapropiada.
- Es necesario reformular el modelo de atención. El diagnóstico y tratamiento tienen en el neurólogo y el servicio de neurología un lugar central. El control clínico del paciente, la pesquisa de efectos adversos, la provisión de medicamentos corresponde al médico de atención primaria. Es el modo de lograr que el paciente tenga acceso al medicamento y que los medicamentos sean consumidos por quien los necesita. De ese modo, se logrará mejor nivel de equidad.
- La oferta de servicios – por la gestión de la atención en procesos asistenciales por parte del modelo proveedor– debe organizarse en red, para que la población pueda acceder a la totalidad de los recursos sanitarios disponibles, sin que el paciente deba buscar dónde resolver su problema de salud.

Epilepsias, Abordaje Social y Sanitario

Dr. H.D.Fraiman - Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Posadas

El nombre **epilepsia** proviene del término griego *epilembaien* (atacar, atrapar, sorprender), y constituye una enfermedad caracterizada por la recurrencia de crisis transitorias, breves, de inicio brusco y semiología variada, debidas a una descarga neuronal excesiva e hipersincrónica.

Tan antigua como el hombre, en el continente americano –sempiterno olvidado de aportes culturales– existen evidencias de que los Náhuatl, Mayas e Incas las reconocían y trataban. Los distintos paradigmas acerca del mundo fueron variando las concepciones sobre la enfermedad y su tratamiento, datando las primeras referencias del siglo V a.J.C. en la región mesopotámica en donde se la denominaba *antasabbu*; considerada consecuencia de la posesión demoniaca.

En Grecia (siglos IV-V a.J.C.) hubo dos tendencias contrarias: una la atribuía a causas satánicas, llamándola *morbus sacer* ("enfermedad sagrada") basando su tratamiento en rituales mágicos (exoras-mos), en tanto Hipócrates responsabilizaba al

predominio del humor flemático, y proponía un tratamiento consistente en medidas dietéticas y sueño.

Posteriormente, se probaron distintas medicaciones como la de sangre de gladiador, excremento de cocodrilo, cerebro de camello o sangre de tortuga, relacionándola asimismo con la vida sexual, lo que condujo en Grecia a la abstinencia y hasta la castración, y con fenómenos astrales en Roma ("enfermedad de la luna", de ahí el nombre de "lunáticos" que recibieron los enfermos).

Durante la Edad Media, predominó el concepto demoniaco (*morbus caducus*) asociándola con el pecado o cierta forma de maldad y tratándola con rituales para expulsar los espíritus del cuerpo; esta "caída maldita" producida "por espíritus diabólicos" recibió variedad de tratamientos mágicos y religiosos (desde la utilización de amuletos –*cramp-rings* en Gran Bretaña–, hasta toda clase de tormentos que llegaron hasta el "fuego purificador").

En el siglo XVIII comenzó a ser considerada una afección de origen orgánico y Tissot (*Tratado de Epilepsia*, 1770), aunque aclaró algunos de sus aspectos, retomó la tendencia de adjudicarla a abstinencia o excesos sexuales, y en la Gran Bretaña de 1880 volvió a proponerse la castración; Gowers ante su fracaso terapéutico, sugirió la alternativa de la circuncisión.

A partir del siglo XIX, con Jackson (1861) comenzó su caracterización neurológica ("paroxismo, descarga súbita, excesiva y rápida de la sustancia gris de una parte del cerebro"), y el diagnóstico diferencial entre epilepsia e histeria establecido por Charcot.

La trepanación, comenzada en la antigüedad para liberar la materia "peccans" o maldita, continuó hasta el siglo XVII; desde lo farmacológico se utilizaron peonía, valeriana y muérdago, y en la América precolombina se utilizaron sustancias extraídas de plantas relacionadas con el Sistema Nervioso (valeriana, toronjil, atropina, coca y curare).

Los más grandes avances sucedieron durante los siglos XIX y XX; en 1857 Locock utilizó bromuros, óxido de zinc y belladona; la primera sustancia química sintetizada fue el fenobarbital (1912); en 1938 apareció la fenitoína, en 1946 la precursora de la etosuximida. El valproato, sintetizado en 1940, comenzó a utilizarse en Europa en 1968, y 10 años después en EEUU. En la última década se han ido incorporando nuevos fármacos, como la oxcarbacepina, lamotrigina, gabapentina, etc.

Casi un centenar de años después, muchos pacientes de América Latina, Asia y África con epilepsia siguen padeciendo iguales dificultades a las previas al siglo XX.

La incidencia mundial de las epilepsias es de 24-53 x 100.000 personas x año, y en países de Asia, América Latina y África es de 77-114 x 100.000 personas x año.

La explicación de esta diferencia subyacería en la mayor proporción de patógenos cerebrales que aún afectan a los habitantes de estos continentes (secuelas cerebrales infantiles por mala situación sanitaria -perinatales, infecciones repetidas, algunas infestaciones endémicas- mayor cantidad de traumatismos encéfalo-craneeanos, etc.).

El mismo fenómeno se observa respecto a la prevalencia mundial, con una gran variabilidad desde 2,7 a 4,0 %; en América Latina varía entre países, desde 3,4 % (Cuba) a 5,7 % (Panamá). No hay diferencias relevantes entre géneros, y los pacientes inician mayoritariamente su sintomatología entre la primera y segunda décadas de la vida, lo que no implica que puedan hacerse presentes en cualquier momento, aún en edades avanzadas, y hasta el momento actual las investigaciones realizadas no han logrado determinar fehacientemente la influencia de factores hereditarios.

Referente a la Magnitud Global del Problema la cifra absoluta de enfermos según la OMS (2001) es de 50 millones de personas. La tasa mundial no discriminada por país es de 8,2 x 1.000. La magnitud global para América Latina es de alrededor de 5.000.000, el 40% de los cuales son menores de 20 años, lo que constituye un alto impacto, además de que hay grupos etarios y de género tradicionalmente perjudicados (niños, ancianos y mujeres). A las dificultades preexistentes de atención de enfermos crónicos, se suman las debidas a las reformas del sector de salud de la década del '90 que decrementaron brutalmente el acceso al sistema asistencial. Estos datos debieran servir para elaborar políticas sanitarias reguladas para la prevención primaria, accesibilidad a la atención y al tratamiento.

La problemática actual de la epilepsia en América Latina es multifacética, con características similares en los países que la conforman, y en términos generales pueden agruparse en las relativas al **médico** (insuficiente capacitación de pregrado que puede generar subdiagnóstico o errores; accesibilidad de la tecnología actual a un pequeño porcentaje de médicos generales; inadecuación del número de especialistas acorde a las necesidades asistenciales, y distribución de la mayoría en las grandes ciudades, lo que genera desprotección de quienes viven en ciudades pequeñas, alejadas y de los pobres); de los **pacientes** (escasos pacientes tienen acceso a la atención especializada por el aislamiento de sus comunidades e insuficientes recursos para asistir a grandes poblaciones, no todos aceptan el diagnóstico, buscando tratamientos alternativos, inaccesibilidad económica aún a los fármacos antiepilépticos clásicos), y a los **gobiernos** (insuficiente presupuesto para la salud, por lo cual no todos los Hospitales Públicos incluyen la atención especializada y carecen de recursos para un adecuado diagnóstico y tratamiento; falta de promoción de centros de formación para la atención integral; restricción de la investigación clínica y básica en Universidades y Hospitales; falta de diseño de estrategias de prevención de las causas comunes de epilepsia).

Es necesario que los médicos de APS e internistas reciban un mejor entrenamiento para la continuidad de la atención, y homogeneizar el tratamiento; que pacientes y familiares estén suficientemente informados acerca de los distintos aspectos del padecimiento y que tengan acceso uniforme a programas organizados de atención médica.

En tanto el 80% de los 50 millones de pacientes con epilepsias viven en países subdesarrollados, el consumo de drogas antiepilépticas (DAEs) en estos países es del 20%, proporción exactamente inversa a lo que sucede en los países desarrollados; además, en América Latina al menos 5 millones de personas padecen epilepsia, y más de la mitad no recibe tratamiento, existiendo importantes diferencias entre los países respecto a su disponibilidad en recursos diagnósticos y terapéuticos, así como su distribución en cada país, y un promedio del 80% de la población de América Latina depende del sistema público de salud, que carece del presupuesto necesario, desfavorecido por el porcentaje del gasto en salud del PBI para la salud pública y representando una desigualdad respecto a los países desarrollados. Por lo tanto muchos de los pacientes no son tratados adecuadamente a pesar de que una terapia acertada lograría controlar un buen porcentaje de ellos, y que el mayor costo estimado de la enfermedad es por muerte prematura e incapacidad; esta proporción invertida de pacientes con epilepsia y tratados entre esos países marca la existencia de una enorme brecha entre ambos.

En el nuestro, están en marcha disposiciones para paliar algunos de esos padecimientos, como la promoción de programas de Atención Primaria de la Salud y el acceso gratuito a medicamentos, que en el caso específico de la patología que nos ocupa, incluye la posibilidad del tratamiento mediante los DAEs de primera línea, siendo imprescindible tener en cuenta que el manejo adecuado de los fármacos "clásicos" (fenobarbital, fenitoína, etosuximida, carbamacepina y valproato) logran controlar totalmente las crisis en más del 75% de los pacientes.

Conceptos Farmacéuticos Relevantes

Dra. Gabriela Ettlin – Farmacéutica del Programa Remediari

La provisión de medicamentos para la epilepsia planteó, desde los comienzos del Programa REMEDIAR, problemas que los diferenciaban de los otros medicamentos del Botiquín. La compra y provisión de ácido valproico, carbamacepina y fenitoína requiere estudios de bioequivalencia, que deben cumplir estándares de calidad.

Otros medicamentos antiepilépticos de primera línea, como el fenobarbital o las benzodiazepinas, no fueron incluidos en el Botiquín, ya que se encuentran clasificados como psicofármacos de lista IV (P IV). Cuando se evaluó la implementación de su distribución de dentro del Programa REMEDIAR, se observó que se debía cumplimentar con leyes, resoluciones y disposiciones que impedían al Programa intervenir con la urgencia que la situación social de comienzos de 2002 planteaba.

Es de interés explicitar los conceptos farmacéuticos relevantes y requisitos legales vigentes, que permiten entender las mencionadas situaciones.

Biodisponibilidad: Conceptualmente, es la cantidad (concentración de la droga en la circulación) y velocidad (tiempo insumido) con que un principio activo alcanza la biofase. Por ello, se acepta como definición operativa que la biodisponibilidad es la propiedad de una forma farmacéutica que determina cuánto y cómo llega hasta la circulación sistémica la droga contenida en ella.

La misma se evalúa mediante parámetros fármaco-cinéticos tales como:

- Área bajo la curva, en un gráfico concentración versus tiempo (AUC).
- Concentración máxima alcanzada (C_{máx}).
- Tiempo en el que alcanza la concentración máxima (T_{máx}).

Bioequivalencia: Es la comparación de las biodisponibilidades de una especialidad medicinal tomada como referencia y otra en estudio. Se acepta que el producto en estudio es bioequivalente con el tomado como referencia, cuando sus valores (especialmente "área bajo la curva"), se encuentran dentro del intervalo de confianza del 90% (80%-125%) de los valores del producto de referencia. Se puede inferir que si la concentración plasmática alcanzada es la misma, entonces los efectos terapéuticos también lo serán.

Ventana Terapéutica y Riesgo Sanitario: La ventana terapéutica es el rango de concentración en sangre en el que un medicamento es efectivo sin generar efectos tóxicos peligrosos. También se puede interpretar como el cociente entre la concentración máxima no tóxica y la concentración mínima efectiva de un medicamento. Aquellos medicamentos con una estrecha ventana terapéutica son considerados de riesgo sanitario ALTO. Con el uso de estos medicamentos, si la concentración sanguínea de la droga no se encuentra dentro de la ventana terapéutica, hay más probabilidad de que aparezcan complicaciones de la enfermedad, cuadros amenazantes para la vida o para la integridad psicofísica de la persona, y/o reacciones adversas graves (OMS). Valores de ventana terapéutica amplios corresponden a drogas con riesgo sanitario BAJO. Esta clasificación oficial se puede consultar en la Disposición Nro. 3185/99 del ANMAT.

Botiquín REMEDIAR: Dentro del vademécum de REMEDIAR hay 5 medicamentos que se consideran de "riesgo sanitario ALTO" y requieren estudios de Bioequivalencia según la Disposición Nro. 3185/99 del ANMAT. Los anticonvulsivantes son: el ácido valproico, la carbamacepina y la fenitoína; por otro lado el botiquín contiene levodopa-carbidopa y digoxina.

El Programa resguarda la calidad farmacéutica de todos sus medicamentos, esto se refiere al grado de cumplimiento de los estándares aceptados a nivel internacional.

Condiciones de provisión de psicofármacos

Dispensación: El requisito para la dispensación de los psicofármacos es que esté a cargo de un profesional farmacéutico y que funcione en una farmacia habilitada.

Registro y archivo: Los talones de las recetas de psicofármacos deben quedar archivados por separado del resto de las recetas durante 2 años y pueden ser solicitados en una inspección de la Autoridad Sanitaria. Se debe avisar a dicha Autoridad cuando pasado ese tiempo, se los quiera destruir. Los datos de las recetas entregadas deben ser pasados a un LIBRO RECETARIO el cual deberá mantenerse al día, ya que es pasible de inspección. Estos libros están foliados y se compran para uso en Farmacias. Ante una eventual inspección el dato del stock de cada droga debe coincidir con la diferencia entre entradas y salidas de las mismas. El no cumplimiento de esta Disposición hace pasible de sanciones por la Autoridad Sanitaria.

Depósito: Los psicofármacos deben estar separados del resto de los medicamentos y bajo llave, con acceso restringido al farmacéutico.

Tránsito: El tránsito interprovincial de psicofármacos debe acompañarse siempre por un remito en el que se detalla exclusivamente los psicofármacos transportados, y se debe archivar como documento de entradas de medicamentos. Estos datos se deben registrar en el libro foliado.

Compra: Incluso desde el punto de vista de la compra de psicofármacos, los requisitos y condiciones varían de acuerdo a si los proveedores son nacionales o extranjeros. La Autoridad Sanitaria que rige estas operaciones es el INAME, Dpto. de Estupefacientes y Psicotrópicos, y es la ONU quien define y regula el comercio de los Psicotrópicos y los Estupefacientes a nivel mundial. Lo hace a través de la JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes) y antes del 30 de marzo de cada año se debe solicitar al INAME la autorización para importar la cantidad de unidades que se desean comprar el año siguiente a través de un formulario especial. La ONU establece cupos para la importación para cada comprador, y también cabe la posibilidad de que esta Entidad no tenga unidades para otorgar al país. Se debe hacer una inscripción de la Empresa para Sustancias Controladas en el INAME. Para cada compra se deberá gestionar el certificado oficial de importación, y se presenta una copia del despacho dentro de las 24 horas de ingresado. Todas estas operaciones están bajo el control y supervisión del Dpto. de Estupefacientes y Psicotrópicos, incluyendo los trámites de importación.

Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de la Epilepsia en la APS

Prof. Dra Silvia Kochen - Jefa del Centro de derivación de Epilepsia, Hosp. "Ramos Mejía", de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires - Profesora Adjunta de Neurología, Fac. Medicina - Univ. Buenos Aires - Investigadora Independiente CONICET - Investigadora Principal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires - de Salud y Ambiente de la Nación.

Introducción

La epilepsia afecta alrededor del 0,5 % (1 cada 200 habitantes) de la población (1). En nuestro país hay alrededor de 200.000 pacientes con epilepsia (2). Es la enfermedad más común de las patologías neurológicas crónicas, siendo el motivo de consulta más frecuente en los servicios ambulatorios de neurología (3). Puede presentarse en cualquier persona, sin distinción de sexo, raza, o nivel socio-económico. El inicio es más frecuente en los primeros 20 años de vida, sin embargo puede comenzar a cualquier edad (4).

Para aproximadamente el 70 % de los pacientes que padecen epilepsia -si el diagnóstico fue establecido en forma adecuada y el tratamiento indicado es correcto- la enfermedad presenta un excelente pronóstico, con una remisión completa para la mayoría de los enfermos de este grupo. El 30 % restante continúa con la enfermedad y, a este cuadro se lo denomina epilepsia refractaria (5-6-7).

Por otra parte debemos considerar el componente social que acompaña al diagnóstico de epilepsia, independientemente del tipo y grado de epilepsia que presente. Cuestiones históricas y culturales generan una situación particular que rodean al enfermo, desde el momento en que se establece el diagnóstico. Esto obliga a un acompañamiento terapéutico, por ejemplo del tipo de grupos de autoayuda, tareas de información y divulgación al paciente y familiares, junto a la terapia con drogas antiepilépticas o en los casos indicados al tratamiento quirúrgico.

Lo anteriormente planteado nos confronta a una enfermedad que presenta en general buen pronóstico, a condición que se establezcan criterios diagnósticos y de tratamiento adecuados. Si estos pacientes no reciben el tratamiento correspondiente, se transforman en una población de riesgo, con un elevado grado de discapacidad.

A partir de algunas investigaciones realizadas a nivel experimental, desde el inicio de nuestro siglo, se han podido generar poblaciones neuronales "epilépticas" a través de diferentes métodos experimentales. Estos métodos son capaces de inducir potenciación post-sináptica a largo plazo, fenómeno que ha sido homologado a la capacidad de las neuronas a "aprender" a ser epilépticas.

Las crisis de epilepsia, consisten en súbitos cambios de la actividad neuronal que interfieren con el funcionamiento normal de la red neuronal. Durante una crisis de epilepsia, la red neuronal presenta una descarga hipersincrónica, en forma de típicas oscilaciones que frecuentemente se propagan a través del cerebro, involucrando progresivamente a la mayor parte del mismo. Estas oscilaciones se pueden observar a través de los potenciales de campo locales, como solemos verlos en el electroencefalograma (EEG).

El análisis clínico, a través de la semiología de la crisis epi-

léptica, nos permite determinar la topografía de la zona epileptógena, es decir del sitio de la corteza que da origen a la epilepsia. El lóbulo temporal es, por frecuencia, el más afectado en la epileptogénesis, en especial las estructuras mesiales, seguido por el lóbulo frontal y el lóbulo parietal.

En la última década se asume que la epilepsia incluye diferentes Síndromes Epilépticos. La clasificación se basa en el tipo de crisis, los hallazgos en el examen físico, la edad de comienzo de las crisis, las características electroencefalográficas y las neuroimágenes. Esta situación permitió establecer un pronóstico de acuerdo al síndrome (8).

A continuación proponemos un modelo de atención y criterios de derivación del paciente con epilepsia en el sistema de salud.

Conducta a seguir en el CAPS:

Si el paciente llega al CAPS, como primer lugar de consulta, y el médico establece la sospecha diagnóstica de epilepsia, resulta conveniente que le indique tratamiento sintomático con benzodiazepinas. Existen numerosas publicaciones que han demostrado que indicar drogas antiepilépticas en forma precoz no modifican el pronóstico de la enfermedad (4,5,7), por esta razón no resulta necesario apresurarse en indicar un tratamiento específico sin tener el diagnóstico de certeza.

Considerando las implicancias sociales del diagnóstico de epilepsia, a pesar del buen pronóstico de la misma para la mayoría de los enfermos, resulta imprescindible que el médico del CAPS brinde información y apoyo al paciente y al grupo familiar hasta que el enfermo sea asistido por el especialista y se establezca el diagnóstico definitivo.

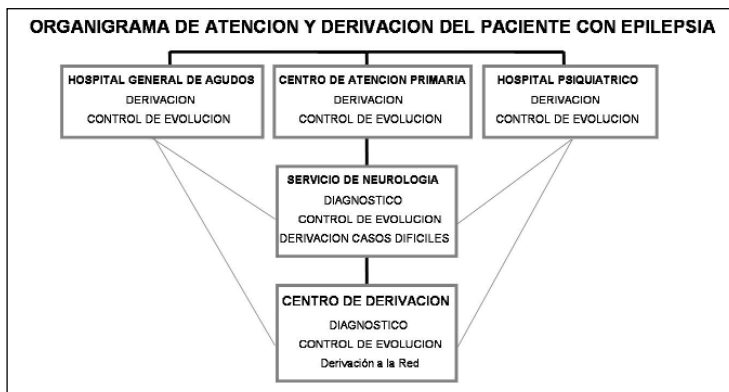
Una vez realizado el diagnóstico resulta fundamental para el enfermo el control de la evolución de la enfermedad por parte de su médico de cabecera, para recibir un cuidado integral.

Conducta a seguir en el centro especializado:

Tal como se describe en el organigrama propuesto, el diagnóstico y la indicación del tipo de tratamiento debe ser realizado por el especialista. Al tratarse de una patología crónica, como mínimo dos años, el seguimiento de la evolución debe ser realizado por el médico clínico de cabecera. El control con el especialista, se debe volver hacer en caso de mala respuesta al tratamiento indicado o pasado el período de dos años, si el paciente presenta remisión de sus crisis, en cuyo caso se plantea el alta médica.

Resulta fundamental la relación entre el especialista y el médico del CAPS, a modo de ejemplo se propone a continuación, una plantilla de Referencia y Contra Referencia.

Propuesta de Atención y Derivación del Paciente con Epilepsia



Programa para la Atención Integral del Paciente con Epilepsia

Referencia
Se solicita la evaluación por el especialista en Neurología del paciente:

Apellido y Nombre.....

D.N.I / C.I / L.C./..... **Edad:**.....

Resumen de Historia Clínica.....

Estudios realizados

Tratamiento actual.....

Diagnóstico presuntivo:.....

Médico Solicitante:.....

Institución:..... **Firma:**.....

Fecha:.....

Contra Referencia
Informe del Especialista

Hospital:.....

Apellido y Nombre del paciente.....

D.N.I / C.I / L.E./ L.C./..... **Edad:**..... **Clínica:**.....

Diagnóstico:.....

Estudios realizados:.....

Tratamiento indicado:.....

Se indica control en:.....

Se sugiere no modificar el tratamiento indicado. En caso de presencia de efectos secundarios a las drogas anti-epilépticas o falta de respuesta, se recomienda anticipar el control indicado por el especialista.

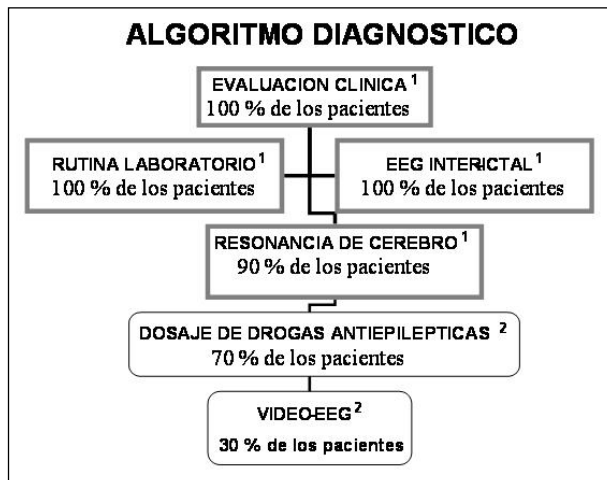
Médico Tratante..... **Firma:**

Fecha:

DIAGNÓSTICO

La epidemiología de las enfermedades no transmisibles, en general no incluye a la Epilepsia en la agenda de la OMS o de la OPS. Desde el año 2000, nuestro grupo de trabajo coordina un Programa de Vigilancia Epidemiológica de Epilepsia, en el marco del Ministerio de Salud de la Nación, Programa Vigía (9). La notificación de los casos de epilepsia se hace en base a la información recogida en Unidades Centinelas especializadas en epilepsia, estableciendo una red de diagnóstico y tratamiento en todo el país. Uno de los objetivos de dicho Programa es integrar el mayor número posible de Unidades, y cada una de éstas articule, a través de sistema de referencia y contra referencia, sus actividades con el resto del sistema de salud, tal como se viene haciendo en algunas regiones de nuestro país.

En los Centros especializados, se trabaja con un algoritmo diagnóstico (Figura: Algoritmo Diagnóstico). Los cuadros señalados con 1, deberían realizarse en todos los pacientes. Los cuadros con 2 son aplicables, sólo para aquellos pacientes con una mala evolución.



Historia Clínica, en la cual además de consignar los antecedentes personales y familiares, se jerarquizan las características semiológicas de las crisis, el tipo de crisis y de epilepsia de acuerdo a las clasificaciones internacionales de la ILAE 1981 y 1989 (8).

El diagnóstico de la epilepsia se puede establecer en alrededor del 70 % de los casos, sólo con la descripción clínica de las crisis hecha en forma histórica por el paciente y/o por los observadores directos de las mismas, se requiere de recursos humanos especializados, para su correcta interpretación. Las crisis se inician en forma súbita y en general finalizan de la misma manera, el paciente puede presentar un período de confusión al finalizar la crisis, pero es parte del período postictal. Una crisis puede durar desde 1 segundo a 5 minutos aproximadamente. Todos los síntomas que se pueden observar durante la crisis, o que el paciente experimenta, están en relación con el sitio de origen de la epilepsia a nivel de la corteza cerebral y con la propagación de la descarga. Para la mayoría de los pacientes la recuperación es total, sin quedar secuela alguna de la crisis.

En aproximadamente el 30 % restante de los pacientes en

los cuales no resulta suficiente el relato de la crisis o la observación del episodio, resulta imprescindible contar con recursos tecnológicos adecuados para establecer el diagnóstico.

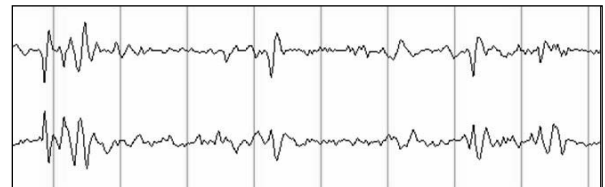
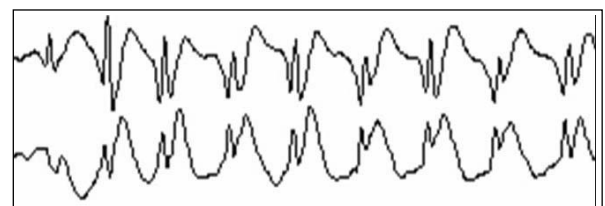
EEG:

Una de las herramientas esenciales para el diagnóstico complementario de la epilepsia es el EEG. Los objetivos del EEG en el diagnóstico de la epilepsia son:

- " Contribuir con datos para el diagnóstico de epilepsia.
- " Contribuir al diagnóstico diferencial entre epilepsia y otras patologías episódicas.
- " Contribuir a la clasificación de epilepsias y síndromes epilépticos.

Recomendamos para la evaluación del EEG interictal, utilizar como mínimo 16 canales. Los montajes deben tener un diseño que garantice una muestra espacial (más del 70% de los electrodos del Sistema 10-20 Internacional). Los EEG en pacientes con diagnóstico posible/probable de epilepsia deben tener una duración no menor a 1 hora. Y sugerimos firmemente realizar EEG de sueño, se puede utilizar el sueño de la siesta, dado que se logra incrementar la sensibilidad y especificidad diagnóstica en más del 90 % (10-11). El EEG de rutina debe incluir además, una hiperventilación de 3 minutos, y estimulación fótica con diferentes frecuencias de flash con ojos abiertos y cerrados.

La actividad interictal típica de epilepsia, se presenta en formas de descargas aisladas o en cortas salvas. Como se observa a continuación, puede adoptar tres formas básicas:

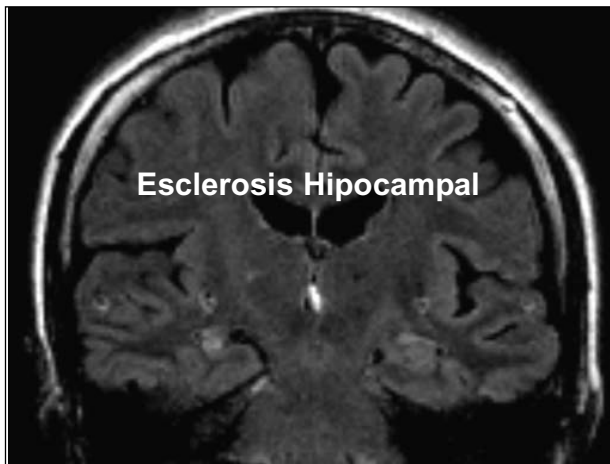
Ondas agudas o Puntas**Complejos de Puntas-Ondas**

Las anomalías del EEG interictal, sin evidencias clínicas, no permiten establecer el diagnóstico de epilepsia. Por otra parte, el primer EEG en pacientes con presunción de epilepsia, realizado en condiciones estándares, vigilia y 20 minutos de duración, sólo presenta descargas patológicas en el 50 % de los casos (12).

Técnicas de neuroimágenes- Resonancia Magnética de Cerebro (MRI):

No se justifica en la actualidad la realización de una

Tomografía Computada de cerebro (TAC). Se debe indicar una MRI en todos los pacientes con diagnóstico de epilepsia, excepto en aquellos que se identifique un síndrome benigno. Las MRI han desarrollado la capacidad de detectar lesiones que antes eran ignoradas y han permitido relacionarlas con síndromes específicos, lo cual contribuye a la elección del tratamiento adecuado y predecir el pronóstico. Sugerimos la realización de MRI, utilizando secuencias de optimización (13). A pesar de estos adelantos, aproximadamente en un 40% de los pacientes no logramos determinar la etiología de la enfermedad. En el trabajo realizado con las Unidades Centinelas en el Programa Vigía (9), los resultados de las IRM fueron patológicas en el 52,29 % de los casos. Las patologías mas frecuentes fueron, malformaciones del desarrollo cortical en el 25.95% de los pacientes; esclerosis hipocampal en 18.70%; malformaciones vasculares en 5.34% y tumores en el 3.82% de los enfermos.



Video-EEG :

El video-EEG consiste en el registro simultáneo de la filmación de la crisis y el EEG ictal. El video-EEG permite registrar las crisis en forma espontánea o por activación (hiperventilación, sueño espontáneo, privación de sueño, privación de la medicación). El tiempo de registro tiene una duración aproximada de entre 3 ó 4 días hasta lograr el registro de las crisis. En la mayor parte de los pacientes se debe disminuir el tratamiento. En todos los casos el paciente permanece internado.

Se indica en todos los pacientes candidatos a cirugía de la epilepsia, o en aquellos que resulte dificultoso caracterizar el tipo de crisis y/o en pacientes con sospecha de crisis no epilépticas.

Esquema de Tratamiento con drogas Antiepilépticas

| Drogas de 1ra elección | Dosis: kg/día | Tipo de Epilepsia | Efectos Adversos |
|--|----------------|--|--|
| Carbamazepina | 600mg - 2000mg | Parcial/Generalizadas Tónico-clónicas | Rash. Visión borrosa o doble. Inestabilidad y náusea puede observarse al inicio o con dosis elevadas |
| Acido Valproico en cualquiera de sus sales | 400mg - 2000mg | Generalizada Tónico-clónicas Ausencias/ Parcial | Somnolencia y temblor. Caída del cabellos. Aumento de peso |

TRATAMIENTO

En realidad no existen hasta la fecha "drogas antiepilépticas" (DAEs), a pesar que se las denomina de esta manera. En caso de no tener certeza en el diagnóstico de epilepsia, no se debe indicar DAEs, dado que éstas no tienen ningún efecto preventivo. Se recomienda manejarse con benzodiazepinas, que tienen efecto sintomático, anticonvulsivo, y presentan beneficios farmacocinéticos, rápida acción y rápida eliminación. Una vez establecido el diagnóstico definitivo de epilepsia y del tipo de crisis o síndrome, se comenzará con la droga de elección de acuerdo a la sistemática recomendada.

El objetivo fundamental del tratamiento de la epilepsia, es lograr que el paciente permanezca libre de crisis, con la medicación en la mínima dosis aceptada y sin las complicaciones psicosociales generadas por la enfermedad. Aunque el tratamiento con DAEs es la terapia de elección, los aspectos psicológicos y sociales deben ser abordados en forma paralela. Este enfoque beneficia la calidad de vida del paciente así como su ámbito familiar y social.

El estigma que la sociedad mantiene sobre la epilepsia, genera inhabilitaciones sociales. En la mayoría de lo casos no dependen de las condiciones de la enfermedad, sino de la discriminación a la que se ve sometido el paciente. El poder establecer un reconocimiento objetivo de las capacidades del sujeto, conocer el nivel de escolaridad formal alcanzado y relacionar estos datos con su inserción laboral, incorporando la autovaloración del enfermo sobre su calidad de vida, resulta esencial para revertir esta situación.

La historia natural de la epilepsia sin tratamiento es desconocida. Por lo tanto dos importantes cuestiones no tienen aun una respuesta de certeza: Cuál es la posibilidad de remisión espontánea y Cuál es el efecto del tratamiento precoz en la evolución.

En los dos mayores estudios de población (Rochester, US (1) y Kent, UK (5)), se observó que el 76 % y el 73 % del total de los pacientes con epilepsia estaban en remisión de sus crisis. La mayoría en los 2 primeros años. No se observó ninguna asociación entre la buena evolución y alguna DAE particular. Sin embargo, no hay dudas acerca del beneficio inmediato del tratamiento con fármacos antiepilépticos.

En América Latina el 45 a 70% de los pacientes debe pagarse de su bolsillo las DAEs (14-15).

Esta particular situación exige un uso racional de la medicación, para el tratamiento de esta población. Sugerimos un esquema de tratamiento, que tiene consenso por los especialistas de nuestro país y a nivel internacional (16-17).

| Drogas de 2da elección | | | |
|--------------------------------------|------------------------|---|--|
| Oxcarbacepina | 1200mg - 2400mg | Parcial (en pacientes con patología hepática, o uso de otras drogas que disminuyan su acción) | Rash. Visión borrosa o doble. Inestabilidad y náusea puede observarse al inicio o con dosis elevadas |
| Etosuccimida | 750mg - 1500mg | Ausencias | Náusea, somnolencia e irritabilidad puede observarse al inicio o con dosis elevadas. Pérdida de peso |
| Fenobarbital | 30mg - 200mg | Generalizada | Somnolencia puede ocurrir al inicio. Sedación y lentificación en las actividades mentales pueden persistir. |
| Fenitoína en cualquiera de sus sales | 150mg - 600mg | Generalizada/ Parcial | Rash. Somnolencia. Encías inflamadas, aumento del vello, acné, se puede observar con tratamiento prolongado. Con dosis elevadas nistagmus y ataxia. |
| Clonazepam/ Clobazam | 1mg - 4mg /20mg - 50mg | Generalizada/ Parcial | Somnolencia y sedación. Desarrollan tolerancia. |

Drogas indicadas cuando no hay una adecuada respuesta con las drogas de primera y segunda elección. Se indican como drogas coadyuvantes. Se puede dejar en monoterapia si la respuesta es positiva

| | | | |
|---------------|-----------------|---|---|
| Lamotrigina | | Generalizada/ Parcial | Rash, debe iniciarse en forma lenta la dosis indicada. Somnolencia, Visión doble, mareo, cefalea. |
| Topiramato | 200mg - 800mg | Parcial | Somnolencia, Visión doble, mareo. Pérdida de peso. Pensamiento anormal. Puede ocurrir lentificación mental con dosis elevadas. |
| Levetiracetam | 1000mg - 3000mg | Parcial | Somnolencia, irritabilidad, insomnio, mareo, cefalea, temblor. |
| Vigabatrina | | Parcial (con control campo visual cada 6 meses) | Somnolencia, náusea, cambios en la conducta. Reacciones psicóticas. Alteraciones del campo visual fueron observadas en una de cada tres personas que toman vigabatrina. |

Situaciones especiales

| | | | |
|-------------|-----------------|--|---|
| Vigabatrina | 1000 - 4000mg | síndrome de West (con control campo visual) | |
| Gabapentin | 1800mg - 3600mg | Parcial | Somnolencia, mareo, cefalea y fatiga. |
| Felbamato | 15 a >75 mg | Sínd. Lennox (con control hematológico y hepatograma en forma quincenal) | Anorexia, anemia aplásica, hepatotoxicidad, insomnio, náusea, somnolencia, pérdida de peso. |

El costo de la epilepsia ha aumentado en los últimos años, debido a la aparición de las nuevas DAEs, éstas tienen un costo entre 50 y 300 veces más elevado que las DAEs denominadas clásicas¹⁴⁻¹⁸. En función de los resultados encontrados hasta la fecha el aumento de los costos debido a las nuevas drogas en población de pacientes no seleccionados, no pareciera justificarse. Si, en cambio en los pacientes con epilepsia refractaria en los que se puede observar una respuesta positiva en alrededor un 30 a 40 % de ese grupo¹⁸⁻

¹⁹⁻²⁰.

Otro aspecto que aumentó los costos es la evaluación prequirúrgica y cirugía de la epilepsia²¹, aunque fue demostrado que el costo es más elevado en comparación al tratamiento con DAEs en los primeros años, se iguala y disminuye a partir de los 10 años del tratamiento quirúrgico. El 20 a 30 % de los pacientes epilépticos son refractarios al tratamiento con drogas convencionales por lo que se indica en algunos casos, cirugía de la epilepsia²².

PROTOCOLO INICIAL a realizar en el Centro de Salud

1) Si el paciente ingresa al Centro en el período ictal el paciente debe ser lateralizado para prevenir bronco aspiración.

2) No colocar objetos en la boca del paciente durante el período ictal.

3) En el post-ictal inmediato inmovilizar la columna cervical si se sospecha trauma

4) Mantener vía aérea permeable preferentemente con tubo de mayo, ventilación con oxígeno a alto flujo preferentemente con cánula nasal.

5) Registre signos vitales y monitoree actividad cardíaca.

6) No administrar ninguna medicación a menos que se encuentre en status epiléptico en ese caso se debe continuar el protocolo de acuerdo al tratamiento instituido en el período pre-hospitalario o de traslado (ver protocolo de status epiléptico).

7) El primer paso es determinar si el evento clínico es verdaderamente una crisis de epilepsia. Se debe realizar diagnóstico diferencial con: Síncopes, ACV en su forma de ataque isquémico transitorio, migraña con aura, amnesia global transitoria y vértigo paroxístico entre otras.

Una mención aparte merecen las crisis psicógenas que en ocasiones son difíciles de diferenciar de las verdaderas crisis epilépticas.

Si se concluye que la sospecha es que se trata de crisis de epilepsia pasar a:

8) Determinar si se trata de un paciente epiléptico crónico o si padeció una crisis o crisis de reciente comienzo. En ambos casos pero particularmente en la segunda situación se debe buscar un factor precipitante, para lo cual se debe realizar:

9) En todos los casos: examen clínico y neurológico completo, en búsqueda de signos neurológicos focales, signos de hipertensión endocraneana, signos meníngeos y valoración temporal y seriada del estado de conciencia para determinar si se trata de un estado postictal (mejoría progresiva en general) o de alguna situación diferente.

DERIVACION AL CENTRO HOSPITALARIO

10) En todos los pacientes, pero principalmente en los pacientes con crisis de reciente comienzo, se debe realizar exámenes de laboratorio que incluyan, glucemia; sodio, potasio, calcio y magnesio séricos, hemograma completo, urea, creatinina, hepatograma completo y coagulograma. Si hay sospecha de intoxicación guardar suero para dosajes de tóxicos. Si el paciente presenta epilepsia crónica se debe realizar dosajes de niveles de drogas antiepilépticas y si no están disponibles guardar muestra de suero.

11) Punción lumbar y estudio físico químico y bacteriológico del líquido cefalorraquídeo. Se debe realizar en pacientes con crisis y persistente alteración del estado de conciencia (falta de mejoría progresiva) y/o fiebre y/o leucocitosis y/o síndrome de respuesta inflamatoria inespecífica y/o ausencia de claro factor precipitante de las crisis. Si además hay signos de hipertensión endocraneana y se sospecha infección del S.N.C. iniciar tratamiento empírico para meningitis bacteriana. Luego realizar TAC cerebral para descartar riesgo de herniación y proceder en consecuencia.

Si hay sospecha de encefalitis solicitar PCR para virus herpes en LCR y adicionar al tratamiento antibiótico aciclovir.

12) Resonancia magnética de cerebro, en caso de no contar con la misma, TAC de cerebro debe ser realizada con urgen-

cia en pacientes con signos neurológicos focales, signos meníngeos, signos de hipertensión endocraneana, persistente deterioro del estado de conciencia, cefalea, fiebre o historia de trauma.

PROTOCOLO DE STATUS EPILÉPTICO (Se atiende siempre en un centro hospitalario)

1) Si la crisis convulsiva dura más de 5 minutos o si durante 30 minutos las crisis se repiten sin recuperación de la conciencia entre convulsiones, considerar el diagnóstico de status epiléptico convulsivo y continuar con las siguientes medidas.

2) Establezca acceso venoso (catéter 18 o mayor a 9) y colocar suero fisiológico. A este momento lo consideramos tiempo cero.

3) Si es posible determinar glucemia.

4) Si no es posible determinar la glucemia o si la misma es menor a 80 mg/ml. en adultos administrar 25 gramos de Dextrosa (50 ml. de dextrosa al 50 % o 100 ml. de dextrosa al 25 %). En niños administrar 2 ml./kg. de dextrosa al 25%.

5) En forma simultánea administrar tiamina 100 mg/ IV.

6) Administrar lorazepan 0.1 mg/kg a una velocidad de 2 mg/min. IV (ej. para paciente de 70 Kg., 8 mg a pasar en 4 minutos) o diazepam 0.2 mg/kg. a una velocidad de 2 mg/min. IV (ej. para paciente de 70 Kg, 15 mg a pasar en 8 minutos) el diazepam debe ser administrado por vía IV directa diluido con sangre del paciente para evitar que se precipite.

7) Administrar inmediatamente difenilhidantoína 15 a 20 mg/kg. diluido en solución fisiológica a una velocidad de infusión de 50 mg/min. en adulto (ej. para paciente de 70 Kg, 1200 mg de difenilhidantoína a pasar en 30 minutos) y a una velocidad de infusión de 1mg/kg/min. en los niños. Realizar control de signos vitales y monitorear actividad cardíaca estrictamente durante la infusión. No administrar en pacientes mayores de 70 años, en cardiopatías, bradicardia o bloqueo aurículo-ventricular de primero, segundo o tercer grado.

8) Sólo si hay contraindicación para difenilhidantoína, administrar fenobarbital 10 a 20 mg/kg. diluido en solución fisiológica o dextrosa al 5 % a una velocidad de infusión de 100 mg/min. en adulto (ej. para paciente de 70 Kg, 1000 mg de fenobarbital a pasar en 15 minutos). Si es necesario realizar intubación oro-traqueal, colocar sonda nasogástrica e iniciar asistencia ventilatoria.

9) Si las crisis convulsivas se repiten durante la infusión de difenilhidantoína o de fenobarbital o luego de que la infusión se completó volver a administrar lorazepan 0.1 mg/kg. a una velocidad de 2 mg/min. IV (ej. para paciente de 70 Kg, 8 mg a pasar en 4 minutos) o diazepam 0.2 mg/kg. a una velocidad de 2 mg/min. IV (ej. para paciente de 70 Kg, 15 mg a pasar en 8 minutos) el diazepam debe ser administrado por vía IV directa diluido con sangre del paciente para evitar que se precipite. Si es necesario realizar intubación oro-traqueal, colocar sonda nasogástrica e iniciar asistencia ventilatoria si hay signos de insuficiencia respiratoria.

10) Si las crisis persisten a los 60 minutos de iniciado el tratamiento: considerar el manejo en la unidad de cuidados intensivos. Administrar dosis adicionales de difenilhidantoína de a 5 mg/kg. diluido en solución fisiológica a una velocidad de infusión de 50 mg/min. en adulto y a una velocidad de

infusión de 1mg/kg/min en los niños, hasta una dosis máxima de 30 mg/kg.

11) Si las crisis persisten, realizar intubación oro-traqueal, colocar sonda nasogástrica e iniciar asistencia ventilatoria si no fueron hechos previamente. Y si no fue administrado, iniciar fenobarbital 10 a 20 mg/kg. diluido en solución fisiológica o dextrosa al 5 % a una velocidad de infusión de 100 mg/min. en adulto (ej. para paciente de 70 Kg, 1000 mg de fenobarbital a pasar en 15 minutos)

12) Si las crisis persisten avisar al anestesiista o al especialista en terapia intensiva para realizar anestesia general con tiopental dosis de carga de 5 mg/kg. (200 mg para un adulto) y luego dosis de mantenimiento de 1-5 mg/kg./h en adultos y 1-3 mg/kg./h en niños. En esta etapa se requiere monitoreo del EEG, el objetivo es obtener el patrón eléctrico de paroxismos y supresión.

Bibliografía

1. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota: 1940-1980. *Epilepsia*. 1991 Jul-Aug;32(4):429-45.
2. Melcon MO, Kochen S, Vergara RH, Anderson DW. Prevalence of Epilepsy in an Argentine Community. *Neuroepidemiology* 2002; 21:209
3. Shorvon SD. Epidemiology, classification, natural history, and genetics of epilepsy. *Lancet*. 1990 Jul 14;336(8707):93-6.
4. Sander JW. The epidemiology of epilepsy revisited. *Curr Opin Neurol*. 2003 Apr;16(2):165-7
5. Cockerell OC, Johnson AL, Sander JW, Shorvon SD Prognosis of epilepsy: a review

and further analysis of the first nine years of the British National General Practice Study of Epilepsy, a prospective population-based study. *Epilepsia*. 1997 Jan; 38(1):31-46.

6. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34: 592-6.
7. Kochen S, Melcon M. Prognosis of Epilepsy in a Community-Based Study: Eight years of Follow-up in an Argentine Community. 2004 (in press).
8. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy: Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981;22:489-501. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989;30:389-99
9. Kochen S, Centurion E, Cabrerros M., Florida J., Pelly Noble F, Somoza M., Peralta M., Melcon M., Solis P, Escaray G., Giobellina R. Epidemiologic vigilance of epilepsy in Argentina. *Epilepsia* vol 44 suppl 8, 2003.
10. Kochen S. Estándares de EEG en el diagnóstico de epilepsia. *Epilepsy World Congress, Commission of Neurophysiology of International League Against Epilepsy (ILAE)*, 2003.
11. Binnie CD, Stefan H. inter-ictal epileptiform activity record wake and sleep EEG. *Clin Neurophysiol* 1999; 110: 1671-1697.
12. Sundaram M, et al. EEG Clin Neurophysiol 1990.
13. Consalvo D, Consalvo D., Kochen S., Silva W., Oddo S., Giagante, B., Salgado P.; Schuster G.; Sica R.E.P. et al. Resonancia magnética y localización clínica y electroencefalográfica en la epilepsia focal. *Medicina* (Buenos Aires), 2001; 61: 53-6).
14. Kochen S. AEDs in a developing country. *Lancet*, 1999
15. Informe de las Americas. OPS, 2000
16. Revista Neurológica Argentina, Vol. 25, Sup. 2, 1 -48, 2000.
17. Commission of treatment International League Against Epilepsy (ILAE), 2003.
18. Levy . Cost of AEDs, *Epilepsia*, suppl. 2002
19. Fisher RS. Emerging antiepileptic drugs. *Neurology* 1993; 43 (Suppl 5): 12-20.
20. Marson AG, Kadir ZA, Hutton JL et al. The new antiepileptic drugs: a systematic review of their efficacy and tolerability. *Epilepsia*. 1997; 38:859-880.
21. Platt and Sperling, Surgical and medical cost. *Epilepsia*, suppl. 2002
22. Engel, J. Surgical treatment of the Epilepsies. In: Chapter 20-21. Lippincot-Raven; 1996.

Testimonio: Vivir con Epilepsia

Sr. Jorge Lovento - Paciente, coordinador de los Grupos de Autoayuda del Centro de Referencia de Epilepsia, Hospital "R. Mejía", Ciudad de Buenos Aires.

Vivir con epilepsia supone un canto desesperanzado desde una visión no asumida que pregona Apocalipsis por doquier. En este contexto la lástima y la automarginación, sumadas al flagelo de una discriminación creciente, no permite la evolución del paciente en su tratamiento, ni de su desarrollo natural como ser humano.

La familia en todo esto juega un rol fundamental, dado que dependen factores psicológicos y ambientales. La familia como tal es el termómetro emocional del integrante con la patología, y es primordial que no se lo trate como a un enfermo, sino como a un integrante más, y esto es a partir de que los padres no sólo asuman la enfermedad de su hijo, sino que además tienen que aprender a manejar sus propios temores fundados o no.

Pero no todo es tan caótico, la epilepsia tiene hoy un pronóstico favorable en la mayoría de los pacientes.

La epilepsia también tiene otros costados desagradables que tienen que ver con la estigmatización de la enfermedad, dado que no es socialmente aceptada por lo tanto un individuo que padezca epilepsia va a ser rechazado o mal mirado en distintos ámbitos, como ser la escuela o el trabajo.

Toda la problemática va a ir cambiando en la medida que se tome conciencia a partir de programas educativos que plasmen otra realidad, que sea capaz de eliminar y erradicar definitivamente preconceptos que estimulan la ignorancia y los prejuicios.

Otro punto importante es la difusión por todos los medios de comunicación que estén al alcance de nuestras manos como una bisagra entre dos tiempos.

Resulta imprescindible poder acceder a los medicamentos que se nos indican. En ocasiones se hace difícil y es muy penoso cuando por no poder conseguir el tratamiento, volvemos a presentar crisis, que ya habían sido controladas.

Transformar la realidad es la consigna especialmente desde el punto de vista laboral, dentro del contexto social de referencia, dado que si hacemos un balance del recorrido hasta el presente es altamente favorable y alentador, por cuanto el trabajo no sólo ha sido cuantitativo sino cualitativo y lleno de expectativas.

Es el compromiso de alguien que ha padecido epilepsia a lo largo de su vida, y que hoy puede dar fe de su cura definitiva.

Abordaje del Paciente Sincopal en la Práctica Médica Ambulatoria

Dr. Eduardo Jorge Silvestre - Pediatra - Médico de Planta del Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan
Coordinador del Equipo Multidisciplinario de Síncope y Muerte Súbita. Htal. Garrahan
Magíster en Psiconeuroinmunoendocrinología. Universidad Favaloro.

Introducción

La presentación súbita de un episodio sincopal en un individuo previamente sano es un motivo frecuente de consulta en la práctica médica. Algunos trabajos epidemiológicos demuestran que hasta un 20 % de la población general lo ha experimentado en alguna oportunidad.

La recurrencia de los episodios, conlleva una importante morbilidad para el paciente y su familia y genera la utilización, a veces innecesaria, de numerosos recursos económicos y humanos.

Son variadas las patologías que pueden cursar con eventos sincopales. Si bien en la mayoría de los casos son de curso benigno y corresponden al denominado SÍNCOPE VASO-VAGAL (SVV), algunas etiologías requieren una conducta terapéutica inmediata porque ponen en peligro la vida.

Es menester, entonces, establecer un esquema diagnóstico rápido, sencillo y eficiente para instaurar el tratamiento oportuno.

Definición de Síncope

Pérdida brusca y transitoria de la conciencia y del tono postural producido por una interrupción temporaria del flujo sanguíneo cerebral.

Constituyen premisas esenciales para que un evento paroxístico sea considerado como síncope :

1. Que la recuperación sea completa (ad integrum) y espontánea (no necesite reanimación).
2. Que la pérdida de la conciencia no sea mayor de 15 minutos.

Clasificación Etiopatogénica

Primario

Síncope Vaso-Vagal (SVV)
Migraña Sincopal
Síndromes Disautonómicos
Neuropatías Congénitas
Espasmo del Sollozo Pálido

Compromiso del Sistema Nervioso Autónomo

Secundario

Diabetes
Uremia.
Insuficiencia Hepática
SIDA

Síncope Cardiogénico

Taquibradiarritmias

Síndrome del QT prolongado
Síndrome de Brugada
Obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo
Miocardiopatías
Hipertensión Pulmonar
Coronariopatías

Disminución del Volumen vascular

Hemorragia aguda
Anemia severa, deshidratación
Hiponatremia, hipoalbuminemia,
Hipovolemia crónica idiopática,
Hipotensión ortostática.

Drogas

Amiodarona, quinidina, terfenadina,
Astemizol, macrólidos, ketoconazol
Antihipertensivos, diuréticos, cocaína,
Otras drogas ilícitas, alcohol.

Vasculopatías

Malformaciones y obstrucciones vasculares
Congénitas o adquiridas.

Abordaje Inicial del Paciente con Síncope

El primer paso de la evaluación está constituido por la descripción de los eventos que preceden y rodean al episodio, relatada por el paciente u otro observador: si presentó palidez, vómitos, convulsiones, pérdida del control esfinteriano, precordialgia, si se detectaron alteraciones del ritmo cardíaco; si tuvo relación con actividad física; si fue durante el sueño o la vigilia; si se encontraba parado, sentado o acostado.

La historia médica del paciente aporta factores tales como antecedentes familiares de síncope, sordera, muerte súbita, espasmo de sollozo y tratamiento con drogas.

El examen físico permite evaluar la presencia de soplos, malformaciones, cirugías, arritmias, alteraciones psíquicas, siendo fundamental el aspecto neurológico.

El laboratorio debería ser guiado por el examen físico y la historia clínica.

El electrocardiograma (ECG) permite medir intervalos y segmentos (QTC, PR), descartar dilataciones e hipertrofias cavitarias y arritmias. De sospecharse alteraciones del ritmo cardíaco debería solicitarse Holter y Ergometría.

El electroencefalograma (EEG) es conveniente solicitarlo de rutina.

La Prueba de Inclinación Graduada (Tilt Test) es un método fiable, sencillo y de bajo costo, que resulta de mucha utili-

dad para el diagnóstico definitivo e incluso para orientar la terapéutica.

En nuestra institución (Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan), se procede de la siguiente manera:

Si el paciente ha presentado uno o dos episodios aislados y las características clínicas sugieren un origen vaso-vagal, no se indican exámenes complementarios. Eventualmente se solicita un ECG basal, un hemograma y un ionograma, para corregir (si los hubiera) factores metabólicos favorecedores. Si el síncope se hace recurrente y/o existen dudas diagnósticas: el niño es abordado por un Equipo Multidisciplinario constituido para tal fin.

Síncope Vasovagal (SVV). Características clínicas.

Es el tipo más frecuente de síncope. Se estima que al menos 15% de los niños tendrán un episodio antes de alcanzar la edad adulta. Se manifiesta en la infancia, la adolescencia y la adultez con franco predominio entre los 10 a 12 años y 15 a 17 años.

Es de origen benigno presentándose generalmente como un evento aislado.

Características clínicas sobresalientes:

Situación desencadenante: estímulos dolorosos, miedo, estrés emocional o ambiental (lugares cerrados, principalmente aquellos que son calurosos y húmedos), ingesta de alcohol o de una comida copiosa, ayuno prolongado.

Cambio brusco de posición corporal.

Ortostatismo: el individuo debe encontrarse parado, sentado o haber cambiado bruscamente de posición corporal. Si el enfermo está acostado, cuando se inician los síntomas, debe descartarse síncope vaso-vagal.

Presencia de pródromos (mareos, visión borrosa, sensación de cabeza vacía, náuseas, dolor abdominal).

Palidez (en el 100 % de los casos)

Pulso débil y lento coincidiendo con la pérdida de la conciencia.

Rápida recuperación: generalmente es menor de 5 minutos (siempre y cuando el enfermo permanezca acostado).

Clara memoria del inicio del episodio.

Ausencia de convulsiones y pérdida del control esfinteriano #

#En la casuística del Hospital Garrahan, sobre un global de más de 600 Tilt Test realizados, encontramos asistolia en aproximadamente el 20% de los pacientes. En este sub-grupo (pacientes con asistolia), la casi totalidad de los integrantes presenta durante la misma y en relación directa con su tiempo de duración, espasmos tónicos con algunas sacudidas clónicas, a veces con pérdida del control esfinteriano.

Estos equivalentes convulsivos tienen la particularidad de ceder espontáneamente con el retorno a la posición horizontal sin necesidad de intervención alguna.

Es muy frecuente encontrar algún familiar directo con episodios similares presentes o pasados.

Es común el antecedente de espasmo del sollozo (personal o familiar)

Síncope Vaso-Vagal. Mecanismo fisiopatológico.

En los pacientes que padecen SVV el mecanismo que conduce a la pérdida del conocimiento está enteramente mediado por el Sistema Nervioso Autónomo (SNA).

El SNA es el principal responsable de realizar los ajustes fisiológicos necesarios para mantener una perfusión cerebral adecuada en condiciones de ortostatismo (posición de parado o sentado).

La concepción moderna del SNA lo ubica mucho más allá de sus ramas simpáticas y parasimpáticas periféricas. Estas sólo constituyen la vía final común de un delicado mecanismo coordinado por estructuras anatómicas superiores, tanto sub-corticales como corticales, de manera tal que las más complejas (más altas en cuanto a topografía y más recientes en cuanto a la filogenia) gobiernan a las inferiores. En cada una de sus respuestas intervienen en forma integrada y sincrónica la totalidad de sus componentes.

Otra de sus funciones primordiales, es establecer las condiciones internas apropiadas y participar activamente en la elección de aquellas estrategias conductuales que resulten eficientes para responder a las situaciones de amenaza. Para tal fin, es necesario, antes de emitir una respuesta, realizar una evaluación cognitiva y emocional de los acontecimientos actuales, relacionándolos con experiencias pasadas (a partir de los Sistemas de Memoria a Largo Plazo y de la Memoria de Trabajo), situación en la que también participa activamente a través de sus estrechas conexiones con la Corteza Prefrontal, con el Sistema Septo-hipocámpico y con el Sistema Límbico en su totalidad. Este delicado mecanismo psico-neuro-endócrino, que se pone en marcha en todos los individuos normales ante una situación de amenaza, se conoce con el nombre de **"Respuesta General de Adaptación" (RGA).**

Los eventos fisiopatológicos que conducen a la pérdida del conocimiento se suceden de la siguiente manera:

Primera etapa: de hiperestimulación simpática

Ante una situación evaluada como amenazante, en todos los individuos normales se pone en marcha la RGA: se liberan catecolaminas, hormonas de estrés y otros mediadores químicos.

En los pacientes predispuestos a padecer SVV, esta secreción es exagerada. Se produce así un aumento desadaptativo (mayor que el necesario), de la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la resistencia periférica total y el gasto cardíaco.

Segunda etapa: de agotamiento simpático y liberación parasimpática

Como resultado del "exceso" de la etapa anterior, el simpático "se agota", el parasimpático -que ahora tiene vía libre- se libera, se expresa en toda su magnitud (recordar lo de "las riendas del caballo" que enseñaron en fisiología); pero lo que es peor, lo hace en un momento absolutamente ino-

portuno: Hay una amenaza, es momento de acción, de "luchar o de huir" (actividad netamente simpática). No es momento de "relajarse y echarse a descansar" (actividad parasimpática), y menos aún de desmayarse. Dicho de otra manera: el SNA "se equivoca", utiliza estrategias inapropiadas, desadaptativas para la necesidad contingente. Sobreviene así, una caída en la PA y en la FC (puede llegar, incluso, a la asistolia), con la consecuente disminución de la presión de perfusión cerebral y como resultado final se produce la pérdida de la conciencia.

El mecanismo fisiopatológico aquí propuesto, ha conducido a modificar una antigua concepción: el individuo que padece SVV, en forma recurrente, no es un "vago-tónico" (como habitualmente se lo denomina), sino todo lo contrario es "**simpático-tónico**" y allí, justamente, radica su problema. Considerar esta particularidad es, a nuestro criterio, esencial para abordar el tratamiento y para comprender la comorbilidad con otras nosologías, que más adelante consideraremos.

Síncope Vaso-Vagal Recurrente (SVVr)

Como se expresó anteriormente, en la mayoría de las personas el SVV solo se manifiesta en forma aislada; mientras que en otras, los episodios se hacen recurrente y conllevan una importante morbilidad. Ambos grupos comparten una característica común: la predisposición familiar, que ha sido genéticamente heredada.

El motivo de la recurrencia de los episodios no es del todo conocida. El trabajo cotidiano, durante más de 10 años y en más de 1000 pacientes, ha conducido a formular una tesis, que proponemos como sustentable en función de los conocimientos científicos actuales y de la respuesta terapéutica de nuestros enfermos.

La investigación realizada, lleva a proponer, como principal motivo de recurrencia : **una alteración persistente y sostenida en la RGA, que conduce a una inadecuada respuesta fisiológica y conductual ante las situaciones de estrés de la vida cotidiana.** Alteración, favorecida por vulnerabilidad genética, modelada durante las tempranas etapas del desarrollo psicosocial del niño y desencadenada por situaciones traumáticas actuales.

Es regla observar, en este grupo de pacientes, y más allá de la individualidad de cada uno de sus integrantes, un "**fenotipo peculiar**", así como alteraciones en la dinámica de funcionamiento intrafamiliar.

El seguimiento de nuestros enfermos, permitió identificar "**un perfil clínico fenotípico**" que se ha dividido, con criterio solamente didáctico, en 2 patrones sintomáticos: a) Somático y b) Psico-afectivo.

El primero está constituido por una variedad de "síntomas marcadores", que pueden concomitar, preceder o suceder a los episodios sincopales y que se ha denominado: **Síndromes Somáticos Recurrentes de Origen Disfuncional (SSROD)**. Los más comunes de ver son Migraña, Dolor Abdominal Recurrente, Síndrome del Colon Irritable, Trastornos Vasomotores y Sudoríparos, Vómitos Cíclicos, Síndrome de Amplificación Dolorosa, Trastornos del Sueño, Trastornos de la Conducta Alimentaria (entre otros).

Dentro del segundo, se han identificado un **patrón cognitivo peculiar** y hallamos una fuerte asociación bidireccional con **Trastornos de Ansiedad y Depresión** (utilizamos para su diagnóstico los criterios del Manual Estadístico de Enfermedades Mentales -DSM IV- y la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE 10-).

La exploración de la literatura científica, agregó sustento teórico a la observación clínica; ya que en la mayoría de las entidades aquí incluidas bajo la denominación de SSROD, así como en los Trastornos de Ansiedad y en la Depresión; la disfunción del SNA y por ende de la RGA, está propuesta como uno de los mecanismos fisiopatológicos principales que guarda relación con su etiopatogenia.

Se puede concluir entonces que: los pacientes con SVVr, los pacientes con Ansiedad/Depresión y los que padecen SSROD; tienen en común: a) una forma deficiente de responder a las situaciones de estrés (hiperreactividad en la Respuesta General de Adaptación), b) un patrón cognitivo peculiar (evalúan como amenazantes situaciones cotidianas que otros individuos no consideran riesgosas) y c) una modalidad de afrontamiento defectuoso (utilizan estrategias inapropiadas para la resolución de los problemas de la vida diaria)

Si se permite la metáfora,

En los pacientes con SVVr :

El Sistema de Evaluación Consciente está "paranoico",

El Sistema Límbico está "angustiado y ansioso"

Y el Sistema Simpático está "pasado de mambo".

Ha resultado de suma utilidad, considerar, evaluar y abordar los diferentes aspectos aquí planteados, a la hora de enfrentar un paciente que padece recurrencia de episodios sincopales.

Diagnósticos Diferenciales

Por probabilidad estadística la posibilidad de que el origen del síncope sea vaso-vagal es muy alta. Esta probabilidad es aún mayor si se trata de niños en edad escolar, de adolescentes o de adultos jóvenes y si existen antecedentes familiares de episodios similares y/o de Espasmo del Sollozo. Si la edad de comienzo es la primera infancia, la adultez o la ancianidad esta probabilidad es mucho menor.

Recordar que todo episodio que suceda fuera de estrés ortostático (acostado) descarta el origen vaso-vagal.

El síncope que se produce durante el ejercicio hace sospechar su origen cardiogénico, máxime si va acompañado de precordialgia y/o de alteraciones irregulares y/o en más (taquicardia) en el ritmo cardíaco. Es de capital importancia contar siempre con un ECG basal para descartar, entre otros, el Síndrome del QT prolongado y los Síndromes de PR corto.

La presencia de bradicardia regular (o incluso de asistolia), durante el episodio, sugiere el origen vaso-vagal.

Una especial atención merecen las denominadas "Crisis de Pánico" (Ver DSM IV) puesto que si bien son entidades diferentes del SVV, resulta frecuente encontrarlas formando parte del cuadro clínico, sugiriendo un problema relacionado. Se recalca la asociación frecuente entre el SVVr y otros

SSROD.

Se insiste en investigar, utilizando criterios diagnósticos internacionalmente válidos (DSM IV- CIE 10), Trastornos de Ansiedad y Depresión.

La presencia de cualquier signo neurológico, aunque sea menor (hiperreflexia, por ejemplo) obliga a descartar masa ocupante en el Sistema Nervioso Central y a solicitar estudios de imágenes.

Quizás, el diagnóstico diferencial más dificultoso del SVV, sea con la epilepsia. Como orientación para el diagnóstico diferencial se remite al lector a la tabla I.

Tabla I. Diagnóstico Diferencial ente SVV y Epilepsia

| | SVV | Epilepsia |
|------------------------------|---------------|-----------------|
| Estrés ortostático | siempre | no necesario |
| Factor precipitante | siempre | no necesario |
| Pródromos neurovegetativos | siempre | raro |
| Palidez ictal | siempre | raro |
| Traumatismo corporal | raro* | variable |
| Incontinencia urinaria | raro* | variable |
| Mov. Tónico y/o clónicos | raro* | frecuente |
| Pulso arterial | débil y lento | fuerte y rápido |
| Rápida recuperación | siempre | variable |
| Compromiso postictal | raro | frecuente |
| Antecedentes fliares. de SVV | es regla | variable |
| EEG anormal | nunca | casi siempre |
| Tilt Test anormal | casi siempre | casi nunca |

* Como se comenta anteriormente, se ha podido comprobar en los pacientes con SVV -durante la Prueba de Inclinación Graduada (Tilt Test)- que al contrario de lo que se postula, en aproximadamente el 20% de los casos (en general coincidiendo con períodos de asistolia) se produce un espasmo tónico generalizado con retrodesviación cefálica y ocular acompañado de breves sacudidas clónicas, de corta duración (mientras dura la asistolia) que ceden espontáneamente, siempre y cuando se mantenga al paciente acostado.

Tratamiento del Síncope Vaso-Vagal

A la hora de pensar en el tratamiento del SVV se sugiere clasificar los pacientes en 3 grupos diferentes :

Grupo I. Aquellos que tienen episodios aislados (no más de 2 ó 3 en la historia de vida); no producen importante morbilidad y no generan angustia manifiesta, ni en el paciente ni en la familia.

La educación del paciente y de su núcleo familiar más próximo, con particular énfasis en la benignidad del cuadro y en la no necesidad de realización de exámenes complementarios complejos, más la instauración de medidas higiénico-dietéticas habituales (evitar exposición a factores desencadenantes, mantener una adecuada hidratación e ingesta de sal, no someterse a cambios bruscos de posición corporal) son, en general, suficientes para prevenir futuros episodios.

Grupo II. El síncope se hace recurrente e incapacitante y

está asociado a otros SSROD y/o a Trastornos de Ansiedad/Depresión.

La mejor estrategia terapéutica en este grupo, es la conformación de un equipo multidisciplinario, que pueda abordar, con un criterio unificado, los distintos aspectos del problema -lo biológico, lo psicológico y lo social-

Resultan de mucha utilidad los Abordajes Cognitivo-Conductuales y la utilización de fármacos Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (Foxetina, Paroxetina, Sertralina) o duales (Citaloprán, Milnaciprán, Venlafacina).

La asociación de un agente **B bloqueante (Atenolol, Pindolol, Metoprolol)**, puede resultar necesaria.

Grupo III. Se incluye en este grupo a pacientes que tienen un número intermedio de episodios, pero fundamentalmente a aquellos que no presentan los trastornos de la esfera psico-afectiva, ni los SSROD, que caracterizan al grupo anterior.

En estos, además de las medidas generales indicadas en el Grupo I, se utiliza:

- **B bloqueantes -Atenolol 0,5 mg/ Kg./día** (buscar un B bloqueo suave, que no modifique la frecuencia cardíaca basal)

- Fludrocortisona: 0,03 a 0,05 mg/día (monitorear frecuentemente la Presión Arterial basal y la presencia de edemas).

La elección entre uno u otro fármaco o su asociación está condicionada por el tipo de respuesta experimentada por el paciente durante el Tilt Test .

Resumen y Comentarios:

Como se fundamenta en el desarrollo de este trabajo, los episodios sincopales aislados suelen resultar eventos benignos y en la gran mayoría de los casos su origen es neurocardiogénico (Vaso-Vagal). Pero en virtud de que existen etiologías que ponen en peligro la vida y en las cuales el examen físico de rutina a veces no es concluyente, como ocurre por ejemplo con las arritmias cardíacas, se deberá prestar particular atención para descartarlas.

Un interrogatorio pormenorizado y un examen físico completo bastará, en general, para descartar compromiso del SNC (epilepsias, masas ocupantes, entre otros).

Especial atención merecen aquellos pacientes en los cuales el SVV se hace recurrente e incapacitante. En estos casos se sugiere investigar la presencia de otros SSROD asociados, así como TA y D. En esta población el síncope es sólo un síntoma más, quizás el más ostensible, de un trastorno generalizado que compromete a la totalidad del SNA, alterando la RGA y produciendo, en definitiva, respuestas inadecuadas ante las situaciones de estrés de la vida cotidiana.

Implicancias Clínicas y Dirección de Futuras Investigaciones

Ha sido demostrado, en la población adulta, que una anomalía en la RGA con activación neuroendocrina sostenida, es la base fisiopatológica sobre la que se asientan, entre otras, patologías como la Hipertensión Arterial Esencial, la Arteriopatía Coronaria, El Síndrome Metabólico Vascular y la

Diabetes Tipo II.

El Consenso de la Asociación Americana de Cardiología de 1999, ha incluido a los Trastornos de Ansiedad y a la Depresión como factores de riesgo para padecer Arteriopatía Coronaria.

Si los hallazgos preliminares fueran confirmados, identificar precozmente a la población de riesgo (principalmente en la edad pediátrica) permitiría instrumentar medidas preventivas tempranas y eficaces para evitar futuras y graves complicaciones.

La hipótesis de trabajo surgió de la observación clínica, se fortaleció con el seguimiento longitudinal de los pacientes y se hace sustentable con la revisión de la literatura científica. Se considera necesario profundizar la investigación en la búsqueda de marcadores biológicos, ya sean de rasgo y/o de estado, que permitan una identificación más precisa de los individuos en riesgo, de la evolución a lo largo del tiempo de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento.

Bibliografía

- Lopez M; Silvestre E; Di Santo M; Arroyo H. **Síncope en la infancia y en la adolescencia.** Arch. Arg. Ped. 1998; 96(1):46-9.
- Arroyo Hugo ; Fejerman N. ; Silvestre E. ; Lopez M. ; Di Santo M. **Síncopes Infanto-juveniles.** Neurología Pediátrica 2ª Edición. 1997. Fejerman ; Fernandez Alvarez.
- Lopez M. Silvestre E. ; Di Santo M. ; Capelli H. **Tilt Test en Pediatría. "Población Normal"** VI Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica. 1994. Abstract.
- Silvestre E. ; Lopéz M. ; Sciegata A. **Síncope en la Infancia. "No siempre un cuadro benigno"** Medicina Infantil. Vol. V. N° 2. Junio de 1998.
- Silvestre E. Lopez M. **Tilt Test en Pediatría.** Medicina Infantil 1999;6(2):162-5.
- Silvestre E, Quevedo S, Rocco R, Perez N. **Dolor abdominal recurrente, vómitos cíclicos, crisis paroxísticas de temblores.** Medicina Infantil 1999; 6(2):166-8.
- Silvestre E. El enfermo psicósomático. "La necesidad de un reconocimiento temprano y el desafío de un abordaje integrador". Medicina Infantil 2002; 9 (3):252-0.
- McLeod KA: **Syncope in childhood.** Arch Dis Child 2003, 88:350-353.
- Massin M.; Bourguignon A; Coremans C; Comte L; Lepage P; Gerard P. **Syncope In Pediatric Patients Presenting To An Emergency Department.** Journal of Pediatrics 2004; 145(2):223-228.
- Haenggeli CA. **Dizziness, syncope, and other consciousness loss in children.** Revue Medicale de la Suisse Romande 2003 ; 123(9):563-6.
- Wieling W; Ganzeboom K; Saul J. **Reflex syncope in children and adolescents.** Heart. 90(9):1094-1100, September 2004
- White M, Cernacek P, Courtemanche M, Stewart D, Talajic M, Mikes E. **"Impaired endothelin-1 release in tilt-induced syncope"**. Am J Cardiol 1998,81:460/6
- Takuya O, Hirokazu S, Hirotsugu A, Hirokazu H. **"Abnormality of alpha-adrenergic vascular response in patients with neurally mediated syncope.** Am J Cardiol 1998;82:438/43.
- Di Mario FJ, Burleson JA. **Autonomic Nervous System Function in severe breath-holding spells.** Pediatr Neurool 1993; 9:268/74.
- Kapoor WN et al. **Psychiatric illnesses in patients with syncope.** Am J Med (nov) 1995;99:505/12.
- Morris J et al. **Association of Parental Psychological and Behavioral Factors and Children's Syncope.** Journal of Consulting & Clinical Psychology. 69(5):851-857, October 2001.
- Byars KC, Brown RT, Campbell RM, Hobbs SA. **Psychological adjustment and coping in a population of children with recurrent syncope.** Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 21(3):189-97, 2000 Jun.
- Blount R et al. **Parent and Child Psychological Factors in Pediatric Syncope and Other Somatic Symptoms.** Journal of Consulting & Clinical Psychology. 72(4):597-604, August 2004.
- Charney D, Woods S, Krystal J Nagy L, Heninger G. **Noradrenergic neuronal dysregulation in panic disorder: the effects of intravenous yohimbine and clonidine in panic disorder patients.** Acta Psychiatr Scand 1992; 86: 273-2.
- Schmidt L, Fox N, Rubin K, Stemberg E, Gold P, and Schulkin J. **Behavioral and Neuroendocrine responses in shy children.** Dev Psychobiol 1997; 30: 127/40.
- Wilkinson DJC, Thompson JM, Lambert GW, et al. **Sympathetic activity in patients with panic disorder at rest, under laboratory mental stress and during panic attacks.** Arch Gen Psychiatry 1998;55:511-20.
- Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. **Decreased heart rate variability in men with phobic anxiety.** Am j Cardiol. 1995 :75 :882/85
- Birmaher B et al. **Neuroendocrine response to 5-hydroxy-L-tryptophan in prepubertal children at high risk of major depressive disorder.** Arch Gen Psychiatry. 1997;54:1113-1119.
- Holsboer F, Lauer CJ, Schreiber W, Krieg JC. **Altered hypothalamic-pituitary-adrenocortical regulation in healthy subjects at high familial risk for affective disorders.** Neuroendocrinology. 1995;62:340-347.
- Blount R et al. **Parent and Child Psychological Factors in Pediatric Syncope and Other Somatic Symptoms.** Journal of Consulting & Clinical Psychology.

72(4):597-604, August 2004.

- Porter SC, Fein JA, Ginsburg KR. **Depression screening in adolescents with somatic complaints presenting to the emergency department.** Annals of Emergency Medicine. 29(1):141-5, 1997 Jan.
- Thomsen LL, Olesen J. **The autonomic nervous system and the regulation of arterial tone in migraine.** Clin. Auton. Res. 1995 ;5 :243/50.
- Stronks DL and cols. **Serotonergic, catecholaminergic, and cardiovascular reactions to mental stress in female migraine patients.** A controlled Study. Headache 1998; Apr, 38 (4):270/80.
- Kavelaars Annemieke. **Disturbe Neuroendocrine-Immune Interactions in Chronic Fatigue Syndrome.** J Clin Endocrinol Metab 2000; 85:692/6.
- Mac Hale SM, Cavanagh J, Bennie J, Carroll S. **Diurnal variation of adrenocortical activity in chronic fatigue syndrome.** Neuropsychobiology 1998; 38:213/17.
- Aaron LA, Buchwald D. **A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions.** Annals of Internal Medicine 2001; 134 (9 Pt 2): 868/81.
- Rashed HR, Abell TL, Samiloni DO, Cardoso S. **"Autonomic function in cyclic vomiting syndrome and classic migraine"**. Dig Dis Sci 1999;44(suppl):745/78/S.
- Stronks DL and cols. **Serotonergic, catecholaminergic, and cardiovascular reactions to mental stress in female migraine patients. A controlled Study.** Headache 1998; Apr, 38 (4):270/80.
- Egger H, Angold A, Costello J. (1998). **Headaches and Psychopathology in Children and Adolescents.** J. Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 37 :9 : 951/58.
- Stewart W, Breslau N, Keck JPE (1994). **Comorbidity of migraine and panic disorder.** Neurology 44 :S23-S27.
- Mikkelsen Marja et al. **Psychiatric Symptoms in Preadolescents with musculoskeletal pain and fibromyalgia.** Pediatrics 1997; 100:220/27.
- Uveges JM et al. **Psychological symptoms in primary fibromyalgia syndrome: relationship to pain, life stress, and sleep disturbance.** Arthritis Rheum 1990; 33: 1279/83.
- Linzer M, Varia I, Pontinen M, Divine G, Grubb B, Estes N. **Medically unexplained Syncope : Relationship to Psychiatric Illness.** Amm J of Med. January 1992. Vol 92 (suppl 1A) 18/25.
- Endicott, N **A Patterns of functional brain organization and migraine.** Cephalalgia. 24(5):339-346, May 2004.
- Bandinelli G, Cencetti S, Bacalli S, Lagi A. **Disease-related syncope. Analysis of a community-based hospital registry.** [Journal Article] Journal of Internal Medicine. 247(4):513-6, 2000 Apr.
- Holsboer F, And Barden N. **Antidepressants and Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Regulation.** Endocrine Reviews 1996; Vol 17 N° 2.
- Massin, Martial M **Neurocardiogenic Syncope in Children: Current Concepts in Diagnosis and Management.** Pediatric Drugs. 5(5):327-334, 2003.
- Frishman, William H. MD *; Azer, Victor BA *; Sica, Domenic MD + **Drug Treatment of Orthostatic Hypotension and Vasovagal Syncope.** Heart Disease. 5(1):49-64, January/February 2003.
- Meredith IT, Esler MD, Jennings GL, Broughton A. **Evidence of a selective increase in cardiac sympathetic activity in patients with sustained ventricular arrhythmias.** N Engl J Med 1991;325:618-24.
- Laitinen, P et al. **Genes, exercise and sudden death: molecular basis of familial catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia.** Annals of Medicine. Proceedings of the XIV Paavo Nurmi Symposium. 36 Supplement 1:81-86, May 2004.
- Rabacal C, Mendonca C, Nuno L, Almeida A, Afonso S. **Brugada syndrome complicated with sudden death.** [Case Reports. Journal Article] Revista Portuguesa de Cardiologia. 23(2):217-23, 2004 Feb.
- Kilic A, Ozer S, Turanlı G, Ayabakan C, Celiker A, Ozme S. **Dysrhythmia as a cause of syncope in children without neurological or cardiac morphological abnormalities.** [Journal Article] Pediatrics International. 44(4):358-62, 2002 Aug.
- Alan Rozanski et al. **Impact of psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy.** Circulation. 1999; 99:2192-7.
- Harry Hemingway, Michael Marmot. **Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies.** BMJ 1999;318: 1460-7.
- Grunbaum JA, Vernon SW, Clasen CM. **The association between anger and hostility and risk factors for coronary heart disease in children and adolescents: a review.** Ann Behav Med 1997; 19:179/89.
- Everson Susan et al. **Exaggerated Blood Pressure Response to Stress Tied to Increased Stroke Risk.** Stroke 2001; 32.
- Aggarwal A, Cutts TF, Abell TL, et al. **"Predominant symptoms in irritable bowel syndrome correlate with specific autonomic nervous system abnormalities.** Gastroenterology. 1994;106:945/50.
- Heitkemper M, et al. **Increased urine catecholamines and cortisol in women with irritable bowel syndrome.** Am J Gastroenterol 1996;91:906/13.
- Munakata J, et al. **Autonomic and neuroendocrine responses to recto-sigmoid stimulation.** Gastroenterology 1998:114:808.
- Fullwood A, Drossman DA: **"The relationship of psychiatric illness with gastrointestinal disease.** Annu Rev Med 1995 46: 483/96.
- Walker E, Roy-Byrne P, Katon W. **"Irritable Bowel Syndrome and Psychiatric Illness"**. Am J Psychiatry 1990. 147:5. 565/7.
- Couse RE, Lustman P, Geisman RA, Alpers DH. **"Antidepressant therapy in 138 patients with irritable bowel syndrome: a five-year clinical experience"**. Alimant Pharmacol Ther. 1994;8:409-6.
- Vaindirlis I, Patrikiou M, Dracopoulou M, Manoli I, Voutetakis A, Voutetakis C. **White coat hypertension in adolescents: Increased values of urinary cortisol and**

endothelin. *J Pediatr* 2000; 136: 359/64.

- Julius S. **Effect of sympathetic overactivity on cardiovascular prognosis in hypertension.** *Eur Heart J* 1998; 19(Suppl F): F14-8.
- Anisman H, Zaharia MD, Meaney MJ, Merali Z. **Do early-life events permanently alter behavioral and hormonal responses to stressors?** *Int J Dev Neurosci*. 1998;16:149-164.
- Van Oers HJJ, de Kloet ER, Levine S. **Early vs. late maternal deprivation differentially alters the endocrine and hypothalamic responses to stress.** *Brain Res Dev Brain Res*. 1998;111:245-252
- Rosenblum LA, Coplan JD, Friedman S, Bassoff T, Gorman JM, Andrews MW. **Adverse early experiences affect noradrenergic and serotonergic functioning in adult primates.** *Biol Psychiatry*. 1994;35:221-227.
- Engel George L. **Psychologic Stress, Vasodepresor (Vasovagal) Syncope, and Sudden Death.** *Annals of Internal Medicine* 1978; 89: 403/12.
- Walsh CA: **Syncope and sudden death in the adolescent.** *Adolesc Med* 2001,

12:105-132.

- Cadman CS: **Medical therapy of neurocardiogenic syncope.** *Cardiol Clin* 2001, 19:203-213.
- Wren C, O'Sullivan JJ, Wright C: **Sudden death in children and adolescents.** *Heart* 2000, 83:410-413.
- Friedman MJ, Mull CC, Sharieff GQ, et al.: **Prolonged QT syndrome in children: an uncommon but potentially fatal entity.** *J Emerg Med* 2003, 24:173-179.
- Plunkett A, Hulse JA, Mishra B, et al.: **Variable presentation of Brugada syndrome: lessons from three generations with syncope.** *BMJ* 2003, 326:1078-1079.

Episodios Paroxísticos No Epilépticos

Dr. Hugo A. Arroyo - Jefe del Servicio de Neurología del Hospital de Pediatría J. P. Garrahan.*

Introducción

Con el nombre de episodios paroxísticos no epilépticos (EPNE) se agrupan a diversos síndromes que se caracterizan por presentar en forma aislada o combinada cambios transitorios y repetidos de la actividad motora, de la conducta, de la respiración, y del nivel de conciencia. Entre un 10% y 20% de la población pediátrica presentará en algún momento un EPNE, con una mayor incidencia en los primeros meses de vida.

La agrupación de estas entidades surgió como necesidad de diferenciar estos episodios de aquellos con similares características pero de origen epiléptico, o sea con convulsiones epilépticas. Estos últimos, requieren la mayoría de las veces, una pesquisa etiológica y tratamiento distinto. Una convulsión epiléptica es un evento clínico transitorio que resulta de una actividad neuronal anormal y excesiva. Esta actividad neuronal se manifiesta por una descarga epiléptica en el electroencefalograma (EEG). Por lo tanto, es dicha actividad neuronal excesiva y su correlato electroencefalográfico lo que diferencia una convulsión epiléptica de un EPNE. Estas diferencias parecen ser suficientes en términos neurofisiológicos. Sin embargo en la práctica clínica no siempre son útiles o fácilmente demostrables. Veamos a continuación algunas de las dificultades que se presentan en su diagnóstico.

- Es muy difícil que la realización del EEG coincida con el episodio paroxístico, por lo tanto no se puede establecer una correlación electroclínica.
- En condiciones habituales de estudio, el EEG intercrítico, permite realizar un correlato entre el tipo de convulsión y la anormalidad electroencefalográfica, en un 33 a 90% de los casos.
- Entre un 1,9 y 9% de la población pediátrica normal tiene EEG con descargas epilépticas.
- Pacientes con convulsiones epilépticas, pueden presentar otros episodios cuya naturaleza no sea epiléptica.

Por todo lo mencionado, podemos decir que un número sig-

nificativo de pacientes con epilepsia pueden no tener un correlato electroclínico, ni responder a drogas anticonvulsivantes. Por otra parte niños sanos o que padecen EPNE pueden tener EEG con descargas epilépticas.

Diagnóstico

Una cuidadosa y detallada historia clínica constituye el medio más importante para realizar un diagnóstico adecuado. El relato del episodio generalmente es obtenido de los padres, pero los niños mayores pueden aportar aquellos aspectos subjetivos que a veces los preceden. Esto nos permitirá constatar:

- ¿Cómo fue el episodio?
- ¿Cuándo sucedió? ¿En vigilia, al despertar o durante el sueño?; ¿realizando actividad física, en una situación de estrés?; ¿tomando alguna medicación?
- ¿Dónde? ¿En la casa, en el baño, en la cama, en un lugar cerrado, viendo TV?

La historia debe incluir antecedentes relevantes personales (parto, maduración, enfermedades padecidas, trastornos de conducta) y familiares (antecedentes de epilepsia, de episodios similares) que puedan tener relación con el episodio. El examen físico completo es esencial y especialmente la búsqueda de signos neurológicos, estigmas cutáneos o faciales, examen cardiovascular, etc. Los estudios de laboratorio (glucemia, calcemia, magnesemia, hemograma, uremia, amoniemia, ECG, EEG, etc.) se deberán solicitar basándose en las características de los episodios y sospecha diagnóstica. Otros estudios son del resorte del especialista.

Clasificación

Existen diversas clasificaciones de los EPNE. Algunas tienen en cuenta la etiología: neurológicas y no neurológicas; psicogénicas y fisiológicas. Siguiendo a Prenskey y a Pellock clasificaremos a los EPNE en base a la edad en que más frecuentemente se presentan, su relación con el ciclo sueño-vigilia y con las características clínicas.

*Una versión más extensa de este trabajo fue publicado por el PRONAP (Sociedad Argentina de Pediatría) en el módulo 4 del año 1996.

Síndromes paroxísticos no epilépticos de presentación en Recién Nacidos y Lactantes

Vigilia

Mioclónías Benignas de la Infancia

Lactantes sanos pueden presentar contracciones bruscas de miembros superiores, flexión y/o extensión de la cabeza o breves estremecimientos que, a veces, se repiten en salvas. Los movimientos suelen estar localizados en la mitad superior del cuerpo y no se registran movimientos en las piernas. Estos episodios suelen ser de muy breve duración aunque, cuando se repiten en salvas, duran varios minutos. El niño no evidencia compromiso de la conciencia, siempre se producen en vigilia y, especialmente, cuando los padres le prestan atención (jugando, durante la comida). La edad de comienzo es entre los 4-9 meses, suelen desaparecer en los 2-3 meses siguientes y es raro que persistan después del segundo año. El examen neurológico, el desarrollo madurativo y el EEG son normales.

Tortícolis Espasmódica

Se caracteriza por episodios repetidos de inclinación de la cabeza hacia un lado, con rotación de la cara hacia el lado opuesto, que dura breves minutos o días. El niño suele estar tranquilo durante los episodios; a veces atento o algo irritable. No se acompaña de nistagmus o de otra sintomatología. El examen, con excepción de la peculiar postura cefálica que es reducible, es normal. Se han descrito en varios integrantes de una familia, y en niños de familias migrañosas. Los episodios remiten espontáneamente. Desaparecen durante los primeros años de vida. Ante un primer episodio, el diagnóstico diferencial es con otras causas de tortícolis (malformaciones, patologías inflamatorias, neoplasias de fosa posterior, médula espinal y cuello) que no suelen remitir espontáneamente.

Hiperreflexia o enfermedad del sobresalto.

Estímulos inesperados, principalmente sonidos, producen en algunas personas una reacción de sobresalto excesiva. Esta respuesta a veces es tan intensa que el paciente cae al piso manteniendo una postura rígida y frecuentemente se lastima. Los lactantes con esta enfermedad tienden a ser hipertónicos y estímulos táctiles desencadenan severa hipertonia con apnea, bradicardia y rara vez muerte súbita.

Opsoclonus

El opsoclonus es una oscilación oculomotora caracterizada por movimientos conjugados, rápidos, involuntarios, repetidos e imprevisibles de los ojos. Los movimientos oculares se producen en todas las direcciones, a veces rotativos y persisten durante el sueño. Se producen en numerosas circunstancias clínicas. En la infancia se asocian con mioclónías que afectan miembros y tronco. A veces son de tal intensidad que afectan la deambulación y la posición sentada. La irritabilidad es muy frecuente.

Se reconoce su asociación con neuroblastoma oculto, enfer-

medades virales y meningitis aséptica. Algunos pacientes quedan con secuelas motoras e intelectuales. El EEG en estos pacientes es normal.

Síndrome de Sandiffer – Sofocación

Se observa en niños de todas las edades aunque más frecuentemente en lactantes. Se caracteriza por un episodio de extensión y flexión lateral de la cabeza relacionado temporalmente con la alimentación. Se asocia con hernia hiatal y/o reflujo gastroesofágico. En ocasiones los lactantes tienen, en vigilia, episodios de apnea acompañados de fijeza de la mirada, rubicundez y severa hipertonia, con sacudidas clónicas de miembros, precedidos o seguidos de tos. Cuadros de sofocación pueden ser inducidos por un adulto, generalmente la madre, como se observa en el Síndrome de Münchausen "by proxy".

Estereotipias

Son movimiento, posturas o expresiones verbales repetitivas, generalmente de carácter involuntario, coordinado, pausado, rítmico. No tienen propositividad pero parecen tenerla. No se consideran voluntarios al no ser intencionales y no son automáticos porque al no suceder de manera inconsciente requieren un cierto esfuerzo para su aparición. No interfieren la función motora normal, como ocurre con las disquinesias; pueden tener un cierto componente placentero lo que los diferencia de los tics. Las estereotipias se presentan más frecuentemente en niños con retardo mental y autismo. A veces se ponen más de manifiesto en situaciones ambientales especiales, como el estrés, el aislamiento o la inactividad. En el cuadro 1 se enumeran las estereotipias que más frecuentemente se observan en niños con retardo mental y/o autismo.

Cuadro 1: Estereotipias más frecuentes en niños con retardo mental y/o autismo

- Mordedura de la mano (hasta producirse lesiones o callosidades).
- Protusión repetida de la lengua.
- Bruxismo en vigilia.
- Rocking de tronco en posición sentada.
- Rocking cefálico.
- Balanceos laterales o anteroposteriores en posición de pie.
- Frotación de las manos, entrecruzamiento de los dedos.
- Caminar en punta de pie, aleteos.
- Aplausos inmotivados y golpes contra objetos.
- Episodios de risa inmotivada.
- Autoabrazarse, enlazar las manos intensamente.
- Presión sobre el globo ocular en niños ciegos.

Masturbación

No es una conducta infrecuente, especialmente en niñas lactantes, los episodios son a veces confundidos por convulsiones parciales complejas. El niño es frecuentemente encontrado en decúbito dorsal o ventral con las piernas extendidas y aducidas haciendo un movimiento de frotación o de flexo extensión de cadera, rubicundo, transpirado y con la mirada fija. Es relativamente sencillo interrumpir el episodio, pero si

se lo recuesta se reinicia. Tiende a desaparecer espontáneamente.

Espasmo de sollozo (ES)

Es un problema frecuente que se presenta en alrededor del 4% de niños menores de 5 años. Se inicia entre los 6 y 18 meses, rara vez después de los dos años o en los primeros meses de vida. Se reconocen el espasmo de sollozo cianótico y espasmo de sollozo sólido.

El **espasmo de sollozo cianótico** es provocado por un susto, dolor o más frecuentemente frustración. Ante una de estas situaciones el niño realiza una o dos inspiraciones intensas y luego detiene la respiración en máxima inspiración. Presenta primero rubor y luego cianosis, que si se prolonga se acompaña de hipotonía y pérdida de la conciencia. En algunas ocasiones los episodios se resuelven antes de aparecer la hipotonía, reiniciando la respiración con intenso llanto. En los más prolongados, el cuerpo se pone tenso e inclusive pueden aparecer dos o tres sacudidas clónicas. El niño queda cansado o confuso. Si son breves, que es lo más frecuente, la recuperación es inmediata y completa. La anemia parece ser un factor contribuyente. La aparente falta de llanto inicial y la postura tónica y movimientos clónicos, son los principales elementos para confundirlos con convulsiones. El ES no es una condición riesgosa, si bien hay reportes aislados de muerte o estado epiléptico.

El **espasmo de sollozo pálido** es menos frecuente que el cianótico. Lo desencadenan mínimas injurias, como un leve golpe en la cabeza o, más raramente, frustración y enojo. El niño pierde la conciencia rápidamente, precedido o no por llanto, a veces mínimo. Se observa una marcada palidez, hipertonía, a veces postura en opistótonos con desviación de los ojos hacia abajo, y sacudidas de los miembros. Un período de asistolia coincide con esta última parte del episodio. Algunos de estos niños padecen posteriormente episodios sincopales. También se registra en ellos antecedentes de familiares con síncope. Tranquilizar a los padres sobre su naturaleza benigna, enseñarles a contener a sus hijos en aquellas situaciones que puedan desencadenarlos, son medidas suficientes para evitar la repetición de los episodios. En el caso que el episodio se produzca no se debe realizar ninguna maniobra invasiva (mojar, soplar, etc), sólo con abrazar al niño el episodio cede espontáneamente.

Sueño

Mioclonías neonatales benignas del sueño

Se denominan mioclonías a movimientos rápidos, breves, repetidos, involuntarios, estereotipados y arrítmicos. Pueden ser focales, segmentarios o generalizados y no ceden con la presión sobre el miembro. Neonatos por otra parte normales, en los estadios iniciales del sueño pueden padecer mioclonías en miembros superiores y, ocasionalmente en miembros inferiores, con flexión de dedos, muñeca y codos. Desaparecen si se logra despertar al niño. Estas mioclonías nunca se observan en vigilia. Se inician en el período neonatal pero pueden presentarse hasta los seis meses de edad. Generalmente duran breves minutos pero a veces duran horas. El EEG durante los episodios es normal. La evolución

neurológica y electroencefalográfica es normal y los episodios desaparecen espontáneamente.

Golpeteo de cabeza

Algunos lactantes que están por dormirse, adoptan la posición de gateo, y presentan movimientos rítmicos de la cabeza, golpeando la cara contra la almohada o colchón. Estos episodios suelen durar de 15 a 30 minutos, aunque pueden persistir toda la noche. El EEG es normal. No están claramente relacionados con trastornos o frustraciones emocionales. Son más frecuentes en varones, y en niños con retraso madurativo. Se presentan a partir de los 9 meses y ceden antes de los 3-4 años. No requieren tratamiento. Pueden generar perturbaciones en el sueño de los convivientes.

Síndromes paroxísticos no epilépticos de presentación en la infancia

Vigilia

Tics

Se denomina tic a un movimiento o vocalización involuntaria, súbito, rápido, recurrente, estereotipado y no rítmico. Si bien son involuntarios e irresistibles pueden ser controlados voluntariamente por breves períodos. Son los movimientos involuntarios más frecuentes. Como todos los movimientos involuntarios, aumentan en intensidad y frecuencia con el estrés, disminuyen con actividades absorbentes y, significativamente, durante el sueño. El control voluntario del tic genera tensión que cede al ejecutar el movimiento.

Los tics pueden ser motores o vocales. A su vez los tics motores pueden dividirse en simples (parpadear, levantar los hombros, hacer muecas faciales) y complejos (saltar, tocar, olfatear objetos, ajustarse la corbata o el cinturón). Los tics motores generalmente se repiten en una parte del cuerpo, pero pueden migrar de un sitio a otro. Los tics vocales también se dividen en simples ("aclamar" la garganta, soplar, respirar o espirar por la nariz, ladrar) o complejos (repetir palabras fuera de contexto, coprolalia: repetición compulsiva de malas palabras, y ecolalia: repetición de frases o palabras escuchadas).

El diagnóstico diferencial debe hacerse con: manierismos (movimientos asociados a un acto que tiene un propósito), estereotipias motoras, hábitos manipulatorios del cuerpo (morderse las uñas, estirarse el pelo), rituales del trastorno obsesivo compulsivo. Se reconocen varios síndromes, y estos varían desde una forma transitoria leve hasta la forma más severa, el síndrome de Giles de la Tourette.

Vértigo paroxístico benigno

Niños entre 1 y 8 años de edad pueden padecer episodios repetidos de pérdida del equilibrio, referidos como vértigo. El inicio de los síntomas es súbito. El niño se torna irritable, a veces es incapaz de mantenerse parado, deja de desplazarse y busca sujetarse de los padres, acercándose a ellos a

veces gateando. La lucidez se conserva durante y después del episodio, elemento que ayuda a diferenciarlo de una convulsión parcial compleja. Es frecuente que el niño se halle ansioso y temeroso. El nistagmus y síntomas autonómicos son frecuentes durante los episodios. La audición es normal. Los episodios desaparecen espontáneamente.

Síndrome de hipotermia- Hiperhidrosis bradicardia recidivante

En pleno estado de salud los niños presentan transpiración profuda, palidez, frialdad de piel con temperatura axilar entre 34°C y 35°C y somnolencia. La duración de los síntomas varía de horas a días. El paciente durante ese período puede ser despertado pero manifiesta una intensa tendencia al sueño. La mayoría presenta bradicardia sinusal que en algunos es menor de 40 latidos por minuto. Los episodios remiten espontáneamente. Si son muy frecuentes o prolongados se puede utilizar ciproheptadina (0,5 mg/k/día) u oxibutinina (1/2 comp./día), ambos durante un período de tres a seis meses.

Sueño

Sobresaltos del sueño

Al iniciar el sueño se observan breves sacudidas de tronco y

o miembros en personas normales, en todas las edades, aunque más frecuentemente es referido por padres de lactantes. Los movimientos desaparecen al profundizar el sueño.

Mioclónías del sueño

A diferencia con el anterior se produce en etapas más profundas del sueño (estadio III y IV). En algunas ocasiones en tan intenso que puede despertar al paciente e interferir con el sueño, resultando en fatiga y trastornos de la atención. Clonazepan o pequeñas dosis de levodopa con útiles para controlar los episodios.

Síndromes paroxísticos no epilépticos de presentación en la adolescencia

Pseudoconvulsiones

Es probablemente el episodio paroxístico más frecuentemente confundido con convulsiones epilépticas. Puede ser por una reacción de conversión, simulación o una forma de maltrato. En la tabla 2 podemos ver las diferencias entre crisis epiléptica y pseudoconvulsión.

El diagnóstico diferencial con las ciris parciales es el más difi-

Tabla 2: Diferencias entre convulsión epiléptica y pseudoconvulsión

| | Convulsión | Pseudoconvulsión |
|--|--|--|
| Edad | Lactante o adolescencia | Mayores segunda infancia |
| Comienzo | Generalmente paroxístico, puede ser con aura | Generalmente gradual |
| Similitud de crisis según CICE | Si | Amplio rango de eventos, conductas inusuales, bizarras |
| Incontinencia urinaria | Frecuente o raro | Raro |
| Confusión postictal | Severa o leve | Ausente |
| Recuerdo del evento | No a breve | A veces detallado |
| Injuria por episodio | Común | Raro |
| Inducción | No | Común |
| Signos neurológicos durante la crisis | Pueden estar presentes | No |
| Respuestas a la DAC | Habitual, depende del síndrome epiléptico | Raro, puede haber efecto placebo |
| EEG durante la convulsión | Anormal, cambios en Relación registro preictal | Normal |

CICE: Clasificación Internacional Crisis Epilépticas
 DAC: Drogas anticonvulsivantes

cil. Además hay un significativo número de pacientes epilépticos que tienen pseudoconvulsiones.

La observación directa del episodio no aclara a veces la situación. El diagnóstico de pseudoconvulsión se ha facilitado con el desarrollo de nuevas técnicas como el video EEG que permite un registro simultáneo del paciente crítico e intercrito, y de los cambios electroencefalográficos asociados. Los eventos así grabados pueden ser posteriormente evaluados por distintos observadores.

Crisis de Pánico

Las crisis de pánico se caracterizan por la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso. Se acompaña de por lo menos cuatro de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, presión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, mareo o inestabilidad, sensación de irrealidad o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, escalofríos o palpitaciones. Estos episodios se diferencian de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente, paroxística y de gran ansiedad. A veces la sintomatología se presenta inesperadamente, es decir sin relación con ningún desencadenante, mientras que otras, es por exposición a estímulos ambientales (por ej.: un perro). En ocasiones está en relación a una situación determinada (ir al colegio, ante un examen). La mayor parte de los episodios se inician al finalizar la adolescencia y son infrecuentes en la segunda infancia. A veces la angustia aparece posterior a una situación traumática y se relaciona con el temor de que la situación se repita. Para un

manejo integral se requiere la atención por un psiquiatra infantil.

Conclusiones

Una de las mayores dificultades que se presentan al pediatra en la atención de un paciente con un episodio paroxístico es definir si es o no de origen epiléptico. El diagnóstico de los diversos síndromes que se mencionaron, pueden ser reconocidos en la mayoría de las oportunidades luego de un minucioso interrogatorio, examen clínico y la utilización de algunos métodos simples de diagnóstico. Algunos de estos pacientes requerirán ser derivados para su confirmación diagnóstica y tratamiento al especialista, neurólogo, psiquiatra, cardiólogo. Finalmente debemos recordar que es posible que un paciente tenga episodios paroxísticos epilépticos y no epilépticos. La mayoría de los EPNE pueden ser diagnosticados y tratados por el pediatra.

Bibliografía recomendada

- Fejerman N, Fernández Alvarez E. Neurología Pediátrica. 1997. El Ateneo. Buenos Aires. (En prensa) 2ª Edición.
- Barron T. The child with spells. Pediatric Clinics of North America. 1991, 38: 711-724.
- Pellock JM. Diagnóstico diferencial de la epilepsia: Trastornos paroxísticos no epilépticos. Avances en Epilepsia. 1994, 4: 113-121.
- Pinsky AL. Criterios a seguir en un niño con un fenómeno paroxístico, poniendo especial énfasis en los trastornos no epilépticos. En Epilepsia Pediátrica. Dodson WE, Pellock JM.
- Aicardi J. Epilepsy in children. 1994. Raven Press, New York.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV. 1995. Masson, Barcelona.
- Arroyo Hugo A. Paroxismos no Epilépticos. PRONAP 1997.

Alternativas a la Atención Sanitaria Basada en la Evidencia

Dr. Rodolfo Mauro Carrizo. Médico Jefe CAPS "Los Aguirre". SIPROSA - Tucumán

Introducción

En un número anterior de este boletín¹, la Dra. Zulma Ortiz expuso claramente los fundamentos de la Atención Sanitaria Basada en la Evidencia (ASBE), y mostró a ésta como el nuevo paradigma de la medicina que ayuda en forma práctica a enfrentar los problemas médicos cotidianos, colabora en mejorar la efectividad clínica y puede ser empleada como instrumento para disminuir los costos.

Pero, ¿qué ocurre cuando no queremos o no tenemos acceso a la evidencia científica que nos permite mejorar nuestra práctica profesional?

Esta pregunta ya se la hicieron algunos años atrás los Dres. David Isaacs y Dominic Fitzgerald² y realizaron una encuesta a diferentes médicos, referente a que harían si tuvieran que enfrentarse a un problema clínico para el que no existieran buena evidencia disponible y encontraron una variedad de opiniones basadas en la personalidad del entrevistado. Categorizaron las respuestas en siete grupos, que luego fueron ampliados por otros autores.

Alternativas a la ASBE

Las alternativas a la ASBE son:

Atención Sanitaria Basada en la Eminencia

Cuanto más veterano sea el médico, menor importancia tiende a conceder a la necesidad de algo tan mundano como la evidencia. La experiencia vale más, al parecer, que cualquier evidencia. Estos médicos tienen una fe inquebrantable en la experiencia clínica, que ha sido definida como "repetir los mismos errores con una creciente confianza durante un impresionante número de años." El pelo blanco y la calva del eminente doctor son conocidos como "el efecto halo".

Atención Sanitaria Basada en la Vehemencia

La solidez de la evidencia es reemplazada por el volumen de la voz y los gestos grandilocuentes. Esto constituye una técnica eficaz para amedrentar a los colegas más timoratos y convencer a tus allegados de tu habilidad. Cuanto más se levanta la voz y más se gesticula, los argumentos parecen

más sólidos.

Atención Sanitaria Basada en la Elocuencia.

Está representada por colegas que presentan un bronceado permanente, el clavel rojo en la solapa, la corbata de seda italiana, el traje de Armani y una habilidad especial en la verbalización.

En este caso la elegancia y la elocuencia verbal son más poderosos que la evidencia médica.

Atención Sanitaria Basada en la Insistencia

Se practica cuando un paciente, su familia u otro médico se pone tan molesto con la demanda de un determinado método diagnóstico o un tratamiento, que finalmente el médico tratante se lo indica o prescribe, con la evidente intención de quitárselo de encima.

Atención Sanitaria Basada en la Impotencia

Esencialmente practicada en los servicios públicos y que el médico debe asumir como suya. El presupuesto manda y "lo que hay es lo que hay", no pudiendo solicitar ciertos análisis, pruebas costosas o tratamientos onerosos. El médico debe dar soluciones con lo que tiene a su disposición, sea útil o no.

Atención Sanitaria Basada en la Tendencia

Práctica basada en la última moda, donde se cree que "lo nuevo es lo bueno", esté comprobado o no. Confiere al médico un estatus de moderno y actualizado. Es practicada principalmente por los médicos residentes especialmente aque-

llos cuya única fuente de información médica es el Agente de Propaganda Médica.

Atención Sanitaria Basada en la Jurisprudencia

Muy de moda. El temor a las demandas judiciales es un poderoso estímulo para realizar todas los estudios y tratamientos, sean necesarios o no. En una atmósfera de fobia a las demandas, la única prueba mala es la no realizada.

Atención Sanitaria Basada en la Opulencia

Es el uso conciente y explícito de las decisiones médicas diagnósticas y terapéuticas que reportan más beneficios económicos para el médico. Está fundamentada en la relación con los laboratorios medicinales y algunos centros diagnóstico que son "de mi máxima confianza".

Atención Sanitaria Basada en la Webidencia

Consiste en tomar como definitivamente ciertas todas las afirmaciones y opiniones médicas publicadas en Internet, sin haberlas revisado con espíritu crítico.

Atención Sanitaria Basada en la Providencia

Si el médico no tiene ni idea de cuál es el paso siguiente en el tratamiento de su paciente, lo mejor es dejar la decisión en manos del Altísimo. Muchos clínicos, desafortunadamente, son incapaces de resistirse a ayudar un poco a Dios en la toma de decisiones.

Atención Sanitaria Basada en la Confianza

Grupo creado originalmente por los autores. Esta modalidad está restringida a los cirujanos.

Indicadores

También Isaacs y Fitzgerald², sistematizaron sus hallazgos y proponen algunos indicadores que nos permitan identificar que tipo de asistencia médica estamos brindando.

| Base para la decisión clínica | Marcador | Dispositivo de medición | Unidad de medida |
|--|-----------------------------|--|--------------------------------------|
| Atención Sanitaria Basada en la Evidencia | Ensayo clínico aleatorio | Metaanálisis | Odds Ratio |
| Atención Sanitaria en la Eminencia | Brillo del cabello blanco | Luminómetro | Densidad óptica |
| Atención Sanitaria Basada en la Vehemencia | Nivel de estridencia | Audímetro | Decibelios |
| Atención Sanitaria Basada en la Elocuencia | Facilidad de palabra | Tonómetro | Porcentaje de adhesión [del público] |
| Atención Sanitaria Basada en la Providencia | Nivel de fervor religioso | Sextante para medir el ángulo de genuflexión | Unidades internacionales de piedad |
| Atención Sanitaria Basada en la Jurisprudencia | Nivel de fobia a la demanda | Cualquier test imaginable | Cuenta bancaria |
| Atención Sanitaria Basada en la Confianza* | Bravura | Test del sudor | Ausencia de sudor |

*Sólo aplicable a cirujanos

Conclusión

La ASBE no es la única opción para fundamentar las decisiones médicas, existen varias alternativas ¿Usted cuál elige?

Bibliografía

¹Ortiz Z. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Atención Primaria de la Salud. Boletín PROAPS-REMEDIAR. Buenos Aires 2004; 12, 22-23.

²Isaacs D, Fitzgerald D Seven alternatives to evidence based medicine. British Medical Journal 1999, 319:1618.

³<http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7225/1618> BMJ 1999;319:1618-1618 (18 Diciembre) Short reports.

“Experiencias en APS”

CONCURSO NACIONAL PARA BECAS DE ESTÍMULO LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y EL PROGRAMA REMEDIAR

En los meses de Agosto –Setiembre de 2004 a través del Boletín Nº 13 convocamos a los equipos de salud y /o sus integrantes a participar de este concurso nacional presentando sus experiencias aplicadas en la Atención Primaria de la Salud desde el año 2002 en adelante.

La respuesta ha sido más que satisfactoria: se presentaron casi 1000 trabajos. Una ardua evaluación de expertos, finalmente seleccionó a los 200 más destacados, no sin reconocer la calidad de mucha otras experiencias que esta vez, no alcanzaron el premio.

Nos complace constatar que participaron todas las jurisdicciones, trabajadores del equipo de salud de muy diversas disciplinas, se abordaron muy diversas temáticas, y sobre todo comprendimos una vez más el esfuerzo de todos los que día a día apuestan a una Argentina más saludable y equitativa.

Nuestras felicitaciones a los ganadores, nuestro agradecimiento a todos los participantes y la renovación del compromiso compartido para lograr entre todos el país que queremos.

| Trabajo | Seudónimo | Provincia | localidad |
|--|----------------------|-----------|------------------|
| María Rosa | Patite | Bs. As. | Avellaneda |
| La participación como acción transformadora social | Colores | Bs. As. | Azul |
| Atención temprana del desarrollo infantil en unidades sanitarias | Peques | Bs. As. | Azul |
| Menores con riesgo nutricional. El trabajo interinstitucional desde las áreas salud y educación. | Saledu | Bs. As. | Azul |
| Intervención para promover la prevención del uso y adicción del tabaco en escuelas | Encarnación Gimenez | Bs. As. | Bahía Blanca |
| Intervención grupal para el tratamiento de la depresión | Agrupar | Bs. As. | Bahía Blanca |
| Experiencia de trabajo en red interdisciplinaria e interinstitucional en nuestro barrio | GADE | Bs. As. | Bahía Blanca |
| Curso de capacitación de promotores de la salud | El Guasón | Bs. As. | Batán |
| Trabajo de hormiga | Luches | Bs. As. | Benito Juárez |
| Salud Cañuelas | Movete | Bs. As. | Cañuelas |
| Obesidad. Seria Urgencia | Preven | Bs. As. | Espartillar |
| Abordajes epidemiológicos en atención primaria una propuesta integral | Hudsonianos | Bs. As. | Florencio Varela |
| Niños más salud | Willy | Bs. As. | Florencio Varela |
| La estrategia de la APS en la salud sexual y reproductiva | Ricardo | Bs. As. | Florencio Varela |
| Acciones de Prevención y Promoción | Pro-Salud Hurlingham | Bs. As. | Hurlingham |
| Estrategia de Atención Primaria de la Salud | EdeAPS | Bs. As. | José C.Paz |
| Evaluación anual de experiencia con familias a cargo | Resistentes | Bs. As. | La Plata |
| La importancia del rol del equipo de salud en la distribución de recursos | R.W | Bs. As. | Lomas de Zamora |
| Historia de Muñecas | Laufer | Bs. As. | Mar del Plata |
| Isla soledad | Wika | Bs. As. | Merlo |
| I.R.A | Alves Ulises | Bs. As. | Moreno |
| Proyecto preventivo de salud bucal | Solonosotr@s | Bs. As. | Necochea |
| Detrás de las vías | Mi.co.ni.su | Bs. As. | Pedro Luro |
| Asentamiento Quinta Mastrangelo. Acciones de Promoción y prevención | Atepam | Bs. As. | Pergamino |
| Adolescencia experiencia de trabajo integral salud | Siga | Bs. As. | Presidente Peron |
| Voluntad | Voluntad | Bs. As. | Pte. Derqui |
| Saberes previos y adherentes terapéutica en hipertensión | Rolando Flores | Bs. As. | Punta Alta |
| Experiencia en Aps | Barrio saludable | Bs. As. | Quilmes |

| Trabajo | Seudónimo | Provincia | Localidad |
|---|--|-----------------|----------------------------|
| Determinar la frecuencia de pediculosis y escabiosis para la prevención - acción y solución de las mismas | Luna | Bs. As. | Quilmes |
| Estrategias combinadas en la prevención de anemias en niños de 6 meses a 2 años | Luz | Bs. As. | Rafael Calzada |
| Acciones en prevención y promoción de la salud | Grupo " Centenario" | Bs. As. | Rivadavia |
| Primeros pasos de APS en San Clemente | El equipo de Juan | Bs. As. | San Clemente del Tuyu |
| Evaluación de la efectividad de un programa de control de factores de riesgo cardiovasculares en un centro de atención primaria de la salud | Corazonada | Bs. As. | San Fernando |
| Salud en el Delta | Islas | Bs. As. | San Fernando |
| Experiencia en acción de prevención y promoción de alimentación saludable en una población infantil en riesgo nutricional | Cocineras | Bs. As. | San Isidro |
| Metodología de trabajo del laboratorio móvil de un hospital local como recurso facilitador de diagnóstico y seguimiento de pacientes en los caps de su área de influencia | Entretejiendo redes | Bs. As. | San Martín |
| Un granito de arena para un mundo mejor | Las chicas | Bs. As. | San Miguel |
| Intervención del equipo de salud sobre lactancia materna en Río Tala | Medicas Rurales | Bs. As. | San Pedro |
| Programa de prevención de factores de riesgo cardiovascular | Enalaprílicos | Bs. As. | Tandil |
| Experiencias de APS en un CAPS | Plumas Blancas | Bs. As. | Temperley |
| Experiencias aplicando el programa Remediar sobre una población con patologías respiratorias | Alan | Bs. As. | Tigre |
| El duo dinámico | Be-so | Bs. As. | Tornquist |
| ¿Cómo trabajar desde el equipo de salud para disminuir los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular modificables? Prevención de la HTA | margarita | Bs. As. | Tres Arroyos |
| Prevalencia de HTA en población mayor de 65 años. | Pampa | Bs. As. | Vicente Lopez |
| Grupo interdisciplinario de crecimiento y desarrollo: Un abordaje integral para el niño y la familia. | Agapantus | Capital Federal | Capital |
| Experiencias con remediar | Farmacia comunitaria | Capital Federal | Capital |
| Programa promotores de salud , proyecto de inmunizaciones y prevención de enfermedades transmisibles | Juanito Laguna | Capital Federal | Capital |
| De eso si se habla | Que va a ser de ti | Capital Federal | Cap. Fed. |
| Desde el ocultamiento a la integración | 20 Esperanzas | Capital Federal | capital |
| Talleres de reflexión sobre sexualidad y procreación responsable | Grupo: Vida Plena | Catamarca | Capital |
| Prevención y promoción de la salud en el adolescente | El conde de APS | Chaco | Pampa Almiron |
| Gestión asociada con la comunidad para la prevención de anemia y otras carencias en niños y embarazadas | QOM | Chaco | Pampa del Indio |
| Abordaje de la desnutrición infantil en la crisis de los años 2002-2003 | Grupo Ceres | Chaco | Resistencia |
| Teta: Amor envasado | Grupo Batata | Chaco | Resistencia |
| Por un barrio saludable y una comunidad sana | Pioneros | Chaco | Resistencia |
| Estrategias de prevención del vih-sida en la población | Duo de dos | Chubut | Comodoro Rivadavia |
| Aventuras del Caps | El pirata | Chubut | Escalante |
| Detección de patologías auditivas y fonoaudiológicas que impiden aprender | Ballenas | Chubut | Trelew |
| Manos a la obra | Porsalut | Chubut | Trelew |
| Experiencia de Atención Primaria en un Centro de Salud de la Precordillera de Chubut | | Chubut | Trevelin |
| Actividades de prevención y promoción en el control prenatal | Brotos | Córdoba | Bell Ville |
| Tu sonrisa vale | Carlos Perez | Córdoba | Camilo Aldao |
| Promotores de salud | Ameghino Sur | Córdoba | Capital |
| Programa escolar de salud bucal | Manuela | Córdoba | Capital |
| Explorando la Sexualidad | Las 60 Cuadras | Córdoba | Capital, B° Coronel Olmedo |
| Campaña popular de detección de Diabetes-Hipertensión Arterial y Obesidad | Ca.Po.Dho. | Córdoba | Casa Grande |
| Promoción de Lactancia Materna | Grupo de madres de guardería municipal | Córdoba | Coronel Moldes |
| Crecer | Crecer | Córdoba | Dean Funes |
| El médico en la escuela | Punilla | Córdoba | La Falda |
| Aunando Esfuerzos, mejores resultados | Media Cruz | Córdoba | Media Naranja |
| Experiencias con Remediar | Acciones en salud | Córdoba | Mina Clavero |

| Trabajo | Seudónimo | Provincia | Localidad |
|--|----------------------------|------------|--|
| Prevención=Inmunizaciones (registro estadístico) | Equipo obrero | Córdoba | Río Cuarto |
| Grupo de apoyo educativo para diabéticos | Prosalud | Córdoba | Río primero |
| Dispensario Municipal de Saldán | Portón de Piedra | Córdoba | Saldán |
| Trabajo Comunitario de Promoción y apoyo a la Lactancia Materna | Alfalfa | Córdoba | San Basilio |
| Fallas en la medida de prevención en una hepatitis "A" | Las minenses | Córdoba | San Carlos Minas |
| Prevención de Anemia en grupos de riesgo | Futuro con esperanza | Córdoba | Santa María |
| Experiencia en Villa Berna | Ludo | Córdoba | Va. Ascasubi |
| Yo te visito , tú me visitas ...Josefina y el Dr. Muelitas | Sanescrís | Córdoba | Villa Allende |
| Anemia, déficit de hierro. Un problema de salud pública.Rastro, tratamiento y prevención | Johnny | Córdoba | Villa de las Rosas |
| La Teoría de Henderson aplicada a la prevención y promoción de la salud de adolescentes del barrio las playas durante el primer semestre del 2004. | Caritas Felices | Córdoba | Villa María |
| En busca de una ciudad saludable | Margaritas y Jazmines | Corrientes | Gobernador Ingeniero Valentín Virasoro |
| Acciones de Prevención y Promoción | Corrientes Porá | Corrientes | Lavalle |
| Plan de Fortalecimiento de las Comunidades Barriales "Hacernos Cargo" | Paso de los Higos | Corrientes | Monte Caseros |
| Programa de salud reproductiva domiciliaria | Amor y vida | Corrientes | Capital |
| Acciones de prevención y promoción | Mboriahú | Corrientes | Capital |
| Prevención y promoción de salud en atención primaria | Raton Perez | Corrientes | Capital |
| Ahora sí somos un Caps y algo más... | Todos | Corrientes | Riachuelo |
| Que la sangre no llegue al río | Pedro Canoero | Entre Ríos | Aldea Brasileira |
| Hepatitis | Dra. Del Carmen | Entre Ríos | Estacion Racedo |
| Una experiencia de trabajo cotidiano | Mariposa | Entre Ríos | Gobernador Maciá |
| Psicoprofilaxis Obstétrica | Athina | Entre Ríos | Gualedguaychu |
| Las acciones de prevención y promoción. | El centro | Entre Ríos | Paraná |
| Acciones de prevención y promoción de la salud integral de la mujer en edad fértil | Malvinas Argentinas | Entre Ríos | Paraná |
| Preparación integral para la maternidad | Maternidad | Entre Ríos | Paraná |
| Prevalencia de Diabetes mellitus en mayores de 14 años | ELY | Formosa | Capital |
| Lactancia materna . Un estudio acerca de los factores que intervienen en su exclusividad | CLAR | Formosa | Pilcomayo |
| Acciones de Prevención y Promoción | Vivencias | Formosa | Villa Gral. Güemes |
| Promoción de la salud sexual y procreación responsable | Promotoras super-poderosas | Formosa | Clorinda |
| Las acciones de prevención y promoción en embarazadas | Propremb | Formosa | Formosa |
| Acción de prevención y promoción en las comunidades Wichi | Amanecer | Formosa | Las Lomitas |
| En busca de la salud para todos | E.C.U.Bi.To | Jujuy | Capital |
| Abordaje Interdisciplinario para la Prevención y Tratamiento de la Desnutrición Infantil en el Puesto de Salud Chamical | Claudiapron | Jujuy | Chamical, El Carmen |
| Acciones de Prevención y Promoción en áreas Rurales | Luchy | Jujuy | El Acheral |
| Programa de control de la hipertensión arterial | Educaim | Jujuy | Ledesma |
| Promoviendo ambientes saludables en la ciudad de monterrico | S.A.C.O. | Jujuy | Monterrico |
| Desnutrición, un flagelo que se puede combatir | Ilusos | Jujuy | San Pedro |
| Control foco del dengue | Lagerdam | Jujuy | San Salvador de Jujuy |
| Creación del Servicio Materno Infantil para Control de Niño Sano desde su Concepción | Miski Wawa (Dulce Niño) | Jujuy | San Salvador de Jujuy |
| Los Cuyayas Trabajando | Los cuyayas Trabajando | Jujuy | San Salvador Jujuy |
| Participación comunitaria | Romaju | Jujuy | San Salvador Jujuy |
| Un sueño Concretado | El Negro y Champi | Jujuy | Santa Bárbara |
| Pequeñas Historias no contadas | Lupe | Jujuy | Santa Bárbara |
| Entre el ideal y la realidad : la familia ante todo | Health Agent | La Pampa | Alpachiri |
| La Atención Primaria de la Salud y el Programa Remediación | Blanco Y Negro | La Pampa | Castex |

| Trabajo | Seudónimo | Provincia | localidad |
|--|----------------------------|-----------|-------------------------|
| Frank Allan contamos nuestra humilde experiencia | Reveca | La Pampa | Gral. Pico |
| Una experiencia multidisciplinaria en A.P.S | Los Samaritanos | La Pampa | Gral. Pico |
| Encuesta sobre factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular en la población del área operativa de San Martín -La Rioja | La flor del Laurel | La Rioja | Capital |
| Campaña masiva y económica contra la pediculosis | Pituileña | La Rioja | Famatina |
| La Atención Primaria de la Salud y el Programa Remediar | Lucy | La Rioja | San Martín |
| Adicción a la Nicotina en Adolescentes | Remedito | Mendoza | Godoy Cruz |
| Trabajando en terreno para la comunidad | Salud para todos | Mendoza | Godoy Cruz |
| Una experiencia en participación y organización comunitaria | Entre todos | Mendoza | Guaymallen |
| Atención primaria en hipertensión | Clysara | Mendoza | Mendoza |
| Prevención de hepatitis "A" | Stereo | Mendoza | Palmira |
| Historia de un Caps | Las cuyanitas | Mendoza | Tunuyan |
| La Atención Primaria de la Salud en la Unidad Sanitaria de A. Del Valle | El negro | Misiones | Aristóbulo del Valle |
| Compromiso social para disminuir las inquietudes en salud | Promotores de salud | Misiones | Belgrano |
| Experiencias con remediar | Los tres mosqueteros | Misiones | Candelaria |
| Red de salud- Redes de Vida | Luchando por lo nuestro | Misiones | Colonia Delicia |
| Participación Comunitaria | | Misiones | Concepción de la Sierra |
| Un buen remedio: la sonrisa | Dr. Mbya/Guarrani | Misiones | Fracran |
| El agua y el jabón una alternativa interesante | Dra. Lilita | Misiones | Obera |
| Acciones de Prevención y promoción | Nosotros | Misiones | Oberá |
| Compartiendo formación e información con la comunidad | Cuenca XV | Neuquén | Capital |
| Sres. Proaps Remediar | Girasoles | Neuquén | Plottier |
| Nos divertimos con los chicos | Equipo Arrayanes | Río Negro | Bariloche |
| Programa Visitas Sanitarias a zonas alejadas de los centros de salud | Ñanco | Río Negro | Campo Grande |
| Un largo camino a recorrer | Caminante | Río Negro | Lamarque |
| Programa de promoción del bienestar familiar | Pearloga | Río Negro | Lamarque |
| Historia de Vida en La Patagonia | Pilcaniyeu | Río Negro | Pilcaniyeu |
| El control de embarazo, un desafío. Una propuesta de organización | Sumando | Río Negro | San Carlos de Bariloche |
| Al Brote Lo Cortamos entre Todos | Las Banderitas | Río Negro | Viedma |
| Registro de atención primaria | Los arthanes | Río Negro | Viedma |
| La Kermés de la Sonrisa | Calchaquí | Salta | Capital |
| Ser adolescente | Serpante | Salta | Cerrillos |
| Odontología Comunitaria y Pública | El Sueñero | Salta | Guachipas |
| Un largo camino para lograr un parto seguro | Sueño de un presente mejor | Salta | Iruya |
| Impacto de un programa con participación comunitaria e interinstitucional en la recuperación de niños desnutridos | Magase | Salta | Orán |
| Por una comunidad saludable experiencias con Remediar | Lucky | Salta | Rosario de Lerma |
| Una sonrisa en la escuela | La seño de los Dientes | Salta | Capital |
| La salud bucal también dijo presente en la escuela | Odonthologic Team | Salta | Capital |
| Actuando por la salud | Aibu | Salta | Orán |
| Estrategia de A.P.S. | Luz y Esperanza | San Juan | Chimbas |
| Experiencia con remediar una respuesta a la gente | Sol de Ullum | San Juan | Ullum |
| Seguimiento de pacientes crónicos -Diabetes | L.M | San Juan | Capital |
| La atención primaria de la salud y el programa Remediar | Cary | San Juan | Ullum |
| Anticoncepción: Análisis en una población a cargo | El criollo | San Luis | Villa Mercedes |
| Investigación de brote de hepatitis en área de cobertura de un centro de atención primaria | Los chinos del ATE II | San Luis | Villa Mercedes |

| Trabajo | Seudónimo | Provincia | localidad |
|--|------------------------|---------------------|-------------------------|
| Acciones de Prevención y Promoción | Pire | San Luis | Villa Mercedes |
| Red de Prevención de la violencia de género | karken Yenu | Santa Cruz | Las Heras |
| La Atención Primaria de la Salud y el Programa Remediar | Blanca como la nieve | Santa Cruz | Río Turbio |
| Inmunidad en zona de riesgo | Juvent's | Santa Fe | Capital |
| Promoción y Prevención en Centro de Salud N°1 Carcarañá | Anita G | Santa Fe | Carcarañá |
| Programación local participativa | Manos unidas | Santa Fe | Gral. San Martín |
| Trabajo en zona Rural | Sol Naciente | Santa Fe | Gral. San Martín |
| Salud Para Todos | Sonrisas | Santa Fe | Gral. San Martín |
| Experiencias con Remediar | Martina, la iguana | Santa Fe | Humboldt |
| Atención primaria en el norte santafesino | Milagros | Santa Fe | La Gallareta |
| Educación para la salud... Ésa es la clave | Dulas | Santa Fe | Rafaela |
| ¿Cómo cuidar a nuestros hijos? | Diaita | Santa Fe | Ramona |
| Adscripción y participación comunitaria | Efecto Mazza | Santa Fe | Rosario |
| Historia de Susana | Fabri | Santa Fe | Rosario |
| Adscripción, admisión, captación de pacientes de mayor riesgo | Juanitos | Santa Fe | Rosario |
| Violencia infanto juvenil, mucho más que un problema de las escuelas | mati 4 | Santa Fe | Rosario |
| La historia para remediar | Monguizuza | Santa Fe | Rosario |
| Taller para dar a luz y acunar | Panzas en Pañales | Santa Fe | Rosario |
| Construyendo y participando salud entre dos culturas , | Tacuarita | Santa Fe | Rosario |
| Referentes Comunitarios: Nueva Propuesta de Integración | Valor y Prestigio | Santa Fe | Rosario |
| Descripción de las acciones de promoción y prevención en el proceso de atención en un centro de salud | Vivencias | Santa Fe | Rosario |
| Promoción de la lactancia materna | Pichi | Santa Fe | Santa Fe |
| Encuesta de Salud: Entrevista. Tema: Desnutrido | Rosa Esperanza | Santa Fe | Santa Rosa de Calchines |
| Del dispensario al centro de atención primaria de la salud | Santa Rosa | Santa Fe | Capital |
| La atención primaria de la salud y el programa Remediar | Chaparral | Santa fe | Santo Tome |
| Organización efectiva y experiencias validas | Apostol de la salud | Santiago del Estero | Capital |
| Entre el deber y la ignorancia | Blancas palomintas | Santiago del estero | Capital |
| Solidaridad | Solidaridad | Santiago del Estero | Choya |
| Prevención de alcoholismo | Nuevos Vientos | Santiago del Estero | Guasayan |
| Prevalencia de parasitosis | Familia -R | Santiago del estero | La Banda |
| Relación con el medio ambiente S.E.H.A.C.R.E. | santiagueños | Santiago del Estero | La Banda |
| Estudio de un brote en la ciudad de Ushuaia:Cimex Lectularius | TDF | Tierra del Fuego | Ushuaia |
| El perjuicio del basural más grande de Tucumán | Guardianes de la salud | Tucumán | Capital |
| Captación de hipertensosy factores de riesgo cardiovascular en la comunidad de Gonzalo Trancas Tucumán | Aguila Dorada | Tucumán | Gonzalo |
| Programa asentamiento de la calle 20 | Luz | Tucumán | Las Talitas |
| Participación Social un proceso | Mafalda | Tucumán | San Miguel de Tucumán |
| Participación comunitaria en el centro de atención primaria de la salud la costa , area operativa Tafi del Valle , Tucuman | Paco | Tucumán | Tafi del Valle |
| Estrategias de APS en la prevención de anemias, parasitosis y desnutrición. Experiencia de 1 año con Plan Remediar. | Barbarita | Tucumán | San Miguel de Tucumán |
| La desnutrición infantil en Tucumán | Fepita | Tucumán | San Miguel de Tucumán |
| Fortaleciendo Vinculos | Marisol | Tucumán | Tafi Viejo |



El Programa Nacional de Desparasitación Masiva ha comenzado

PROAPS-REMEDIAR

La parasitosis es uno de los grandes problemas de la Salud Pública. Con la intención de brindar respuesta al problema, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación impulsa el Programa Nacional de Desparasitación, tal como fue anunciado en nuestro Boletín Nro. 14.

Este tipo de programas se encuentran enmarcados dentro de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud; basada en la atención programada de familias en riesgo, población a cargo con padrón de beneficiarios, referencia de la población al CAPS, estímulo a la participación comunitaria, capacitación de agentes comunitarios, etc.

Dicho Programa, en el que intervienen además de las jurisdicciones provinciales, el PROAPS-REMEDIAR, la Dirección Nacional de Epidemiología y ANLIS, ha comenzado por la Provincia de Santa Fe. Los primeros días de enero se realizaron las tareas previas a la medicación, como la determinación del nivel de prevalencia y capacitación de los equipos de salud encargados de llevar adelante el trabajo en terreno; para iniciar a partir del 1ero de febrero el tratamiento masivo de la población.

Las autoridades provinciales, a través del representante designado, han delimitado zonas prioritarias que reúnen las características de alta endemicidad (contaminación fecal del ambiente por deficiente disposición de excretas y basura, provisión inadecuada de agua potable en cantidad suficiente y calidad, hábitos inadecuados en lo referido al lavado de los alimentos que se consumen crudos, piso de tierra). Dichas zonas del Gran Santa fe constituyen las áreas programáticas de 4 hospitales (Cuyen, Iturraspe, Mira y López, y Sayago) y el municipio de Santo Tomé. Involucran, según estadísticas provinciales, a más de 50.000 niños de 2 a 14 años.

De acuerdo a lo establecido por el Programa y luego de

la delimitación de la zona, la Dirección Nacional de Epidemiología, en colaboración con la Universidad Nacional del Litoral, comenzó con la toma de muestras de materia fecal a la población objetivo, junto con muestras de suelo, y la realización de la encuesta epidemiológica. El diagnóstico parasitológico se está realizando con una única muestra de materia fecal, obtenida por deposición espontánea, con examen parasitológico directo (determinación cualitativa) y con la técnica de Kato-Katz para la determinación del número de huevos (grado de infestación - determinación cuantitativa). Todas estas acciones buscan conocer el nivel de prevalencia de geohelminthos que indiquen la intervención con tratamientos masivos. Se estima que en la última semana de enero se dispondrá de esos resultados.

Paralelamente, se están realizando talleres de capacitación con los niveles decisores (jefe de zona, directores de CAPS) con el objetivo de instrumentar la implementación del Programa en la áreas determinadas, y en la última semana de enero se efectuará la capacitación de los más de 100 agentes sanitarios que serán los encargados de la ejecución del programa en los barrios. La capacitación se centra en los aspectos operativos del Programa, y fundamentalmente en información sobre manejo de basura, hábitos higiénicos, armado de letrinas.

Una campaña de difusión diseñada a tal efecto hace hincapié en la sintomatología producida por las parasitosis, y en los modos de prevención.

Como habíamos explicitado en el anterior boletín: con estas políticas, sostenidas en el tiempo, aspiramos a construir una Argentina mejor, promoviendo y protegiendo los derechos de los niños, entre ellos "el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades" (Convención Sobre los Derechos del Niño).



Programa financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo - Préstamo OC-AR 1193 - PROAPS