

# La Epilepsia en el Hospital Psiquiátrico de Agudos "Dr. Mario Mendoza"

---

*Dr. J. Américo Reyes T.\* , Dra. SayraC. Molina\*\**

---

## I. INTRODUCCIÓN

La epilepsia debe considerarse un síndrome (1) y no una enfermedad y por lo tanto ser claramente definida como "afección crónica, de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales (crisis epilépticas) asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas" (2)-

La prevalencia e incidencia de epilepsia que se reporta mundialmente, varía de 1.5 a 18.6 por 1000 habitantes y de 17.3 hasta 100 por 100,000 habitantes, respectivamente (3). En Honduras es de esperarse cifras mayores debido a las precarias condiciones socioeconómicas y de salubridad, que aumentan el riesgo a padecerla, especialmente por la falta de acceso de la población al control médico

del embarazo y parto, altos índices de mal nutrición y enfermedades infecto-contagiosas en la niñez, de alcoholismo y fármaco dependencia en la juventud.

Nuestro Hospital con 38,756 consultas ambulatorias y 1845 egresos anuales, reporta a la epilepsia en un primer lugar (28.7o/o) y en un tercer lugar como causa de egreso (11.6%) (4).

En el Hospital Psiquiátrico Nacional ' Santa Rosita' que atiende pacientes de larga estancia y que su atención es fundamentalmente intrahospitalaria, la epilepsia ocupa también un tercer lugar en egresos (4).

La Región Metropolitana, de quien depende nuestro Hospital, cubre una población aproximada de 400,000 habitantes y en su consulta ambulatoria la epilepsia ocupa el segundo lugar, con una estructura de morbilidad respecto al gran total de 3.4 correspondiendo el 77.5o/o a mayores de 15 años (5).

En la estadística del Ministerio de Salud Pública de todo el país se tiene a la epilepsia ocupando el vigésimo lugar de los egresos hospitalarios, con un promedio de días estancia de 26.2 y siempre con

---

\* Director Hospital Psiquiátrico de Agudos "Dr. Mario Mendoza" y Docente de la Facultad de Ciencias Médicas. U.N.A.H.

\*\* Médico Asistencial del Hospital Psiquiátrico de Agudos "Dr. Mario Mendoza".

Predominio de mayores de 15 años (88.5o/o) (5).

Considerando que la epilepsia es la patología más frecuente del Hospital Psiquiátrico de Agudos "Dr. Mario Mendoza", la segunda causa de morbilidad en el área metropolitana, que el Ministerio de Salud Pública tiene derecho dentro de los diez problemas prioritarios y que existe escasez de estudios al respecto, se determinó hacer la presente investigación.

## II. MATERIAL Y MÉTODO

En el Hospital Psiquiátrico de Agudos "Dr. Mario Mendoza" se hizo el estudio de 100 pacientes de consulta externa con diagnóstico de epilepsia, en el período comprendido entre el mes de octubre de 1987 y enero de 1988 y escogidos al azar. Se les practicó evaluación clínica a cada uno de ellos con revisión de su expediente.

## III. RESULTADOS

(Ver cuadros y gráficas del 1 al 11 correspondientes a los numerales de esta sección).

- 1.- La población femenina fue la más frecuente (63o/o).
- 2.- El 63o/o procedían del Depto. de Francisco Morazan.
- 3.- La epilepsia se encontró con mayor frecuencia (50o/o) entre los 15 y 30 años.
- 4.- El 71o/o de las crisis se iniciaron antes de los 20 años.
- 5.- El diagnóstico de ingreso que más se dio fue el de crisis epilépticas tónico-clónicas generalizadas en un 45o/o. Otros diagnósticos se dieron en el 5o/o y no se consignó ningún diagnóstico en el 4o/o.
- 6.- En la evaluación clínico-electro encefalografía se reportan los siguientes tipos de crisis epilépticas: Tónico-clónicas generalizadas (60o/o), parciales secundariamente generalizadas (32o/o), parciales (7o/o) y mixtas: Tónico-Clónicas-Ausencias (1o/o).
- 7.- Los antecedentes reportados son: Historia de epilepsia familiar (39o/o), Traumatismo craneo encefálico (36o/o), desconocidos (28o/o),

crisis febriles (11o/o), Alcoholismo (60/0), Anoxia Neonatal (5o/o), Meningitis (1o/o) y Calcificaciones Cerebrales (1o/o). Un antecedente se presentó en 47o/o, dos en 23o/o y tres en 2o/o.

- 8.- Exámenes: Rayos X simple de cráneo positivo en el 3o/o (1 por calcificaciones cerebrales y 2 por craneotomías). Solamente 60/0 de las pruebas hepáticas y 32o/o de los hemogramas fueron reportados anormales,
- 9.- Tratamiento: El 38o/o recibió monoterapia, del cual 26o/o correspondía a difenilhidan-toina. La politerapia se observó en el 62o/o del cual el 40o/o correspondía a la combinación de difenilhidantoina y fenobarbital. Se prescribieron las siguientes dosis promedio en los tres antiepilépticos más empleados en el orden que sigue: Difenilhidantoina, 261mg; fenobarbital, 98mg;y carbamazepina, 392mgs.
- 10.- El 47o/o había recibido tratamiento antiepiléptico por un mínimo de un año; 35o/o estaban asintomáticos por más de un año y 1 Oo/o por más de 4 años.
- 11.- Los efectos secundarios más frecuentes fueron: Hipertrofia gingival (70o/o), mareos (35o/o), somnolencia (25o/o) e hipersomnio (20o/o). Un efecto secundario se presentó en 33o/o, dos en 40o/o, tres en 14o/o, cinco o más en 2o/o y ninguno en 11o/o.

CUADRO No. 1

### DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA SEGUN SEXO

SEXO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Femenino	63	63o/o
Masculino	37	37o/o
TOTAL	100	100o/o

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA  
SEGUN EL LUGAR DE PROCEDENCIA

LUGAR DE PROCEDENCIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Francisco Morazán	63	63o/o
El Paraíso	7	7o/o
Olancho	6	6o/o
Valle	4	4o/o
Comayagua	4	4o/o
La Paz	4	4o/o
Choluteca	4	4o/o
Yoro	3	3o/o
Cortés	2	2o/o
Santa Bárbara	1	1o/o
Intibucá	1	1o/o
Colón	1	1o/o
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100o/o</b>

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON  
EPILEPSIA SEGUN LA EDAD

EDAD ACTUAL EN AÑOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
10-15 años	4	4o/o
15-20 años	11	11o/o
20-25 años	25	25o/o
25-30 años	14	14o/o
30-35 años	9	9o/o
35-40 años	9	9o/o
40-45 años	8	8o/o
45-50 años	9	9o/o
50-55 años	3	3o/o
55 y más	8	8o/o
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100o/o</b>

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA  
SEGUN LA EDAD DE INICIO DE LAS CONVULSIONES

EDAD DE INICIO DE CONVULSIONES EN AÑOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Menor de 2 años	3	3o/o
2 - 8 años	22	22o/o
8 - 14 años	21	21o/o
14 - 20 años	28	28o/o
20 - 26 años	4	4o/o
26 - 32 años	9	9o/o
32 - 38 años	4	4o/o
38 - 44 años	3	3o/o
44 - 50 años	3	3o/o
50 y más	3	3o/o
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100o/o</b>

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA  
SEGUN EL TIPO DE CRISIS AL INGRESO

TIPO DE CRISIS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Tónico Clónicas Generalizadas	45	45o/o
Epilepsia sin clasificación	37	37o/o
Otro Diagnóstico	5	5o/o
Parciales (Simples o Complejas)	5	5o/o
Ausencias	4	4o/o
Sin Diagnóstico	4	4o/o
Parcial compleja secundariamente generalizada	0	0o/o
Mixta (Tónico-Clónica y Ausencia)	0	0o/o
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100o/o</b>

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA  
SEGUN EL TIPO DE CRISIS EN EL DIAGNOSTICO  
CLINICO ELECTROENCEFALOGRAFICO

TIPO DE CRISIS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Tónico Clónica Generalizadas	60	60o/o
Parcial Compleja secundariamente Generalizada	32	32o/o
Parcial Simple o Compleja	7	7o/o
Mixta (Tónica Clónica y Ausencia)	1	1o/o
Ausencias	0	0o/o
Epilepsia sin Clasificación	0	0o/o
Otro Diagnóstico	0	0o/o
Sin Diagnóstico	0	0o/o
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100o/o</b>

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA  
SEGUN LOS ANTECEDENTES

ANTECEDENTES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Historia Familiar de Epilepsia	39	39o/o
Traumatismo craneoencefálico	36	36o/o
Desconocidos	28	28o/o
Convulsiones Febriles	11	11o/o
Alcoholismo	6	6o/o
Anoxia Neonatal	5	5o/o
Calcificaciones Cerebrales	1	1o/o
Meningitis	1	1o/o
<b>* TOTAL</b>		

\* El total no coincide con el número de casos debido a que algunos de ellos presentaron más de un antecedente.

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA  
SEGUN EL RESULTADO DE LA RADIOGRAFIA  
DE CRANEO

RAYOS X DE CRANEO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Normales	97	97o/o
Anormales	3	3o/o
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100o/o</b>

CUADRO No. 8 A

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA  
SEGUN EL RESULTADO DE LAS PRUEBAS  
HEPATICAS

PRUEBAS HEPATICAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Normales	94	94o/o
Anormales(*)	6	6o/o
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100o/o</b>

\* 1 caso con antecedente de alcoholismo crónico

CUADRO No. 8 B

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA  
SEGUN LOS RESULTADOS DEL HEMOGRAMA

HEMOGRAMA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Normales	68	68o/o
Anormales	32	32o/o
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100o/o</b>

CUADRO No. 8 C

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA DE ACUERDO A LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS EN EL HEMOGRAMA

ALTERACIONES HEMOGRAMAS	NUMERO DE CASOS
Neutropenia	19
Eosinofilia	18
Linfocitos	13
Anemia	3
Neutrofilia	2
Linfocitopenia	2
Leucopenia	1
Leucocitosis	1
<b>* TOTAL</b>	

\* El total de casos no coincide con el número de alteraciones debido a que algunos de ellos presentaron más de una alteración.

CUADRO No. 9 A

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA SEGUN EL MODELO DE TRATAMIENTO

MODELO DE TRATAMIENTO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1 Fármaco	38	38o/o
2 Fármaco	55	55o/o
3 y más Fármacos	7	7o/o
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100o/o</b>

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA SEGUN LA FECHA DE LA ULTIMA CONVULSION

FECHA ULTIMA CONVULSION EN AÑOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0 - 1 años	65	65o/o
1 - 2 años	12	12o/o
2 - 3 años	4	4o/o
3 - 4 años	9	9o/o
más de 4 años	10	10o/o
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100o/o</b>

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA SEGUN LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS Y DOSIS PROMEDIO

MEDICAMENTOS	DOSIS PROMEDIO mg/Día	No. CASOS	PROMEDIO
Difenhidantina- Fenobarbital	285mg-99.75mg	40	40o/o
Difenhidantina	211.5 mg	26	26o/o
Difenhidantina- Carbamazepina	285.7mg-342.8mg	7	7o/o
Fenobarbital	100 mg	6	6o/o
Difenhidantina- Fenobarbital- Carbamazepina	285.6mg-91.6mg-400mg	6	6o/o
Carbamazepina	360mg	5	5o/o
Fenobarbital- Carbamazepina	100mg-300mg	4	4o/o
Difenhidantina-Primidona	300mg-500mg	2	2o/o
Primidona	75mg	1	1o/o
Carbamazepina- Acido Valproico	600mg-250mg	1	1o/o
Carbamazepina- Primidona	200mg-500mg	1	1o/o
Difenhidantina- Fenobarbital- Carbamazepina- Acido Valproico	300mg-100mg-400mg-450mg	1	1o/o
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>	<b>100o/o</b>

CUADRO No. 10 A

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA SEGUN EL TIEMPO DE TRATAMIENTO

TIEMPO DE TRATAMIENTO EN AÑOS	No. CASOS	POCENTAJE
0 - 1 años	5	5o/o
1 - 2 años	8	8o/o
2 - 3 años	4	4o/o
3 - 4 años	4	4o/o
4 - 5 años	10	10o/o
5 - 6 años	4	4o/o
6 - 7 años	3	3o/o
7 - 8 años	7	7o/o
8 - 9 años	4	4o/o
9 - 10 años	8	8o/o
10 y más años	45	45o/o
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100o/o</b>

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA SEGUN LOS EFECTOS SECUNDARIOS

EFECTOS SECUNDARIOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Hipertrofia Gingival	70	70o/o
Mareos	30	30o/o
Somnolencia Diurna	25	25o/o
Hipersomnio	20	20o/o
Ninguno	11	11o/o
Acné	9	9o/o
Hirsutismo	2	2o/o
Parostemas	2	2o/o
Erupciones	1	1o/o
Nistagmo	1	1o/o
Náuseas	1	1o/o
<b>TOTAL*</b>		

\* El total de casos no coincide con el número de efectos secundarios debido a que varios de ellos presentaron más de 1 efecto secundario.

CUADRO No. 11 A

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA SEGUN LA RELACION ENTRE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS Y EFECTOS SECUNDARIOS

EFECTO SECUNDARIO	MEDICAMENTOS							
	DFH	FNB	CSZ	DFH/FNB	DFH/CSZ	FNB/CSZ	DFH/FNB/CSZ	
Somnolencia	5	0	1	11	2	1	2	
Hipersomnio	3	3	2	7	1	0	1	
Mareos	7	3	2	15	2	0	4	
Acupemia	1	0	0	0	0	0	0	
Acné	3	0	0	2	0	1	1	
Rash	0	0	0	2	0	0	0	
Hirsutismo	0	0	0	0	0	0	1	
Hipertrofia Gingival	22	1	2	27	2	3	6	
Ninguno	4	1	2	3	0	0	0	
Parostemas	0	0	0	0	2	0	0	

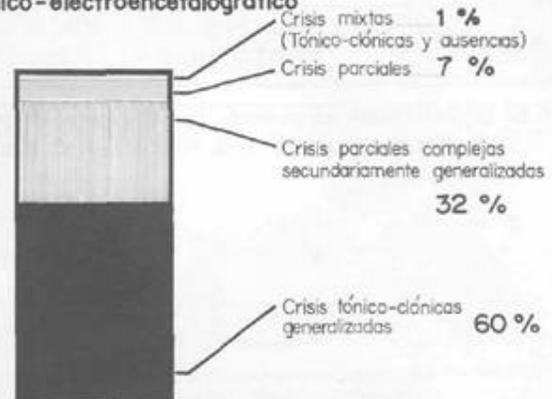
GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON EPILEPSIA SEGUN LUGAR DE PROCEDENCIA



GRAFICA No. 2

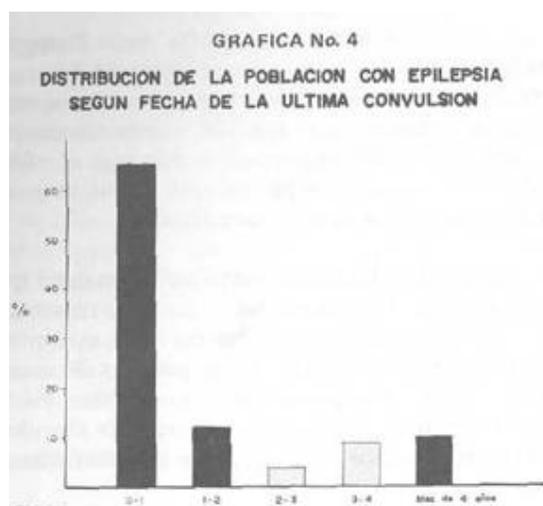
Tipo de crisis en el diagnóstico clínico-electroencefalográfico



GRAFICA No. 3

TIPO DE CRISIS EN EL DIAGNOSTICO DE INGRESO





#### IV.- DISCUSIÓN

Ha sido inesperado el resultado obtenido en la distribución por sexo, ya que por los riesgos que corre el hombre por sus actividades laborales proclive a tener accidentes, como también por el alcoholismo y fármaco dependencia que es más frecuente en ellos, tendríamos en este sector mayor porcentaje de epilepsia. Es probable que esto se deba a que los varones quedaron fuera de la toma de la muestra porque el sistema vigente durante el estudio permitía que los pacientes de control por epilepsia recibieran tratamiento sin pasar a consulta y son ellos los que por sus ocupaciones laborales utilizan más este canal o asisten al Instituto Hondureño de Seguridad Social.

En cuanto a la edad, es necesario aclarar que no se reportan menores de 10 años debido a que el Hospital Psiquiátrico de Agudos "Dr. Mario Mendoza" no atiende niños de esas edades.

El mayor porcentaje de pacientes proceden del Depto. de Francisco Morazán, precisamente donde se encuentra ubicado el hospital y por lo tanto con más fácil acceso.

Por regla general las crisis epilépticas aparecen en los primeros años de vida, pero también pueden iniciarse a cualquier edad. En la gran mayoría, las crisis comienzan antes de los 25 años. Hay dos picos en la curva de inicio de las crisis: el primer

pico en los dos primeros años de la vida y el segundo en la edad de la pubertad. El primero es más frecuente en pacientes hospitalizados y el segundo es en los ambulatorios.

La curva de frecuencia de crisis epilépticas asociadas a lesiones orgánicas del cerebro presenta un primer pico en las edades tempranas (infantiles y jóvenes) relacionado con el hecho de que su cerebro en vías de maduración es más apto para reaccionar con crisis epilépticas al ser injuriado por traumatismos, infecciones del sistema nervioso y por simples enfermedades febriles. El segundo pico se observa después de la tercera edad relacionándose con neoplasias, enfermedades vasculares y traumatismos (6).

Nuestro estudio reporta que el 75o/o de los pacientes iniciaron las crisis antes de los 20 años, con una gráfica tipo meseta que va de los 2 a los 20 años, con moderación elevada de los 14 a los 20 años (ver cuadro No. 4) coincidiendo esto último con el segundo pico descrito arriba en relación a los pacientes epilépticos no hospitalizados.

Al revisar la hoja de evaluación clínica de ingreso se encontró que a 54o/o de los pacientes se les clasificó el tipo de epilepsia, a 37o/o se les diagnosticó simplemente epilepsia y a 4o/o no se consignó ningún diagnóstico, 5o/o tenían otros diagnósticos (Migraña, histeroepilepsia y alcoholismo, síndrome de ansiedad, síndrome depresivo monopolar y el último alcoholismo y traumatismo craneoencefálico) y fue en las consultas subsiguientes en que se le diagnosticó la epilepsia.

Al realizar el estudio clínico-encefalográfico se encontró que las crisis tónico-clónicas generalizadas ocuparon el primer lugar, seguidos por las parciales secundariamente generalizadas y en tercer lugar las parciales. Se presentó un caso de crisis mixtas (crisis tónico-clónicas y ausencias). Los resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios en los que las crisis tónico-clónicas ocupan el primer lugar (7).

Es llamativo el hecho -de que no se reportó ningún caso de crisis parciales secundariamente generalizadas en la hoja de evaluación clínica de ingreso, contrastando en mucho a lo encontrado

en el estudio clínico-electroencefalográfico de nuestra investigación. Esto se debe probablemente a la ligereza con que se interroga al paciente, dándosele nada más importancia al síntoma dramático de los movimientos tónico-clónicos, excluyendo cualquier otra sintomatología previo a ese cuadro.

En cuanto a la etiología, la mayor parte de los estudios efectuados sobre genética y epilepsia prueban de manera inequívoca que existe un factor genético muy importante en la epilepsia y aunque hay una concordancia de opiniones en este aspecto la controversia radica en que algunos autores postulan que una disritmia cerebral puede ser heredada en forma dominante. Por otro lado hay autores que piensan que puede existir 3 parámetros como modo de herencia de epilepsia: umbral de los genes, genes de enfermedad cerebral y genes de epilepsia per se. Por último hay quienes, además de la predisposición con base molecular postulan que se requiere una lesión cerebral que constituya el foco epileptógeno para que aparezca epilepsia clínicamente reconocible. Es evidente de todo lo anterior que implícitamente se está aceptando una conjunción de factores para que se manifieste la epilepsia (8,9).

Lo que John Hughlings Jackson expresara en la segunda mitad del siglo pasado "en mi opinión, la cuestión más importante no es ¿Se trata de un caso de epilepsia?, sino ¿Qué lesión produce ocasionalmente una descarga excesiva?", sigue teniendo vigencia. Cada día la ciencia médica va reduciendo el número de casos de epilepsia de etiología desconocida, calculándose que actualmente se está en capacidad de conocer la causa en el 50o/o de ellos (6). En nuestro estudio la historia familiar estuvo presente en un 39o/o de los casos y de los factores orgánicos el traumatismo cráneo-encefálico ocupó el primer lugar. En Honduras el traumatismo craneoencefálico (6a. causa de egreso del Hospital Escuela) está íntimamente relacionado con el alcoholismo (2a. causa de egreso de los dos Hospitales Psiquiátricos del país) (4).

En lo referente a los exámenes practicados se comprueba que los Rayos X simples de cráneo son de poca utilidad en el diagnóstico de epilepsia ya que solamente en un caso fue importante para el diagnóstico (los otros dos se trataban de craneotomías).

A un caso se le tomó Tomografía Axial Computarizada, revelando una atrofia cerebral temporal derecha. Las pruebas hepáticas y los hemogramas fueron anormales en el 6 y 32o/o respectivamente. Lo anterior tiene importancia más que el efecto tóxico de los antiepilépticos, que como se puede ver fue mayoría a nivel hematológico.

Entrando a los del tratamiento podemos decir que, aunque no se ha demostrado que la polifarmacia sea más eficaz para controlar las crisis epilépticas que la monoterapia (10,11), la práctica de asociaciones farmacológicas siguen reportándose, y creemos nosotros, aumentando los riesgos de abandono de tratamiento por las reacciones adversas sumatorias.

En la investigación realizada la politerapia se dio en un 62o/o, que aunque alto, resulta inferior a lo reportado en otros centros (10). Esta preferencia por asociar varios fármacos forma parte de esquemas terapéuticos tradicionales (difenilhidantoína y fenobarbital), agregado a la falta de medición de antiepilépticos en sangre, que evitaría dar dosis sub-terapéuticas que condicionan las recaídas y que inducen al médico a agregar otro fármaco. Las dosis promedio empleadas en los tres medicamentos más utilizados fueron: 261 mgs. para la difenilhidantoína, 98 mgs. para el fenobarbital y 392 mgs. para la carbamazepina.

Tanto la fecha de la última crisis como el tiempo del tratamiento, pueden tomarse como indicadores para evaluar el efecto terapéutico en la población estudiada. El 97o/o había recibido tratamiento por lo menos un lapso de un año, de los cuales el 85o/o estaban bajo tratamiento en un tiempo mayor a tres años. Estos datos dan la seguridad, que en su mayoría, tenían tiempo suficiente para obtener efectos terapéuticos adecuados, sin embargo, solamente el 35o/o de los pacientes reportaban un control de sus crisis por más de un año; de ellos 10o/o estarían en condiciones de ser dados de alta por estar asintomáticos por más de cuatro años. Si aceptamos que la ciencia médica está en condiciones de controlar el 75o/o de los pacientes que adolecen de epilepsia (12), los resultados obtenidos en nuestra investigación son bastante bajos, tomando en cuenta además que en su mayoría adolecían de crisis epilépticas primarias que resultan más sensibles al tratamiento farmacológico.

En cuanto a los efectos secundarios, la hipertrofia gingival fue la más frecuente reportada, coincidiendo de que el mayor porcentaje de pacientes recibía difenilhidantoína; sin embargo, este hallazgo se detectó, aunque en casos esporádicos, en otros antiepilépticos, por lo que pensamos nosotros, tenga relación a otras causas, entre las que estaría en primer lugar la mala higiene bucal, dado el bajo nivel educativo de la mayoría de los pacientes que consultan en el Hospital Psiquiátrico de Agudos "Dr. Mario Mendoza" (13) y porque algunos de ellos tenían el antecedente de haber tomado difenilhidantoína.

#### V.- RESUMEN

Se hace una revisión de información estadística nacional e internacional sobre la epilepsia y luego se presentan y se discuten los hallazgos de cien casos de epilepsia estudiados en el Hospital Psiquiátrico de Agudos "Dr. Mario Mendoza". La información que se incluye es la siguiente: distribución por sexo, edad, procedencia, antecedentes, tipo de crisis, exámenes, tratamiento y efectos secundarios.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Rubio Donnadieu, F.: Epilepsia. Fascículo No. 1 Camelice 1981. México.
- 2.- Gastaut, H. y Col.: Diccionario de Epilepsia. OMS, Ginebra, 1973.
- 3.- Glaser, G.: Convulsive Disorders (Epilepsy). A text-book of neurology (Merritt, H.), Fifth Edition, USA. Lea-Febriger, 1973.
- 4.- Boletín de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud Pública, Honduras. 1985.
- 5.- Depto. de Estadística, Ministerio de Salud Pública, Honduras. Encuesta de morbilidad 1985.
- 6.- Dam, M. and Gram, L.: Epilepsy-prejudice and fact. Munksgaard 1986. Copenhagen.
- 7.- Olivares, L. y Tallex, I.: Contribuciones de la epidemiología neurológica mexicana. Revista del Inst. Nacional de Neurología, 1968; No. 3 Vol. 2.
- 8.- Gastaut, H. y Broughton. Ataques Epilépticos. Ed. Toray. España, 1974. pp. 216-217.
- 9.- Otero, E.: Influencia del medio ambiente en la Epilepsia. Revista del Inst. Nacional de Neurología, México. Enero 1974. Vol. 1 No. 8.
- 10.- Shorvon, S.D.: El papel de la monoterapia. Malta, Simposico Geigy, 1982.
- 11.- Albright, P., Bruni, J.: Reduction of polypharmacy in epileptic patients. Arch. Neurol. Aug. 1985. Vol 42.
- 12.- Vetasco-Suárez, M.: La epilepsia en el desarrollo de la Neurología. Rev. Inst. Nac. Neurología. México. 1975, vol. IX No. 1-2.
- 13.- Memoria, Taller de Reestructuración de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico de Agudos "Dr. Mario Mendoza", 1986.