

Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN)
Ciudad de La Habana. Cuba

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con epilepsia refractaria del lóbulo temporal intervenidos quirúrgicamente

Evaluation of the quality of life in operated refractory epileptic patients

Juan E. Bender del Busto¹, Lilia Morales Chacón², Liván Rodríguez Mutuberría³, Maikel López Pérez⁴, Liuba Hernández Toledo⁵

¹Jefe de Clínica de Lesiones Estáticas Encefálicas del Adulto. Especialista Segundo Grado en Neurología. Profesor e Investigador Auxiliar.

²Jefe Departamento Neurofisiología. Especialista Segundo Grado en Neurofisiología.

³Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Asistente.

⁴Especialista Primer Grado en Neurología.

⁵Enfermera. Centro Internacional de Restauración Neurológica. Dr.C. Juan E. Bender del Busto. Edificio A3 Apto 7. Calle 180 esquina 5ta Ave. Rpto Flores. Ciudad de La Habana, Cuba. jebender@infomed.sld.cu

RESUMEN

La Epilepsia afecta a 1-2 % de la población y 20 % de los pacientes son médicamente intratables crónicos y de ellos, a su vez, 5-10 % son candidatos a cirugía de la epilepsia, con la que se reportan favorables resultados en la calidad de vida y reducción de las crisis. Este trabajo tiene por objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes portadores de epilepsia refractaria del lóbulo temporal en su etapa prequirúrgica y su evolución posterior al tratamiento quirúrgico. Es un estudio clínico descriptivo, longitudinal, prospectivo, realizado en el Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN). Se evaluaron los pacientes con el criterio de epilepsia refractaria en una consulta de preevaluación, donde se siguieron durante todo su estudio preoperatorio, desde enero del 2002 hasta

diciembre del 2007. Se realizó lobectomía temporal a los 20 pacientes considerados con criterio y se utilizó el test de Calidad de Vida (QOLIE-31) un mes antes, a los seis meses y al año después del tratamiento quirúrgico, para evaluar la calidad de vida. La mediana del puntaje antes de la operación fue de 26,5; seis meses después se incrementó a 89, y se mantuvo en 84 al cabo del año. Los resultados obtenidos después de la cirugía mostraron un aumento de los indicadores de la calidad de vida, acompañados de reducción del número de crisis epilépticas. Se precisa la evolución pareada (antes y un año después de la cirugía) de cada uno de los indicadores considerados eficaces para la evaluación global de la calidad de vida, y se detectaron diferencias estadísticamente significativas en todos los indicadores. La calidad de vida aumentó considerablemente después del proceder quirúrgico.

Palabras clave: Epilepsia refractaria, Calidad de vida y Lobectomía temporal.

ABSTRACT

Epilepsy affects 1-2 % of the population and 20 % of patients are chronic medically untreatable. 5-10 % are candidates to epilepsy surgery with favorable results in the quality of life and reduction of crisis. To evaluate the quality of life of patients with temporal lobe refractory epilepsy during presurgical evaluation and after surgical treatment with good outcome. It is a prospective, longitudinal and descriptive clinical study. Patients with refractory epilepsy were evaluated in a clinic during presurgical and postsurgical evaluation during the period between January 2002 and December 2007. Partial temporal lobotomy and transsurgical electrocorticography were performed on 20 patients with criteria. A health quality test(QOLIE-31) was applied a month before, six and twelve months after lobotomy. Median score before the operation was of 26,5, six months after, this score increased to 89 and was maintained at 84 at the end of a year. Obtained results after surgery showed an increase in the indicators of the quality of life, accompanied with a reduction in the number of epileptic crisis. Paired evolution is needed (before and a year after surgery) of each one of the indicators considered efficacious for the global evaluation of the quality of life where statistic significant differences were detected in all the indicators. The quality of life increased considerably after the surgical procedure.

Key words: Refractory epilepsy, quality of life, temporal lobectomy.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 150 años, la humanidad ha logrado que muchas de las enfermedades transmisibles prácticamente hayan desaparecido y paralelamente han ido en aumento las enfermedades crónicas, entre las que ocupan un lugar destacado las neurológicas, cuyos procesos deterioran la salud, y, por ende, su calidad de vida.¹ La epilepsia es una de las enfermedades que afectan la calidad de vida de los pacientes y más aún si es de difícil control, cuyos beneficios no se pueden medir exclusivamente por el control de las crisis.²

Se considera que es tan antigua como la humanidad misma y una de las enfermedades del Sistema Nervioso Central más frecuentes.³ Afecta a 1-2% de la población; con una prevalencia de 8-17 epilépticos por 1 000 hab. El 80% del total de pacientes epilépticos se controlan con tratamiento médico, 20% son médicamente intratables crónicos⁴ y de ellos, 5-10% son candidatos a cirugía de la epilepsia.

La resistencia farmacológica supone un importante problema para el paciente, que incluye persistencia de las crisis y morbilidad derivada de la epilepsia y la medicación, aislamiento social, desempleo y disminución de la calidad de vida.⁵ Tiene además un pobre pronóstico, con una elevada tasa de mortalidad como consecuencia directa de las crisis,⁶ así como un importante costo sanitario por el uso de nuevos y múltiples medicamentos y una mayor necesidad de atención sanitaria.⁷

El problema básico en cirugía de la epilepsia tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes al dejarlos libres de crisis, después de una intervención quirúrgica exitosa.⁸

Epilepsia refractaria es la que tiene ausencia de control satisfactorio de las crisis epilépticas, a pesar de tratamiento médico adecuado con las dosis máximas toleradas.⁹

La ausencia de control satisfactorio, es igual a insatisfactoria calidad de vida individual, pues los efectos adversos indeseables son individuales.

Actualmente, son múltiples los servicios que se dedican a este tema; sin embargo, es en nuestro centro y en el país que pueden realizarse por vez primera, el estudio e intervención quirúrgica del paciente con epilepsia refractaria del lóbulo temporal.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes portadores de epilepsia refractaria del lóbulo temporal en su etapa prequirúrgica y su evolución posterior al tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio clínico-descriptivo, longitudinal y prospectivo, realizado en el Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN). Se evaluaron los pacientes con el criterio de epilepsia refractaria del lóbulo temporal, durante todo su estudio preoperatorio, desde enero del 2002 hasta diciembre del 2007. Se realizaron las investigaciones necesarias para precisar la etiología de la refractariedad y se realizó lobectomía temporal a los pacientes considerados con criterio.

Técnicas para el estudio

La muestra estuvo conformada por 20 pacientes. Se utilizó el test de Calidad de Vida (QOLIE-31) un mes antes, a los seis meses y al año después del tratamiento quirúrgico, para evaluar la calidad de vida. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron los programas SPSS versión 15.0, WinBugs 3.0.3 y Epidat 3.0. Se construyeron tablas descriptivas para estudiar el comportamiento global de las variables. Se verificó el supuesto de aproximación normal (prueba de Shapiro-Wilk) en el caso de la cantidad de crisis y escala de calidad de vida. Se realizó la prueba de Wilcoxon para datos pareados para comparar los resultados evolutivos de estas

variables. Se estimó el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman entre las variables Calidad de vida y Cantidad de crisis.

RESULTADOS

La Calidad de vida evaluada después de la intervención quirúrgica, mediante la aplicación del QOLIE-31,¹⁰ mostró los siguientes resultados. La mediana del puntaje antes de la operación fue de 26,5, seis meses después se incrementó a 89, y se mantuvo en 84 al cabo del año, resultados con diferencias estadísticas significativas, que incidan un aumento real de la calidad de vida después de la intervención quirúrgica. (Tabla 1).

Tabla 1: Calidad de vida

Análisis		Previo	Posterior	P (Wilcoxon)
Previo - 6 meses post-cirugía	N	20	20	0,0000884
	Media ± DS	31,4 ± 20,9	87,4 ± 9,1	
	Mediana ± RQ	26,5 ± 17,0	89,0 ± 17,2	
	(Mínimo; Máximo)	(3; 75)	(73; 99)	
Previo - 1 año post-cirugía	N	20	20	0,0000883
	Media ± DS	31,4 ± 20,9	79,6 ± 16,5	
	Mediana ± RQ	26,5 ± 17,0	84,0 ± 18,2	
	(Mínimo; Máximo)	(3; 75)	(40; 97)	

DS: desviación Standard
RQ: rango intercuartílico

Con el objetivo de estudiar la relación entre los indicadores de Calidad de vida y Cantidad de crisis, se estimó el coeficiente de correlación lineal previo y posterior a la cirugía. En el análisis prequirúrgico no hay correspondencia en tiempo. Los resultados obtenidos después de la cirugía, mostraron un aumento de los indicadores de la calidad de vida, acompañados de reducción del número de crisis epilépticas. El coeficiente de correlación lineal de Spearman aplicado a estas variables pasado un año de la intervención quirúrgica fue consistente con lo esperado. (Tabla 2, p=0.082).

Tabla. 2: Correlación Calidad de vida vs. Cantidad de crisis

Calidad de vida vs. cantidad de crisis	
Coefficiente de correlación de Spearman (x)	-0,398
P	0,082

Se estudió la evolución pareada (antes y un año después de la cirugía) de cada uno de los indicadores considerados eficaces para la evaluación global de la calidad de vida, y se detectaron diferencias estadísticamente significativas en todos los

indicadores. El parámetro de menor cambio fue "Efectos de los medicamentos" que tuvo una variación de aproximadamente 50 unidades de magnitud, variación estadísticamente significativa. En este caso, 79% de los pacientes mejoraron su evaluación inicial, y 20% se mantuvo igual o empeoró su escala inicial, lo cual es racional considerando que la práctica indicó el mantenimiento de los medicamentos por un período de 2 años.

DISCUSIÓN

Se acepta progresivamente la idea de que el número de crisis no es el único dato determinante del estado de un paciente epiléptico, aunque probablemente sea el principal factor. Por ello, se ha introducido cada vez más la valoración de la calidad de vida, que adquiere categoría de instrumento de valoración clínica de primer orden, a la vez que ayuda a establecer de modo práctico unos criterios más exigentes y amplios en la valoración de los fármacos antiepilépticos.¹¹

La calidad de vida en relación con la salud (CVRS), mermada por la epilepsia refractaria, es el verdadero objetivo de los pacientes que deciden operarse.¹²

En los pacientes con epilepsia, la calidad de vida está relacionada con varios factores, entre los que se incluyen la frecuencia y severidad de las crisis y la toxicidad de las DAE, entre otros.¹³

Según Vickrey,¹⁴ existe una relación directa entre el grado de control de las crisis y la CVRS. Si se comparan pacientes no operados y operados,¹⁵ solamente se aprecian mejorías discretas sin significación estadística en la CVRS en la evolución de ambos grupos a favor del quirúrgico. Sin embargo, existen trabajos en los que se encuentran mejorías significativas en los aspectos sociales y económicos que rodean al paciente.¹⁶

Dodrill¹⁷ revisó 17 estudios que analizaban el impacto psicosocial de la cirugía de la epilepsia y en dos terceras partes de los casos se objetiva mejoría en las relaciones interpersonales, los aspectos psicosexual y psicosocial, y en los ámbitos vocacional y laboral de los pacientes.

Dupont demuestra una significativa y persistente ganancia en la función psicosocial después de la cirugía, aún sin una completa ausencia de crisis.¹⁸ Según la literatura revisada, se concluye que ausencia de crisis epilépticas es similar a buena calidad de vida.¹⁹

Estudios recientes apoyan la idea de que la intervención quirúrgica temprana puede ser beneficiosa en la calidad de vida de los pacientes y la mejoría de las funciones cognitivas y su incorporación social.²⁰

A manera conclusiva, en nuestros pacientes mejoró la calidad de vida después de la lobectomía temporal, en cada uno de sus indicadores, lo cual coincide con la opinión de los autores que se dedican al tema.

CONCLUSIONES

- La calidad de vida aumentó considerablemente después del proceder quirúrgico en nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Mejía R, Fernández López JA, Rancaño García I. Epidemiología y calidad de vida: comparación entre variables sociodemográficas. En: Gil V, Merino J, Quirce F, Orozco D, editores. Investigación y práctica clínica. Madrid: Gráficas Robel; 1999, p. 249-59.
2. Vickrey BG, Hays RD, Herman BP, Bladin PF, Batzel LW. Outcomes with respect to quality of life. En: Engel J, Jr., editor. Surgical treatment of the epilepsies. 2 ed. New York: Raven Press; 1993, p. 623-35.
3. Bender del Busto JE, Morales Chacón L, García Maeso I, García Navarro ME. Evaluación clínica pre y posquirúrgica de pacientes con epilepsia refractaria del lóbulo temporal. Rev Mex Neur. 2006; 7(2): 112-9.
4. Zimmerman RS, Sirven JI. An overview of surgery for chronic seizures. Mayo Clin Proc. 2003 Jan; 78(1): 109-17.
5. French JA. Refractory epilepsy: clinical overview. Epilepsia. 2007; 48 Suppl 1: 3-7.
6. Duncan JS, Shorvon SD, Fish DR. Clinical Epilepsy. London: Churchill Livingstone; 1995.
7. Leppik IE. Intractable epilepsy in adults. Adv Exp Med Biol. 2002; 497: 1-7.
8. Burgeois BFD. Establishment of pharmacoresistancy. In: Wolf P, editor. Epileptic seizures and syndromes. London: John Libbey; 1994, p. 591-8.
9. Reynolds E. Mechanism of intractability. In: Wolf P, editor. Epileptic seizures and syndromes. London: John Libbey; 1994, p. 599-604.
10. Cramer JA, Perrine K, Devinsky O, Bryant-Comstock L, Meador K, Hermann B. Development and cross-cultural translations of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. Epilepsia. 1998 Jan; 39(1): 81-8.
11. Devinsky O, Cramer A. Introduction: quality of life in epilepsy. Epilepsia. 1993; 34 Suppl 4: S1-S3.
12. Chin PS, Berg AT, Spencer SS, Sperling MR, Haut SR, Langfitt JT, *et al.* Employment outcomes following resective epilepsy surgery. Epilepsia. 2007 Dec; 48(12): 2253-7.
13. Theodore WH, Spencer SS, Wiebe S, Langfitt JT, Ali A, Shafer PO, *et al.* Epilepsy in North America: a report prepared under the auspices of the global campaign against epilepsy, the International Bureau for Epilepsy, the International League Against Epilepsy, and the World Health Organization. Epilepsia. 2006 Oct; 47(10): 1700-22.

14. Vickrey BG, Hays RD, Graber J, Rausch R, Engel J, Jr., Brook RH. A health-related quality of life instrument for patients evaluated for epilepsy surgery. *Med Care* 1992 Apr; 30(4):299-319.
15. Vickrey BG, Hays RD, Engel J, Jr., Spritzer K, Rogers WH, Rausch R, *et al.* Outcome assessment for epilepsy surgery: the impact of measuring health-related quality of life. *Ann Neurol* .1995 Feb; 37(2): 158-66.
16. Williams KL, Roth DL, Kuzniecky R, Faught E, Morawetz R. Psychosocial outcome following temporal lobe surgery. *J Epilepsy*. 1994; 7:144-51.
17. Dodrill CB, Batzel LW, Fraser RT. Surgical outcome: psychosocial changes. In: Luders H, editor. *Surgery for epilepsy*. New York: Raven Press; 1991, p. 661-8.
18. Dupont S, Tanguy ML, Clemenceau S, Adam C, Hazemann P, Baulac M. Long-term prognosis and psychosocial outcomes after surgery for MTLE. *Epilepsia*. 2006 Dec; 47(12):2115-24.
19. Jacoby A, Baker GA. Quality-of-life trajectories in epilepsy: a review of the literature. *Epilepsy Behav* .2008 May; 12(4):557-71.
20. Jeong SW, Lee SK, Hong KS, Kim KK, Chung CK, Kim H. Prognostic factors for the surgery for mesial temporal lobe epilepsy: longitudinal analysis. *Epilepsia*. 2005 Aug; 46(8): 1273-9.