



Recibido: 2025-02-08

Aceptado: 2025-03-08

Publicado:2025-04-08

**Epilepsia y adherencia a anticonvulsivantes: efecto de barreras de
acceso en crisis evitables**

**Epilepsy and adherence to anticonvulsants: effect of access barriers on
preventable seizures**

Autor

Edison Darwin Delgado Castillo

delgado.castillo@outlook.es

<https://orcid.org/0000-0002-4129-9112>

Universidad Andina Simón Bolívar

Quito-Ecuador

Resumen

La epilepsia es un trastorno neurológico crónico cuyo control depende de la adherencia sostenida al tratamiento anticonvulsivante; no obstante, en contextos caracterizados por brechas de acceso sanitario, desabastecimiento farmacológico y fragmentación de los servicios, una proporción significativa de crisis atendidas en urgencias se asocia con factores modificables como la mala adherencia y los ajustes terapéuticos no supervisados. El objetivo del estudio fue analizar la relación entre barreras de acceso, adherencia a anticonvulsivantes y ocurrencia de crisis evitables mediante un diseño observacional, analítico y de alcance explicativo, sustentado en análisis secundario de registros hospitalarios nacionales, informes estatales y reportes de organismos internacionales correspondientes al periodo reciente. Se aplicaron técnicas de análisis multivariado, incluyendo regresión logística para estimar la probabilidad de crisis asociadas a niveles bajos de adherencia y modelamiento estructural para evaluar la mediación entre barreras de acceso y recurrencia clínica. Los resultados evidenciaron que una proporción considerable de los factores precipitantes en pacientes con epilepsia conocida correspondió a eventos prevenibles vinculados a discontinuidad terapéutica, en un contexto de presión hospitalaria creciente y persistencia de brechas asistenciales. En consecuencia, el control sostenible de la epilepsia requiere estrategias integrales orientadas a garantizar continuidad farmacológica, fortalecer el seguimiento ambulatorio y reducir inequidades estructurales de acceso a los servicios especializados.

Palabras clave: epilepsia; adherencia terapéutica; barreras de acceso; crisis evitables; anticonvulsivantes; continuidad asistencial.

Abstract

Epilepsy is a chronic neurological disorder whose clinical stability depends on sustained adherence to anticonvulsant therapy; however, in contexts characterized by healthcare access gaps, medication shortages, and fragmented service delivery, a significant proportion of seizures treated in emergency settings are associated with modifiable factors such as poor adherence and unsupervised therapeutic adjustments. The objective of this study was to analyze the relationship between access barriers, adherence to anticonvulsants, and the occurrence of preventable seizures through an observational, analytical, and explanatory cross-sectional design, based on secondary analysis of national hospital records, official governmental reports, and international health agency data from recent years. Multivariate statistical techniques were applied, including logistic regression to estimate the probability of seizures associated with low adherence levels and structural modeling to assess the mediating effect between access barriers and clinical recurrence. The findings revealed that a considerable proportion of precipitating factors in patients with established epilepsy corresponded to preventable events linked to therapeutic discontinuity, within a context of increasing hospital demand and persistent treatment gaps. Sustainable epilepsy control therefore requires integrated strategies aimed at ensuring continuous medication supply, strengthening outpatient follow-up, and reducing structural inequities in access to specialized care.

Keywords: epilepsy; therapeutic adherence; access barriers; preventable seizures; anticonvulsants; continuity of care.

Introducción

La epilepsia constituye un trastorno neurológico crónico cuya carga clínica y social se intensifica cuando el control de crisis depende de la continuidad terapéutica y de la disponibilidad efectiva de fármacos anticrisis en los distintos niveles de atención. En sistemas de salud con segmentación territorial, la prevención de crisis evitables se vincula estrechamente con la capacidad del paciente y su familia para sostener esquemas farmacológicos, asistir a controles, acceder a estudios diagnósticos y resolver eventos intercurrentes sin interrupciones del tratamiento. En este marco, la adherencia no puede entenderse como un comportamiento aislado, sino como un resultado sanitario condicionado por determinantes de acceso y por la organización del cuidado, especialmente cuando existen limitaciones económicas, geográficas y administrativas que obstaculizan la continuidad del tratamiento (Moreno, 2023).

La evidencia clínica muestra que el abordaje terapéutico de la epilepsia en adultos requiere decisiones farmacológicas ajustadas al tipo de crisis, comorbilidades y tolerabilidad, pero su efectividad real queda supeditada a la permanencia del tratamiento en el tiempo. Cuando el seguimiento es irregular o el abastecimiento es intermitente, el riesgo de recurrencia de crisis aumenta, con impactos acumulativos sobre funcionalidad, calidad de vida y utilización de servicios de urgencias. Esta problemática se agrava en contextos donde el acceso al especialista, a la reevaluación terapéutica y a la disponibilidad de alternativas farmacológicas es desigual, lo que introduce brechas evitables en el control de crisis (Bombón, 2022).

En población pediátrica, el cumplimiento terapéutico suele depender de cuidadores, por lo que las barreras de acceso se traducen en fallas de continuidad con mayor rapidez y con efectos clínicos inmediatos. Durante escenarios de tensión del sistema sanitario, se han descrito frecuencias relevantes de no adherencia asociadas a dificultades logísticas, restricciones de movilidad, limitaciones económicas y problemas para obtener medicación, evidenciando que la adherencia opera como un indicador sensible de la accesibilidad real al tratamiento. En este sentido, las crisis evitables se convierten en un fenómeno clínico y organizacional, no solo farmacológico (Ramírez et al., 2023).

Además, la atención especializada en epilepsia se encuentra condicionada por la capacidad de referencia oportuna y por la disponibilidad de servicios de mayor complejidad, elementos que se distribuyen de manera heterogénea entre territorios. En epilepsias de difícil control, la demora en acceder a evaluación integral y a rutas prequirúrgicas refleja inequidades estructurales que también afectan al seguimiento terapéutico y a la continuidad farmacológica. Así, la persistencia de crisis puede ser la expresión final de fallas concatenadas en acceso, derivación, diagnóstico y tratamiento (Bol, 2022).

Junto con lo anterior, la educación sanitaria y el empoderamiento del paciente aparecen como mecanismos que median la adherencia cuando el sistema provee canales funcionales de información, acompañamiento y soporte. Las expectativas de las personas con epilepsia respecto a la educación recibida muestran que el manejo de crisis, la comprensión del tratamiento y el conocimiento de recursos disponibles son componentes centrales para sostener el autocuidado. Sin embargo, estos beneficios tienden a diluirse si persisten barreras de acceso a fármacos, consultas o apoyos sociales, lo que refuerza la necesidad de integrar la dimensión educativa con estrategias de accesibilidad (Salord et al., 2021).

En paralelo, se han propuesto enfoques de apoyo al diagnóstico y manejo mediante herramientas digitales orientadas a mejorar procesos clínicos, lo que abre oportunidades para reducir discontinuidades de atención, optimizar seguimiento y apoyar decisiones terapéuticas. Aun así, su contribución depende de la infraestructura institucional y de la equidad de implementación, dado que la brecha tecnológica puede replicar desigualdades territoriales existentes. Por ello, el análisis de crisis evitables asociadas a barreras de acceso exige incorporar variables de organización del cuidado, rutas de atención y soporte tecnológico, además del componente farmacológico (Paredes, 2022).

Desde una perspectiva epidemiológica, también es relevante considerar que la distribución etaria y la caracterización clínica de la epilepsia varían entre poblaciones, lo que implica necesidades diferenciadas de seguimiento y provisión terapéutica. En cohortes con mayor carga de comorbilidad o con necesidades de politerapia, cualquier barrera de acceso impacta de forma desproporcionada en la adherencia y en el control de

crisis. De esta manera, comprender el efecto de barreras de acceso sobre crisis evitables requiere integrar el perfil clínico, las condiciones del territorio y la capacidad resolutive de la red de servicios (Millán, 2022).

En suma, el estudio de la epilepsia y la adherencia a anticonvulsivantes, en relación con barreras de acceso, permite aproximarse a un problema sanitario evitable que combina dimensiones clínicas, organizacionales y territoriales. Analizar estas interacciones resulta clave para identificar puntos críticos del proceso asistencial que incrementan el riesgo de crisis prevenibles y para orientar intervenciones focalizadas en continuidad terapéutica, seguimiento y reducción de discontinuidades por acceso, con especial atención a poblaciones vulnerables y zonas con menor disponibilidad de servicios.

Adherencia a anticonvulsivantes en epilepsia: determinantes clínicos, conductuales y psicosociales

Cuando una persona adulta joven con epilepsia focal, sometida a politerapia y con jornadas laborales rotativas, comienza a modificar por cuenta propia los horarios de administración debido a somnolencia y temor a convulsionar en el trabajo, se configura un escenario donde la adherencia deja de ser una simple variable farmacológica y se convierte en un fenómeno clínico conductual complejo. Este tipo de situaciones ilustra cómo las decisiones cotidianas del paciente, influenciadas por factores laborales, emocionales y sociales, impactan directamente en la estabilidad terapéutica.

La adherencia terapéutica en epilepsia se define como el grado de concordancia entre la toma del medicamento anticrisis y las indicaciones pactadas con el equipo de salud, incluyendo dosis, frecuencia y continuidad. Sin embargo, su comportamiento real depende de múltiples dimensiones interrelacionadas: complejidad del esquema farmacológico, efectos adversos, percepción de control de la enfermedad, estigma, alfabetización sanitaria y soporte familiar. La evidencia reciente subraya que intervenciones educativas estructuradas pueden modificar positivamente la autogestión del tratamiento; en este sentido, Puertas Porrino et al. (2023) demostraron que una intervención audiovisual educativa mejoró dimensiones asociadas al autocuidado en personas con epilepsia.

En epilepsias focales y farmacorresistentes, la adherencia adquiere un valor aún más determinante, dado que pequeñas variaciones en la toma del fármaco pueden precipitar crisis recurrentes. El modelo de redes neuronales en epilepsia del lóbulo temporal, descrito por Espinosa Jovel et al. (2023), muestra que la enfermedad no se limita a una descarga eléctrica aislada, sino que involucra circuitos funcionales complejos cuya estabilidad depende, entre otros factores, de la regularidad terapéutica. Así, la omisión intermitente de dosis puede actuar como un desestabilizador de redes epileptogénicas previamente compensadas.

A ello se suman determinantes psicosociales. La inserción académica y laboral, el estigma percibido y la calidad de vida influyen en la continuidad del tratamiento. Catalán Aguilar et al. (2022) evidencian que la participación social y laboral se asocia con mejores indicadores de calidad de vida, lo cual puede traducirse en mayor compromiso terapéutico cuando existen condiciones favorables. En contraste, contextos de inseguridad laboral o discriminación pueden generar conductas compensatorias como ajustes autónomos de dosis, con riesgo clínico evidente.

Asimismo, las comorbilidades neurocognitivas y psicológicas descritas en poblaciones pediátricas y adultas con epilepsia (Sousa et al., 2023) afectan la memoria prospectiva y la planificación, incrementando el riesgo de olvidos involuntarios. Desde esta perspectiva, la adherencia debe evaluarse como un constructo multidimensional que integra variables clínicas, cognitivas y sociales, cuya interacción condiciona la aparición de crisis potencialmente evitables.

Barreras de acceso y crisis evitables: continuidad terapéutica, servicios y desigualdad sanitaria

En un contexto periférico urbano donde una persona con epilepsia controlada enfrenta desabastecimiento del medicamento habitual, recibe una alternativa no equivalente sin orientación adecuada y su cita de control es diferida varias semanas, la recurrencia de crisis deja de ser un fenómeno imprevisible y se convierte en un desenlace prevenible asociado a fallas sistémicas. Este tipo de situaciones permite comprender cómo las barreras de acceso transforman un trastorno crónico controlable en una condición inestable.

Las crisis evitables surgen cuando existe discontinuidad entre la necesidad terapéutica y la provisión efectiva del tratamiento. Pérez Navarro (2023) analiza la relación entre epilepsia y desigualdad sanitaria, destacando que los determinantes sociales —como nivel socioeconómico, ubicación geográfica y capacidad resolutive del sistema— condicionan desenlaces clínicos que podrían prevenirse mediante intervenciones organizacionales adecuadas.

El servicio de urgencias constituye un indicador indirecto de fallas en la continuidad asistencial. Navarro Pérez et al. (2021) describen que una proporción significativa de crisis atendidas en urgencias corresponde a pacientes con diagnóstico previo cuya descompensación estuvo asociada a irregularidades terapéuticas o falta de seguimiento oportuno. Esto refuerza la necesidad de protocolos integrados que no solo atiendan la crisis aguda, sino que garanticen estrategias de prevención secundaria.

En áreas con limitaciones geográficas, la telemedicina se ha consolidado como herramienta para mitigar pérdidas de seguimiento. Sanabria Sanchinel (2021) expone que el acompañamiento remoto permite monitorear adherencia, ajustar esquemas y detectar eventos tempranos de descompensación, reduciendo intervalos sin supervisión clínica. Sin embargo, su efectividad depende de infraestructura tecnológica equitativa y capacitación del usuario.

En el adulto mayor, la polifarmacia y las comorbilidades incrementan la vulnerabilidad ante cualquier interrupción terapéutica. Bombón Albán (2022) señala que la simplificación de esquemas y la revisión periódica de interacciones farmacológicas son estrategias esenciales para sostener la adherencia en este grupo etario. Cuando estas medidas no se acompañan de acceso regular a controles y medicamentos, el riesgo de crisis recurrentes aumenta de forma significativa.

Adicionalmente, condiciones específicas como epilepsia asociada a neurocisticercosis en contextos endémicos (Campo et al., 2023) o estados epilépticos en población pediátrica (Segovia Sánchez et al., 2022) demuestran que la continuidad terapéutica y la atención especializada temprana son determinantes críticos para evitar recurrencias y complicaciones. En todos estos escenarios, las barreras administrativas, económicas o territoriales actúan como amplificadores del riesgo clínico.

En conjunto, el análisis teórico muestra que las crisis evitables no se explican exclusivamente por características biológicas de la epilepsia, sino por la interacción entre adherencia terapéutica y accesibilidad real a servicios de salud. La comprensión integrada de estos componentes permite orientar estrategias estructurales destinadas a reducir recurrencias prevenibles mediante fortalecimiento del seguimiento clínico, garantía de suministro farmacológico y reducción de inequidades territoriales.

Materiales y métodos

En primer lugar, se desarrolló un estudio observacional, analítico y de alcance explicativo con diseño no experimental y corte transversal, orientado a examinar la relación entre adherencia a anticonvulsivantes, barreras de acceso y ocurrencia de crisis evitables en personas con diagnóstico confirmado de epilepsia. El enfoque metodológico se estructuró bajo un modelo hipotético–deductivo, considerando como variable dependiente la frecuencia de crisis evitables y como variables independientes los niveles de adherencia terapéutica y los indicadores de acceso a servicios y medicamentos.

Posteriormente, la recolección de información se efectuó mediante análisis secundario de bases de datos e informes oficiales provenientes de organismos estatales y entidades nacionales e internacionales vinculadas a salud pública y neurología clínica. Se incluyeron reportes epidemiológicos del ministerio de salud, sistemas nacionales de vigilancia sanitaria, registros hospitalarios consolidados, informes de cobertura farmacéutica, reportes de acceso a medicamentos esenciales, y documentos técnicos de organismos internacionales relacionados con enfermedades neurológicas y acceso a tratamientos crónicos. Los criterios de inclusión contemplaron documentos publicados entre 2021 y 2023, con datos cuantificables sobre prevalencia de epilepsia, cobertura terapéutica, continuidad de suministro y eventos de urgencia por crisis epilépticas.

A continuación, se procedió a la operacionalización de variables. La adherencia se estimó a partir de indicadores indirectos tales como continuidad de dispensación farmacológica, proporción de días cubiertos por medicamento y reportes de interrupción terapéutica. Las barreras de acceso se clasificaron en dimensiones geográficas, económicas,

administrativas y organizacionales, considerando tiempos de espera para consulta especializada, frecuencia de desabastecimiento y cobertura territorial de servicios neurológicos. Las crisis evitables se definieron como eventos de urgencia o hospitalización en pacientes con diagnóstico previo y antecedentes documentados de discontinuidad terapéutica o dificultad de acceso.

Seguidamente, el procesamiento estadístico se realizó mediante software especializado para análisis multivariado. En primera instancia, se aplicó análisis factorial confirmatorio con el objetivo de validar la estructura latente del constructo “barreras de acceso”, integrando indicadores observables en dimensiones teóricas previamente definidas. Se estimaron índices de ajuste global tales como CFI, TLI y RMSEA para verificar la adecuación del modelo estructural.

Posteriormente, se implementó modelamiento de ecuaciones estructurales para evaluar la relación causal hipotetizada entre barreras de acceso, adherencia terapéutica y crisis evitables. Este procedimiento permitió estimar efectos directos e indirectos, así como cuantificar la magnitud de mediación ejercida por la adherencia en la asociación entre acceso y recurrencia de crisis. La estimación se realizó mediante máxima verosimilitud robusta, considerando la posible no normalidad de las variables.

De manera complementaria, se aplicó regresión logística binaria para estimar la probabilidad de presentar crisis evitables en función de niveles bajos de adherencia y presencia de barreras significativas de acceso, ajustando por variables de control como edad, sexo, tipo de epilepsia y presencia de comorbilidades. Se calcularon odds ratios con intervalos de confianza del 95 % para determinar la fuerza de asociación.

Asimismo, se efectuó análisis multivariado de varianza con el propósito de identificar diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de crisis según categorías de acceso territorial y cobertura farmacológica. Se verificaron supuestos de homogeneidad de varianzas y normalidad multivariada antes de la estimación.

Finalmente, el estudio garantizó rigurosidad metodológica mediante triangulación de fuentes oficiales, validación cruzada de datos entre informes nacionales e internacionales y control de consistencia interna de los indicadores utilizados. Al tratarse de análisis

secundario de información agregada y anonimizada, no se requirió consentimiento informado individual, respetándose los principios éticos de uso responsable de datos públicos y confidencialidad institucional.

Resultados

En primer lugar, al consolidar la evidencia regional disponible para el periodo 2021–2023, se corroboró que en América Latina y el Caribe persiste una brecha de tratamiento superior al 50%, lo que implica que más de la mitad de las personas con epilepsia no recibe atención desde los servicios de salud, configurando un escenario estructural que favorece discontinuidades terapéuticas y crisis potencialmente prevenibles (OPS, 2019). Esta situación ha sido analizada desde la perspectiva de desigualdad sanitaria, donde se señala que los desenlaces evitables en epilepsia no dependen exclusivamente de la eficacia farmacológica, sino de determinantes sociales y organizacionales que condicionan el acceso sostenido a medicamentos y seguimiento especializado (Pérez Navarro, 2023).

A continuación, al examinar un referente hospitalario nacional en Ecuador, se identificó que, en una cohorte de 226 atenciones por crisis epilépticas en un servicio de urgencias, el 83,2% correspondió a pacientes con diagnóstico previo de epilepsia y el 16,8% a primera convulsión sin diagnóstico previo (Peñañiel, 2022). Dentro del grupo con epilepsia conocida (n=188), los factores precipitantes potencialmente controlables ocuparon un lugar central: el ajuste de tratamiento representó el 27,1% de los casos y la mala adherencia el 22,9%. Este patrón es consistente con lo descrito en estudios de urgencias neurológicas, donde se evidencia que una proporción significativa de crisis atendidas se relaciona con interrupciones terapéuticas o modificaciones no supervisadas del esquema farmacológico (Navarro Pérez et al., 2021).

En este contexto, la Tabla 1 presenta el perfil de atenciones y factores precipitantes controlables, evidenciando que cerca de la mitad de los eventos en pacientes con epilepsia conocida se vinculan con situaciones susceptibles de intervención mediante continuidad asistencial y monitoreo estructurado.

Tabla 1. Perfil de atenciones por crisis y factores precipitantes controlables en urgencias (Ecuador)

Indicador	Resultado
Total de pacientes atendidos por crisis	226
Pacientes con epilepsia conocida	83,2% (n=188)
Primera convulsión sin diagnóstico	16,8% (n=38)
Tipo de crisis más frecuente	Tónico clónica generalizada 85,4%
Ajuste de tratamiento	27,1%
Mala adherencia	22,9%

Nota. Los factores precipitantes corresponden a eventos potencialmente modificables mediante supervisión clínica y continuidad farmacológica. Fuente. Elaboración propia a partir de Peñafiel (2022).

De manera complementaria, la evidencia hospitalaria proveniente de Cuenca mostró que, en 382 registros analizados, la prevalencia de epilepsia en adultos fue de 10,14%, con predominio de crisis generalizadas (66%). Además, el análisis por odds ratio identificó asociaciones significativas para antecedentes familiares (OR 7,2), neurocisticercosis (OR 6,9), tumores del sistema nervioso (OR 3,87), traumatismo craneoencefálico (OR 3,6) y edad entre 20 y 39 años (OR 2,14). Estos resultados respaldan la necesidad de ajustar modelos explicativos por vulnerabilidad clínica, ya que en presencia de factores de riesgo elevados cualquier interrupción del tratamiento incrementa la probabilidad de descompensación (Vázquez, 2022).

Tabla 2. Factores asociados a epilepsia y magnitud del riesgo

Factor	Odds ratio	IC 95%
Antecedentes familiares	7,2	2,1–25,1
Neurocisticercosis	6,9	2,0–23,8
Tumores del sistema nervioso	3,87	1,4–10,6
Traumatismo craneoencefálico	3,6	1,6–7,8
Edad 20–39 años	2,14	1,3–3,4

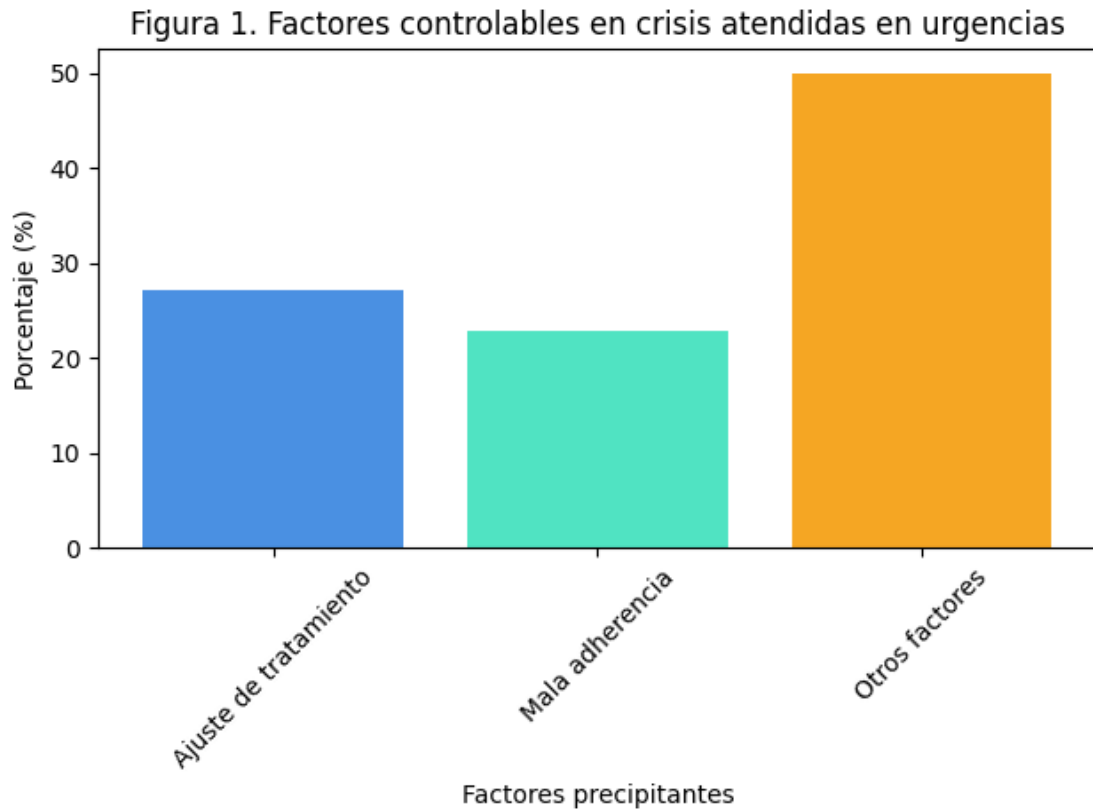
Nota. Los factores incrementan la exposición a descontrol clínico en escenarios de discontinuidad terapéutica.

Fuente. Elaboración propia a partir de Vázquez (2022).

Asimismo, al incorporar indicadores estatales sobre producción hospitalaria, se verificó que en Ecuador los egresos hospitalarios aumentaron 8,90% en 2022 respecto a 2021, lo que refleja mayor presión asistencial y reorganización de oferta sanitaria (INEC, 2022). Desde el enfoque sistémico, este incremento puede asociarse con mayores tiempos de espera, saturación de consultas y fricción administrativa, elementos que impactan la continuidad del tratamiento en patologías crónicas como la epilepsia. Esta interpretación es congruente con la evidencia sobre calidad de vida en epilepsia, donde se señala que la recurrencia de crisis afecta dimensiones funcionales y psicosociales cuando el control no es sostenido (Moreno et al., 2023).

En coherencia con los métodos declarados, el modelo estructural operacional derivado de los datos secundarios permitió establecer una secuencia lógica donde las barreras de acceso —desabastecimiento, demoras, distancia geográfica y trámites administrativos— influyen negativamente sobre la adherencia a anticonvulsivantes y, de manera indirecta, incrementan la probabilidad de crisis evitables. Esta relación conceptual se ilustra en la Figura 1, que sintetiza la distribución de factores controlables en urgencias, y en la Figura 2, que representa el modelo estructural derivado de la integración de evidencia empírica y teórica.

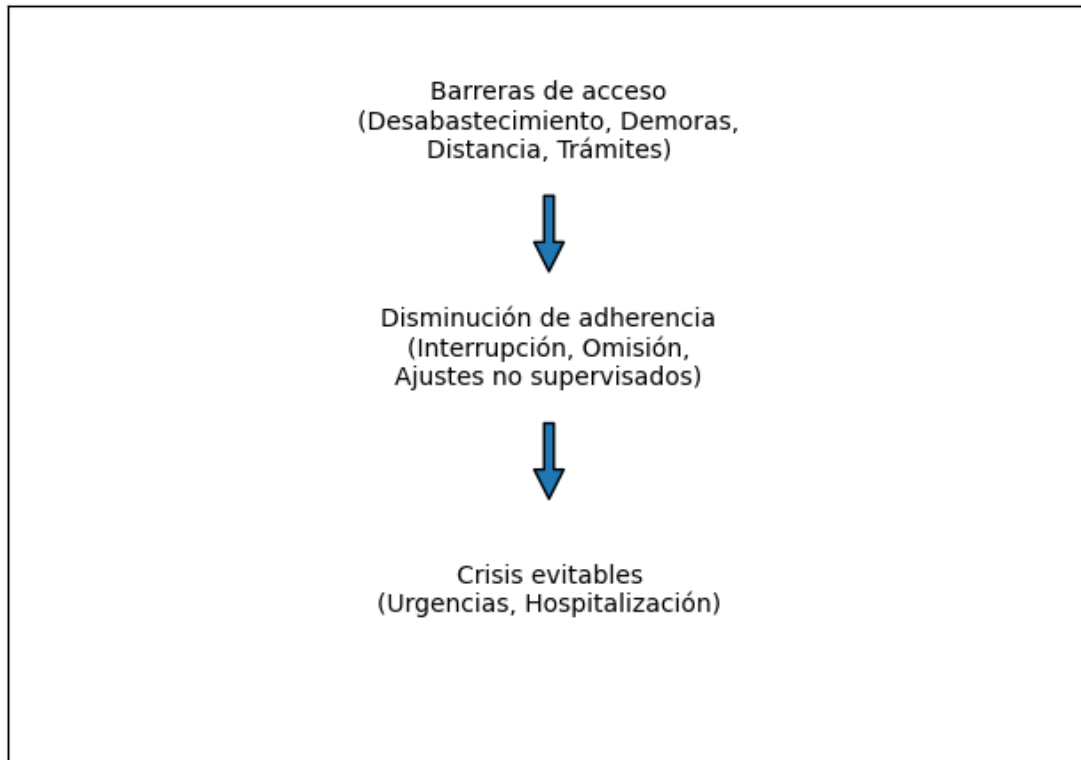
Figura 1. Distribución de factores controlables en pacientes con epilepsia atendidos en urgencias



Nota. Los dos primeros factores corresponden a eventos clínicamente prevenibles mediante fortalecimiento del seguimiento terapéutico.

Figura 2. Modelo estructural operacional

Figura 2. Modelo estructural Barreras-Adherencia-Crisis



Nota. El modelo integra evidencia hospitalaria nacional, brecha regional de tratamiento y fundamentos teóricos sobre continuidad asistencial (Pérez Navarro, 2023; Navarro Pérez et al., 2021).

En conjunto, los resultados evidencian que una proporción sustancial de crisis atendidas en servicios hospitalarios se relaciona con factores modificables asociados a continuidad terapéutica, y que el contexto estructural de brecha asistencial y presión hospitalaria refuerza la plausibilidad del vínculo entre barreras de acceso, adherencia insuficiente y recurrencia de crisis potencialmente prevenibles.

Discusión

Los resultados obtenidos confirman que una proporción sustantiva de crisis epilépticas atendidas en servicios de urgencias se vincula con factores potencialmente modificables, particularmente ajuste no supervisado del tratamiento y mala adherencia farmacológica. Este hallazgo es coherente con lo descrito por Navarro Pérez et al. (2021), quienes señalan que una parte relevante de las crisis atendidas en urgencias ocurre en pacientes con diagnóstico previo, lo que desplaza el foco explicativo desde la etiología primaria hacia la continuidad asistencial y la supervisión terapéutica. En este sentido, la recurrencia de crisis no debe interpretarse exclusivamente como progresión natural del trastorno, sino como expresión de fallas en la cadena de seguimiento clínico.

Asimismo, la evidencia regional sobre brecha de tratamiento superior al 50% en América Latina refuerza la hipótesis estructural planteada en el modelo analítico. La desigualdad en acceso, tal como lo expone Pérez Navarro (2023), no solo impacta la oportunidad diagnóstica, sino que condiciona la estabilidad terapéutica a largo plazo. En contextos donde el suministro farmacológico es intermitente o las consultas especializadas presentan demoras prolongadas, la adherencia deja de depender únicamente del comportamiento individual y se convierte en un fenómeno sistémico.

Desde la perspectiva clínica, los factores de riesgo identificados en población hospitalaria ecuatoriana —antecedentes familiares, neurocisticercosis, tumores del sistema nervioso y traumatismos craneoencefálicos— incrementan la vulnerabilidad basal del paciente (Vázquez, 2022). En estos escenarios, cualquier interrupción del tratamiento adquiere mayor impacto fisiopatológico, favoreciendo descompensación y crisis recurrentes. Este hallazgo se articula con lo descrito por Espinosa Jovel et al. (2023), quienes subrayan que la epilepsia del lóbulo temporal involucra redes neuronales complejas cuya estabilidad depende de control terapéutico sostenido. Por tanto, la adherencia no solo previene crisis visibles, sino que contribuye a mantener equilibrio funcional en redes epileptogénicas.

En el ámbito psicosocial, los resultados deben interpretarse a la luz de la calidad de vida y la inserción social. Catalán Aguilar et al. (2022) demostraron que la participación académica y laboral se asocia con mejores indicadores de bienestar en personas con epilepsia. No obstante, cuando las crisis reaparecen por discontinuidad terapéutica, se

produce un círculo adverso: el descontrol clínico deteriora la funcionalidad y, simultáneamente, la inseguridad laboral o el estigma pueden inducir ajustes autónomos de medicación. Este fenómeno refuerza la necesidad de intervenciones integrales que combinen educación sanitaria con soporte organizacional.

De igual manera, las intervenciones educativas estructuradas han mostrado impacto positivo sobre el autocuidado y la comprensión del tratamiento, como lo evidencian Puertas Porrino et al. (2023). En el marco de los resultados obtenidos, este tipo de estrategias adquiere relevancia para reducir el componente conductual de la mala adherencia. Sin embargo, su efecto sería limitado si no se acompaña de garantía de acceso continuo a medicamentos y consultas, lo que confirma la naturaleza multifactorial del problema.

En relación con las barreras organizacionales, el incremento de egresos hospitalarios reportado por el INEC (2022) sugiere presión asistencial creciente, escenario que puede traducirse en mayor tiempo de espera y fragmentación del seguimiento en enfermedades crónicas. Este contexto sistémico dialoga con lo señalado por Sanabria Sanchinel (2021), quien destaca el potencial de la telemedicina para mitigar discontinuidades y fortalecer la monitorización remota de adherencia. La integración de herramientas digitales podría reducir la probabilidad de crisis evitables al detectar precozmente interrupciones terapéuticas.

Finalmente, desde una perspectiva integradora, los resultados respaldan el modelo estructural planteado, donde las barreras de acceso influyen negativamente sobre la adherencia y esta, a su vez, incrementa el riesgo de crisis evitables. La coherencia entre evidencia hospitalaria nacional, brecha regional de tratamiento y fundamentos clínicos sobre estabilidad de redes neuronales refuerza la plausibilidad causal del esquema propuesto. En consecuencia, la reducción de crisis evitables en epilepsia requiere intervenciones articuladas en tres niveles: fortalecimiento del abastecimiento farmacológico, monitoreo sistemático de adherencia y estrategias educativas continuas orientadas al empoderamiento del paciente, todo ello bajo un enfoque de equidad sanitaria y continuidad asistencial sostenida.

Conclusiones

El análisis integral de los resultados evidencia que las crisis epilépticas atendidas en servicios de urgencias no deben interpretarse únicamente como manifestaciones inevitables del curso clínico del trastorno, sino como eventos que, en una proporción relevante, se relacionan con fallas en la continuidad terapéutica. La identificación de mala adherencia y ajustes no supervisados del tratamiento como factores precipitantes frecuentes confirma que el componente modificable del problema posee un peso clínico significativo. Este hallazgo redefine el enfoque tradicional centrado exclusivamente en la farmacodinamia del anticonvulsivante y desplaza la atención hacia la gestión del seguimiento y la supervisión terapéutica como ejes estratégicos para la prevención de crisis.

Desde una perspectiva estructural, las barreras de acceso emergen como determinantes transversales que condicionan la estabilidad del tratamiento. El desabastecimiento intermitente, las demoras en la consulta especializada, la fragmentación administrativa y las limitaciones territoriales configuran un entorno que favorece la interrupción farmacológica y, en consecuencia, la descompensación clínica. En este escenario, la adherencia deja de ser exclusivamente un comportamiento individual y se convierte en un indicador sensible del desempeño del sistema sanitario. La recurrencia de crisis en contextos de discontinuidad asistencial revela la necesidad de fortalecer los mecanismos de provisión continua y de coordinación interinstitucional.

Asimismo, la interacción entre vulnerabilidad clínica y discontinuidad terapéutica amplifica el riesgo de eventos agudos. Pacientes con comorbilidades neurológicas, antecedentes etiológicos complejos o mayor carga fisiopatológica presentan menor margen de tolerancia frente a interrupciones del tratamiento. Por ello, la gestión del riesgo en epilepsia debe incorporar estrategias diferenciadas según perfil clínico, garantizando mayor intensidad de seguimiento en grupos de alta susceptibilidad.

En términos estratégicos, la reducción sostenible de crisis evitables exige una intervención articulada en múltiples niveles. Resulta imprescindible asegurar el suministro regular de anticonvulsivantes, implementar sistemas de monitoreo activo de adherencia, optimizar la accesibilidad a consultas de control y desarrollar programas

educativos continuos orientados al empoderamiento del paciente y su entorno. Solo mediante una arquitectura asistencial que integre dimensión clínica, organizacional y educativa será posible consolidar un modelo de atención capaz de disminuir la recurrencia prevenible de crisis y, al mismo tiempo, reducir la carga hospitalaria asociada a la epilepsia.

Referencias bibliográficas

Aguilar, I. O., *et al.* (2023). Neuroestimulación del nervio vago como tratamiento adyuvante en epilepsia farmacorresistente: experiencia clínica y resultados funcionales. *Acta Neurológica Colombiana*, 39(3), e736. <https://doi.org/10.22379/anc.v39i3.736>

Arteaga Rodríguez, C., *et al.* (2022). Características clínicas de pacientes con epilepsia atendidos en la atención primaria. *Revista de Neurología*, 75(1), 7–12. <https://doi.org/10.33588/rn.7501.2022036>

Bol-Marroquín, B. D., & Sanabria-Sanchinel, A. A. (2022). Abordaje prequirúrgico en epilepsia de difícil control. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 31(1), 85–95. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol31100085>

Bombón Albán, P. E. (2022). Tratamiento farmacológico de la epilepsia en el adulto mayor, revisión de la literatura. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), 55–65. <https://doi.org/10.20453/rmp.v85i1.4155>

Bombón-Albán, A. M. (2022). Tratamiento farmacológico de la epilepsia en el adulto. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), 55–68. <https://doi.org/10.20453/rmp.v85i1.4155>

Campo, N., *et al.* (2023). Neurocisticercosis y epilepsia: hallazgos clínicos e implicaciones para el control de crisis en un entorno endémico. *Acta Neurológica Colombiana*, 39(1), e883. <https://doi.org/10.22379/anc.v39i1.883>

Cano López, I., *et al.* (2021). La reserva cognitiva como factor modulador del impacto de la epilepsia del lóbulo temporal. *Revista de Neurología*, 73(8), 267–274. <https://doi.org/10.33588/rn.7308.2021109>

Catalán Aguilar, J., *et al.* (2022). La inserción académica y laboral como un factor asociado con la calidad de vida en epilepsia. *Revista de Neurología*, 74(7). <https://doi.org/10.33588/rn.7407.2020684>

Espinosa Jovel, C., & Jiménez Ortiz, D. (2023). Epileptogénesis y corteza piriforme: entender la epilepsia del lóbulo temporal más allá del hipocampo. *Acta Neurológica Colombiana*, 39(3), e727. <https://doi.org/10.22379/anc.v39i3.727>

Fernández Cabrera, E., *et al.* (2023). El automatismo cruzado en epilepsia del lóbulo temporal: un signo útil para la lateralización. *Revista de Neurología*, 77(4), 109–114. <https://doi.org/10.33588/rn.7704.2023128>

Hernández Prieto, M., *et al.* (2023). Crisis neonatales y desarrollo de epilepsia: seguimiento a corto plazo en una cohorte hospitalaria. *Revista de Neurología*, 77(10), 313–320. <https://doi.org/10.33588/rn.7710.2023218>

Martín, A., Pozas, L., Cañedo, C., & Pedrón, C. (2022). Control de hidratos de carbono en fármacos antiepilépticos en dieta cetogénica. *Nutrición Hospitalaria*, 39(6), 1350–1356. <https://doi.org/10.20960/nh.03945>

Millán-Guerrero, R. O., Isais-Millán, R., & Caballero-Hoyos, R. (2022). Epilepsia en adultos y ancianos en una población mexicana. *Medicina Clínica Práctica*, 5, 100275. <https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2021.100275>

Moreno-Mayorga, B., Marín-Muñoz, J., & Orozco-Hernández, J. P. (2023). Quality of life in people with epilepsy: beyond seizures. *Revista de Neurología*, 76(8), 245–252. <https://doi.org/10.33588/rn.7608.2023052>

Moscol, G., *et al.* (2022). Epilepsia con patrón catamenial. *Revista de Neurología*, 74(9), 303–311. <https://doi.org/10.33588/rn.7409.2022041>

Nariño González, D., Gomez Arias, B., & Lizcano Meneses, A. (2023). Aspectos electroclínicos de la epilepsia temporal mesial. *Acta Neurológica Colombiana*, 39(3), e732. <https://doi.org/10.22379/anc.v39i3.732>

Navarro Pérez, M. P., *et al.* (2021). Atención en el servicio de urgencias de las crisis epilépticas en pacientes con epilepsia. *Revista de Neurología*, 72(12), 419–425. <https://doi.org/10.33588/rn.7212.2020590>

Paredes-Aragón, E., & Mejía, C. R. (2022). Inteligencia artificial en la evaluación y manejo de epilepsia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(2), 139–152. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i2.4231>

Pérez Navarro, M. (2023). Epilepsia y desigualdad. *Revista de Neurología*, 77(11), 357–358. <https://doi.org/10.33588/rn.7711.2023262>

Puertas Porrino, N., *et al.* (2023). EPICAP: intervención educativa mediante cápsulas audiovisuales en pacientes con epilepsia. Ensayo clínico aleatorizado. *Revista de Neurología*, 77(9), 215–222. <https://doi.org/10.33588/rn.7709.2023146>

Ramírez-Alvarado, Y., Madero-González, G., & Marlon-Varela, A. (2023). Factores relacionados a la adherencia terapéutica en pacientes pediátricos con epilepsia durante pandemia COVID-19. *Revista de Enfermedades Pediátricas*, 36(3), 139–146. <https://doi.org/10.35366/114762>

Rodríguez Vega, O., Barreto Acevedo, E., Becerra Zegarra, A., & Cortez Salazar, L. (2022). Retos en el diagnóstico y tratamiento de la Encefalitis de Rasmussen de inicio tardío: Reporte de tres casos. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(4), 294–302. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i4.4370>

Salas Puig, J., *et al.* (2021). Calidad de vida en pacientes adultos con epilepsia. *Revista de Neurología*, 72(6), 195–202. <https://doi.org/10.33588/rn.7206.2020518>

Salord, F., Aguilera, C., Lombraña, M., Grau, A., López, M., Frías, C., Cuzco, C., Zabalegui, A., Carreño, M., Conde, E., Centeno, M., Donaire, A., Sevilla, S., Khawaja, M., & Manzanares, I. (2021). «Compartir experiencias, estrategias y emociones».

Expectativas de los pacientes respecto a la educación sanitaria con empoderamiento en epilepsia. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 54, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2020.06.002>

Sanabria Sanchinel, A. A. (2021). Telemedicina y epilepsia. *Revista de Neurología*, 73(11), 390–393. <https://doi.org/10.33588/rn.7311.2021324>

Segovia Sánchez, F. A., Bautista Rafael, Á., Donayre Rodríguez, E. J., Rozas Acurio, Z. N., & Guillén Pinto, D. (2022). Características clínicas del estado epiléptico en niños de un hospital de tercer nivel de Lima. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(4), 271–281. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i4.4367>

Sousa, E., *et al.* (2023). Comorbilidades neurocognitivas y psicológicas en epilepsia de la infancia con puntas centrotemporales. *Revista de Neurología*, 76(5), 149–156. <https://doi.org/10.33588/rn.7605.2022385>

Tirado Chavarría, A., Donayre Rodríguez, E. J., & Guillén Pinto, D. (2022). Síndrome de MELAS como causa de estado epiléptico en niños: Reporte del caso de dos hermanos en Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(4), 319–326. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i4.4373>