

# TEMAS DE INTERÉS

## EPILEPSIA



### **CENTRO PREESCOLAR DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

para niños y niñas entre 3 – 8 años de edad  
con necesidades educativas especiales

- educación integral grupal en sala
- estimulación del lenguaje y comunicación
- fisioterapia y asesoría educativa.

**Lunes a viernes de 8:00 a 12:30**



**Calle Ismael Vásquez 822 esquina Av. Papa Paulo**

**[www.fundacioncompartir.net/educacionespecial](http://www.fundacioncompartir.net/educacionespecial)**

**[educacionespecial@fundacioncompartir.net](mailto:educacionespecial@fundacioncompartir.net)**

**Teléfono: 4530644**

**Cochabamba**



## **LA EPILEPSIA**

En la mayoría de los casos, la epilepsia es una condición tratable. En otros, cuando es severa, se pueden reducir significativamente los ataques y mejorar su calidad de vida. Hay que comprender la gran angustia que produce la condición, especialmente durante su comienzo. La mayoría de las personas, al experimentar la situación de ver a una persona con una crisis epiléptica, se enfrentan a una nueva experiencia, se sienten confusos y creen que la persona va a morir. Si la persona es un hijo, la angustia se mezcla con desesperación, culpabilidad y un sentido de impotencia. Solo cuando la persona recobra gradualmente su sentido, uno se aliviado de la angustia para sustituir este sentimiento por el temor de que vuelva a ocurrir.

### **1. QUÉ ES LA EPILEPSIA?**

La epilepsia es una enfermedad que se manifiesta en forma de ataques, también conocidos como crisis convulsivas. Es una de las alteraciones neurológicas más comunes y afecta de un 0,5% a un 1% de la población. La epilepsia puede manifestarse a cualquier edad, aunque es más frecuente en la infancia y en la vejez. Es una enfermedad que se presenta bajo diferentes síntomas con causas, tratamientos y pronósticos diferentes.

No todas las crisis convulsivas son necesariamente epilépticas. A veces, el alcohol o bien algunos medicamentos prescritos para otras enfermedades, pueden en algunas circunstancias causar convulsiones. Actualmente, la mayoría de los médicos no interpreta la crisis convulsiva aislada como epilepsia. El pronóstico de epilepsia supone una condición clínica consistente en la recurrencia de las crisis convulsivas en un paciente.

El cerebro está compuesto de un gran número de células nerviosas llamadas neuronas, que se comunican entre sí por medio de señales eléctricas. Para un funcionamiento normal del cerebro debe existir una regulación cuidadosa de los flujos eléctricos que integran la actividad de estas neuronas. Una descarga eléctrica anormal en el cerebro altera el funcionamiento regular de las neuronas y puede producir, entre otros efectos, un ataque epiléptico. El tipo de crisis convulsiva depende del origen y extensión en el cerebro de la descarga eléctrica en cuestión. Durante un ataque, estas descargas pueden producir:

- Contracción de los músculos.
- Sensaciones anormales (percepción de olores o sabores desagradables, hormigueo o sensación de picazón, ardor, etc.).
- Síntomas emocionales, tales como: miedo, percepción de haber vivido antes un acontecimiento, síntoma conocido por el nombre de *déjà vu*, o el síntoma contrario, conocido por el nombre de *jamais vu*.
- Pérdida de la conciencia.



Los ataques epilépticos son generalmente breves, su duración es de algunos segundos a pocos minutos. Una vez superado el episodio convulsivo, la actividad eléctrica cerebral se normaliza.

Resumiendo, se puede decir que la **epilepsia** es un síndrome cerebral crónico de causas diversas, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de impulsos nerviosos por las neuronas cerebrales, asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas. Las crisis pueden ser convulsivas o no convulsivas. No todas las personas que padecen una crisis epiléptica se diagnostican de epilepsia. Se consideran epilépticos cuando padecen por lo menos dos ataques, los cuales no siempre son asociadas a los temblores motores de una convulsión.

Una crisis epiléptica ocurre cuando una actividad anormal eléctrica en el cerebro causa un cambio involuntario de movimiento o función del cuerpo, de sensación, en la capacidad de estar alerta o de comportamiento. La crisis puede durar desde unos segundos hasta varios minutos. Hay más de 20 tipos diferentes de crisis epilépticas.

Los síntomas que experimenta una persona durante una crisis epiléptica dependen del lugar en el cerebro en el cual ocurre la alteración de la actividad eléctrica. Una persona que tiene una crisis tónicoclónica (también llamada de gran mal) puede gritar, perder el sentido y desplomarse, ponerse rígido y con espasmos musculares. Otro tipo de crisis epiléptica es la denominada crisis parcial compleja, en la que el paciente puede parecer confundido o aturdido y no podrá responder a preguntas ni instrucciones. Otras personas tienen ataques muy leves que ni siquiera son notados por otros. Algunas veces, la única manifestación de la crisis epiléptica es un parpadeo rápido o algunos segundos de mirada perdida con desconexión del medio; a este tipo de crisis epiléptica se lo denomina ausencia y es relativamente frecuente en la infancia.

## **2. CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO**

La mayor parte de las epilepsias - de acuerdo a su motivación - son epilepsias residuales, esto es epilepsias como "residuo", como "resto" (Residuum) de un trastorno cerebral anterior, concluido. Estas epilepsias residuales o de defecto pueden ser consecuencia de una enfermedad infecciosa durante el embarazo (por ejemplo la rubeola), por falta de oxígeno durante el nacimiento, por una encefalitis o meningitis padecida durante la niñez o por una contusión cerebral sufrida a causa de un accidente.

Por un proceso de epilepsia se entiende por el contrario una enfermedad-epilepsia, consecuencia de una enfermedad neurológica progresiva (proceso en continuación, no concluido). El ejemplo más importante y común en un proceso de epilepsia es el tumor cerebral; aunque también pueden conducir a una epilepsia los trastornos vasculares o enfermedades metabólicas.



Epilepsias, que son manifestación (signo, "síntoma") de un trastorno cerebral residual o procesual, se denominan epilepsias sintomáticas. Epilepsias, en las que se presume un origen orgánico, pero que no puede ser probado, se denominan epilepsias criptógenas (criptógena = probablemente sintomática).

Las epilepsias no son hereditarias, por lo que no pueden transmitirse a otras generaciones. A pesar de todo pueden aparecer en varios miembros de una familia. Esto se basa en que, como en muchas otras enfermedades (por ejemplo diabetes, reumatismo) - no la enfermedad misma, sino la predisposición a ésta se transmite a la descendencia. Otros trastornos adicionales (como complicaciones durante el embarazo, parto, una enfermedad grave, una lesión en la cabeza) puede ser el desencadenante de esta enfermedad. Sin embargo, no siempre se puede identificar al factor desencadenante.

Esta forma de la epilepsia, que además está condicionada principalmente por una predisposición genética, se denomina idiopática. La pregunta sobre el origen de la enfermedad no ha podido aún ser respondida en aproximadamente un tercio de todos las epilepsias. Por lo dicho hasta ahora, se puede decir que cualquier individuo y a cualquier edad puede padecer una epilepsia.

El hecho de tener una convulsión no implica necesariamente epilepsia. Las contracciones y distensiones repetidas de uno o varios músculos de forma brusca y generalmente violenta puede verse en síndromes febriles en particular en niños, un choque por descarga eléctrica, o las acontecidas por el abuso de licor y/o privación de sueño. Es probable que exista predisposición para tales eventos por propensión genética. En algunas ocasiones, las convulsiones se relacionan con una condición temporal, como exposición a drogas, supresión de algunos medicamentos o niveles anormales de sodio o glucosa en la sangre. En estos casos, es posible que las convulsiones repetitivas no reaparezcan una vez que se corrija el problema subyacente.

Concluyendo, se puede señalar que la epilepsia puede tener muchas causas; en unos casos es debida a lesiones cerebrales de cualquier tipo (traumatismos craneales, accidentes cerebrovasculares, secuelas de meningitis, tumores, etc.) pero en muchos casos no hay ninguna lesión, sino únicamente una predisposición de origen genético a padecer las crisis (anomalía hereditaria). Con tratamiento médico es posible el control de las crisis en un elevado porcentaje de pacientes.

Algunas de las causas más comunes de convulsiones abarcan:

- Problemas de desarrollo, condiciones genéticas presentes al nacer o lesiones perinatales (las convulsiones generalmente comienzan en la lactancia o en la primera infancia).



- Anomalías metabólicas que pueden afectar a personas de cualquier edad y pueden ser el resultado de:
  - complicaciones de diabetes
  - desequilibrios electrolíticos
  - insuficiencia renal, uremia (acumulación tóxica de residuos)
  - deficiencias nutricionales
  - fenilcetonuria (PKU) que puede causar convulsiones en bebés
  - otras enfermedades metabólicas tales como la metabolopatía congénita
  - consumo de cocaína, anfetaminas, alcohol u otras drogas psicoactivas
  - síndrome de abstinencia de alcohol
  - síndrome de abstinencia de drogas, como barbitúricos y benzodiazepinas
- Lesión cerebral
- Tumores y lesiones cerebrales (como hematomas)
- Infecciones (como meningitis, encefalitis, absceso cerebral, neurosífilis, complicaciones del SIDA o trastornos inmunitarios)

Los siguientes factores pueden presentar un riesgo de empeorar las convulsiones en una persona con un trastorno convulsivo bien controlado con anterioridad:

- Embarazo
- Falta de sueño
- Pasar por alto dosis de los medicamentos para la epilepsia
- Consumo de alcohol u otras drogas psicoactivas
- Ciertos medicamentos de prescripción
- Enfermedad

### **3. SÍNTOMAS Y CLASIFICACIÓN**

La gravedad de los síntomas puede variar enormemente, desde simples episodios de ausencias hasta pérdida del conocimiento y convulsiones violentas. Para muchos pacientes, el evento es la misma situación una y otra vez, mientras que algunos pacientes tienen muchos tipos diferentes de convulsiones que producen síntomas diferentes cada vez. El tipo de convulsión que una persona experimenta depende de una variedad de muchas cosas, como la parte del cerebro que se encuentra afectada y la causa subyacente de dicha convulsión. En algunas personas, se presenta un aura, que consiste en una sensación extraña (como hormigueo, olor o cambios emocionales) antes de cada convulsión. Las convulsiones se pueden presentar de manera repetitiva sin explicación.



En resumen, la **epilepsia** tiene diferentes manifestaciones que se determinan a través del tipo de crisis epiléptica, así como a través de la etiología, del curso de la enfermedad, de su pronóstico (desenlace probable de la enfermedad) y por último a través de un diagnóstico EEG ("curva de corriente en el cerebro").

El estudio del electroencefalograma no siempre informa que haya indicios de epilepsia, porque muchas veces algunos cambios eléctricos se producen en zonas tan profundas dentro del cerebro que el electroencefalograma no los puede detectar. Todos estos factores pueden ser muy diversos, según cada una de las diferentes formas de la epilepsia.

Lo mismo que en las crisis epilépticas, se diferencia también en las epilepsias entre formas generalizadas y focales, dependiendo de si están acompañadas de crisis generalizadas o focales. Según la Comisión Internacional de la Liga Internacional contra la Epilepsia las crisis epilépticas se clasifican en:

**\* Crisis parciales**

- Crisis parciales simples (focales): Son crisis cuyas manifestaciones clínicas (síntomas o signos motores, sensitivos, autonómicos o psíquicos) y electroencefalográficos reflejan una descarga de un sistema de neuronas localizadas en una parte del hemisferio cerebral sin alteración de la conciencia. Sus síntomas visibles son:
  - Contracciones musculares de una parte específica del cuerpo
  - Sensaciones anormales
  - Náuseas
  - Sudoración
  - Enrojecimiento de la piel
  - Pupilas dilatadas
- Crisis parciales complejas (con compromiso del nivel de conciencia). Son precedidos por un aura que señala el probable sitio de la descarga (olfatorio→temporal; visual→occipital) asociados a alucinaciones visuales o auditivas, temor, ira, etc. Son frecuentes ciertos gestos automatizados, como: movimientos de la lengua, taquicardia, palidez, etc. Generalmente no dura más que unos minutos. Se pueden apreciar los siguientes síntomas:
  - Automatismo (ejecución automática de conductas complejas sin percepción consciente)
  - Sensaciones anormales
  - Náuseas
  - Sudoración
  - Enrojecimiento de la piel



- Pupilas dilatadas
- Emociones recordadas o inapropiadas
- Cambios en la personalidad o lucidez mental
- Se puede perder o no el conocimiento
- Problemas con los sentidos del olfato y el gusto, si la epilepsia está focalizada en el lóbulo temporal del cerebro

**\* Crisis generalizadas**

- No-convulsivas: Ausencias o Crisis atónicas.
  - Movimientos mínimos o inmovilidad (por lo general, a excepción del "parpadeo") que puede parecer una mirada en blanco
  - Pérdida repentina y breve del conocimiento o la actividad consciente que puede durar sólo unos segundos
  - Se repite muchas veces
  - Ocurre más a menudo en la niñez
  - Disminución del aprendizaje (con frecuencia se cree que el niño sueña despierto)
- Convulsivas: Crisis generalizadas tónico-clónicas, Crisis tónicas, Crisis mioclónicas o Crisis sin clasificar
  - Contracciones musculares violentas en todo el cuerpo.
  - Rígido y tenso
  - Afecta una parte importante del cuerpo
  - Pérdida del conocimiento
  - La respiración se suspende temporalmente, seguida de un suspiro
  - Incontinencia urinaria
  - Mordeduras en la lengua o las mejillas
  - Confusión después de la convulsión
  - Debilidad después de la convulsión (parálisis de Todd)

#### **4. DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de la epilepsia es clínico. Se basa en la interpretación de la descripción del ataque convulsivo y no en los resultados de los exámenes complementarios. Los detalles de los ataques convulsivos generalmente son dados por un familiar o por la persona que presenció la crisis y no por el paciente, que generalmente está inconsciente.



El médico debe diferenciar estos episodios convulsivos de problemas cardiacos o de síncope. Muchas veces es difícil el diagnóstico correcto, y los síntomas requieren ser valorados por un especialista experto en epilepsia, como es un neurólogo.

Una vez diagnosticada la epilepsia se realizan los siguientes exámenes:

\* **Electroencefalograma (EEG)**

El EEG no es un examen diagnóstico de epilepsia, ya que no puede determinar por sí solo si el paciente tiene o no epilepsia. Sin embargo, ayuda a determinar el tipo de ataque epiléptico, si es focal o no, guiando en la definición del tratamiento y del pronóstico del paciente. También se utiliza para decidir sobre la suspensión de los medicamentos antiepilépticos.

\* **Escáner cerebral o resonancia magnética del cráneo**

Es muy importante en el estudio del paciente con ataques epilépticos focales y de aparición tardía (la que se presenta después de los 20 años) y sirve para descartar alteraciones estructurales como causa de la epilepsia.

Vale la pena señalar que aun existiendo ataques epilépticos, tanto el EEG como el escáner cerebral y la resonancia magnética pueden dar resultados normales.

Si no hay certeza en el diagnóstico, puede ser útil realizar:

- EEG activado con privación del sueño, es decir el paciente permanece sin dormir durante 24 a 48 horas.
- EEG prolongado que se realiza durante varios días, utilizando simultáneamente un vídeo que graba los ataques.
- EEG ambulatorio realizado durante 24 a 72 horas durante la actividad normal del paciente.

Estas pruebas permitirán confirmar el tipo de ataque epiléptico, evaluar los eventos nocturnos y poder diferenciarlos de los trastornos de sueño, descartar los episodios que parecen un ataque epiléptico pero que son episodios simulados (llamados pseudocrisis o síncope).

## 5. TRATAMIENTO

La epilepsia, así como las crisis epilépticas, pueden en la actualidad recibir un buen tratamiento. En principio la epilepsia tiene cura.



Al comienzo del tratamiento se debe de examinar si se puede eliminar la causa de la epilepsia; en este caso se habla de una terapia causal (como la operación de un tumor cerebral, supresión o mitigación de un trastorno metabólico). En la mayor parte de los casos esto no es posible - ya sea porque no se ha encontrado ninguna causa o porque ésta no pueda ser eliminada (por ejemplo cicatrices, malformación en el cerebro, predisposición). Se habla de terapia sintomática en el tratamiento de estas epilepsias.

La terapia sintomática que se lleva a cabo en la actualidad es la terapia "clásica" que se realiza en más del 90% de todos los enfermos epilépticos a través de medicamentos inhibitorios de crisis (antiepilépticos). En su mayoría esta terapia medicamentosa se realiza a lo largo de muchos años.

Los anticonvulsivos por vía oral pueden reducir el número de convulsiones futuras. La eficacia del medicamento depende de la respuesta de cada individuo a la droga. El tipo de medicamento que se utiliza depende del tipo de convulsión y es posible que se tenga que ajustar la dosis de vez en cuando. Algunos tipos de convulsiones responden bien a un medicamento y pueden responder muy poco (e incluso hacer empeorar) con otros.

Gracias a los medicamentos muchos de los pacientes tratados (aproximadamente un 60%) no padecen crisis y en un más del 20% de los casos se consigue una mejora en las crisis. La tolerancia de los antiepilépticos es buena en general; sin embargo, en casos excepcionales, estos medicamentos pueden tener graves efectos secundarios y ser perjudiciales para los pacientes. Por ello, es absolutamente necesario vigilar algunos medicamentos con relación a sus efectos secundarios y niveles en la sangre.

La combinación de 2 fármacos solo debe ser considerada cuando hayan fracasado varios intentos de control de las crisis en monoterapia. Si a pesar de ello no se controlan, se deberá valorar con qué terapia estaba mejor controlado el paciente, teniendo en cuenta la frecuencia de aparición de crisis así como los efectos secundarios. El fármaco antiepiléptico concreto debe ser elegido en función del síndrome epiléptico, tipo de crisis, edad del paciente, otras patologías que sufra el paciente, interacción con otros medicamentos, características específicas del paciente (mujer en edad gestacional, embarazo, peso, etc.) y preferencias del paciente (perfil de efectos secundarios, número de tomas al día, etc.).

La epilepsia que no responde al uso de algunos medicamentos se denomina epilepsia resistente al tratamiento. Ciertas personas con este tipo de epilepsia se podrían beneficiar de la cirugía cerebral para extirpar las células cerebrales anómalas que están provocando las convulsiones. El tratamiento quirúrgico es más ventajoso que el farmacológico; pero sucede normalmente sólo en el caso de epilepsias focales y de momento afecta a menos de un 5% de todos los enfermos epilépticos. Se debe individualizar el tratamiento teniendo en cuenta el síndrome epiléptico, la co-morbilidad, las interacciones, así como la forma de vida, preferencias del individuo y/o familia.



A otras les puede ayudar el uso de un estimulador del nervio vago, que se implanta en el pecho y que puede ayudar a reducir el número de convulsiones. Es una alternativa en aquellos pacientes en los que no hay control completo de los ataques y donde la cirugía está contraindicada. Está indicada en crisis parciales (incluyendo las secundariamente generalizadas) y las crisis generalizadas.

Algunas veces, a los niños se les somete a una dieta especial, como la dieta cetógena, para ayudarles a prevenir las convulsiones. La misma consiste en comidas con un alto nivel de grasas (aceite, mayonesa, mantequilla), mínimo de proteínas (carne, pescado, huevo) y prácticamente nulo de hidratos de carbono (pan, pasta, dulces, etc.). Para hacer correctamente la dieta hace falta un dietista con experiencia en la misma y se precisa un control detallado de los menús, las calorías y los líquidos. Esta dieta no debe ser recomendada en adultos.

La intervención psicológica puede ser utilizada conjuntamente con el tratamiento médico. El estrés causado por la presencia de las convulsiones (o ser responsable de alguien con convulsiones) se puede aliviar mediante la vinculación a un grupo de apoyo, en el que los miembros comparten experiencias y problemas en común.

## **6. CÓMO ACTUAR FRENTE A UNA CONVULSIÓN**

Se recomienda que los pacientes porten placas de alerta médica para que se pueda obtener el tratamiento oportuno si se presenta una convulsión. En todo caso, una persona común – ante una convulsión - debe actuar siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Mantener la calma
- Tratar de quitar los objetos con los que el paciente se pueda hacer daño.
- Colocar al paciente en posición horizontal.
- Nunca poner objetos en la boca del paciente durante el ataque.
- Permanecer con el paciente hasta que recupere la conciencia e intentar calmarlo.
- Si los ataques convulsivos duran más de 5 minutos o se repiten por tres ocasiones en 1 hora, debe recibir tratamiento urgente y como primera elección se debe escoger el Diacepam rectal que es seguro y eficaz.

Se requiere de un tratamiento médico de urgencia en las siguientes circunstancias:

- Si el ataque dura más de 10 minutos
- Si se producen ataques repetidos sin recuperación de la conciencia entre los mismos
- Si unos pocos minutos después del ataque epiléptico el paciente permanece inconsciente, o no se comunica adecuadamente.
- Si posteriormente a un ataque el paciente no respira normalmente
- Cuando se produce algún traumatismo antes, durante o después del ataque



- Cuando el ataque epiléptico se produce en el agua
- Si el paciente tiene antecedentes de otras enfermedades como la diabetes
- Si la paciente está embarazada
- Cuando el paciente no tiene antecedentes de epilepsia

## **7. REPERCUSIONES Y EXPECTATIVAS**

La epilepsia puede ser una condición crónica, de por vida. En algunos casos, sin embargo, la necesidad de medicamentos se puede reducir e incluso eliminar con el tiempo. Algunos tipos de epilepsia infantil se resuelven o mejoran con la edad. Un período de cuatro años sin convulsiones puede indicar la posibilidad de reducir o suspender los medicamentos. Afortunadamente, las crisis convulsivas pueden superarse en un 70% a 80% de los pacientes diagnosticados como epilépticos. El curso de la enfermedad depende de la causa y del tipo de crisis convulsiva.

Por eso no es cierta la opinión, por desgracia muy extendida, de que las crisis epilépticas conducen inevitablemente a la muerte o daño cerebral permanente, con la consecuente reducción de determinadas funciones cerebrales (por ejemplo la inteligencia). Una excepción a esta regla la tiene el status epiléptico: este se entiende como una crisis convulsiva de una duración mayor de cinco minutos (cualquier tipo de crisis) o de la incapacidad de recuperar la conciencia entre crisis (crisis generalizadas y crisis parcial compleja). La muerte o el daño cerebral son, más a menudo, causados por la falta prolongada de respiración y la resultante muerte del tejido cerebral por falta de oxígeno.

En caso de que existan comportamientos psíquicos extraños en enfermos que padecen crisis (por ejemplo: retraso en el desarrollo intelectual, trastornos en el comportamiento y/o en el habla), estos no son por lo general provocados por la epilepsia, sino que su origen se encuentra en el trastorno cerebral, que a la vez es la causa de las crisis epilépticas.

Si la convulsión ocurre mientras la persona está conduciendo u operando equipo peligroso, se pueden presentar lesiones serias, por lo cual estas actividades se deben restringir en personas con trastornos convulsivos mal controlados. Pero, es posible que las convulsiones poco frecuentes no restrinjan significativamente el estilo de vida de la persona, por lo que el trabajo, el estudio y la recreación no necesariamente se deben limitar.

No es extraño que existan trastornos reactivos en personas con epilepsia. La necesidad de superar la enfermedad, rechazos en la escuela, en el trabajo y en diversos grupos sociales, desventajas en el día a día (Ej.: deporte, carné de conducir, solicitudes), además de los prejuicios de sus semejantes (Ej.: desconocimiento de la epilepsia, equivocadamente entendida como una enfermedad mental-hereditaria) hacen que los pacientes tengan que sufrir a menudo cargas emocionales, que suelen ser en muchos casos peor que la propia enfermedad. Hay que tener muy en cuenta esta problemática en el seguimiento y tratamiento de los enfermos de epilepsia.



## **8. PREVENCIÓN Y RESTRICCIONES EN LA VIDA DIARIA**

En general, no existe una prevención conocida para la epilepsia. Sin embargo, con una dieta y reposo adecuados, la abstinencia de drogas y alcohol se puede disminuir la probabilidad de precipitar una convulsión en una persona con epilepsia. Se debe, además, reducir el riesgo de traumatismo craneal mediante el uso de cascos durante actividades de riesgo, lo cual puede ayudar a disminuir la posibilidad de desarrollar epilepsia.

Lo más importante para una persona con ataques epilépticos es, en lo posible, vivir una vida normal, alejada del temor e incertidumbre que le pueden producir las convulsiones.

Sin embargo existen algunas restricciones que deben observarse:

- **Conducción:** en España, una persona que sufre esta enfermedad debe probar no haber tenido crisis convulsivas durante 12 meses para la obtención de un permiso de conducir.
- Si el paciente tiene aún convulsiones debe evitar actividades tales como; escalar montañas o practicar paracaidismo.
- Es mejor que siempre esté acompañado, en el caso de la natación, por alguien que le pueda ayudar si es necesario.
- Las luces intermitentes, como las de los clubes nocturnos o discotecas, pueden desencadenar crisis convulsivas en algunas personas, por lo que se debe tener precaución y en lo posible evitarlas.
- La falta de sueño, y la ingesta de alcohol pueden desencadenar ataques epilépticos. Esto implica un cambio en el estilo de vida, especialmente en los adolescentes.

Es importante recordar que una regla de comportamiento única resulta inadecuada en muchos casos pues cada tipo de epilepsia es particular. Por ejemplo, es diferente si los ataques epilépticos son impredecibles o si siempre se producen a la misma hora. Cada caso debe consultarse con el especialista.

Es prudente que los niños estén siempre supervisados cuando realizan actividades que impliquen riesgo, particularmente si las convulsiones interfieren en la conciencia.

El médico es la persona idónea para aclarar todas las dudas relacionadas con la enfermedad, tratamiento y su pronóstico, y debe informar a los pacientes y familiares sobre los aspectos de seguridad relacionados con la epilepsia, especialmente por la alteración del estado de conciencia.

**Resumen: Mgr. Elke Berodt – Abril 2009**

**Actualizado: Febrero 2017**