



Epilepsia

Conocimientos básicos



M
Epilepsia
LIGA CHILENA



¿Quiénes somos?

La Liga Chilena contra la Epilepsia es una institución privada sin fines de lucro fundada el 6 de mayo de 1953. Nuestra misión es mejorar la calidad de vida de las personas con epilepsia, sus familias y cuidadores, a través del tratamiento médico y psicosocial; además de la educación, capacitación y rehabilitación.

Para poder cumplir este objetivo, contamos con la colaboración de un voluntariado médico y uno no médico, quienes junto a un equipo multidisciplinario de profesionales trabajan día a día para lograr nuestro propósito.

DESDE 1953

Índice

03 Índice / Bibliografía.	05 Introducción.
06 Historia de las epilepsias.	08 ¿Qué son las epilepsias?
10 Clasificación de las crisis epilépticas.	12 ¿Qué es un síndrome epiléptico?
14 ¿Cómo se tratan las epilepsias?	15 Recomendaciones y pautas de vida para personas con epilepsia.
16 Algunos síndromes epilépticos frecuentes.	18 Epilepsias en la niñez y desempeño escolar.
20 Epilepsia y mujer.	22 ¿Qué hacer ante una crisis epiléptica?

Bibliografía

- Acevedo, C., Campos M., Mesa T., Núñez L. (2007). "Epilepsias: Todo lo que usted desea saber". (2ª Edición). Santiago, Chile: BHA Impresores S.A. <http://www.ligaepilepsia.cl/libro/>.
- Rufo Campos, M. (Coordinador). (2005). "Cómo afrontar la Epilepsia. Una guía para pacientes y familiares. Madrid, España: Entheos. https://www.apicepilepsia.org/Descargas/Como_Afrontar_la_Epilepsia.pdf.
- Sánchez JC., Galán J., Serrano, P. (2004). "50 Respuestas sobre las crisis epilépticas y la Epilepsia". Barcelona, España: Disseny directe S.L. https://www.apicepilepsia.org/Descargas/50_Respuestas_sobre_la_Epilepsia.pdf.

Epilepsia Conocimientos Básicos edición 2019.



Introducción

La epilepsia es más común de lo que muchos creen. Su incidencia, es decir los casos nuevos por cada 100.000 habitantes al año, corresponden a 114 en nuestro país. Mientras que su prevalencia, el número de casos en un instante dado, es de 17 por cada 1.000 habitantes. Así, existen aproximadamente 300 mil personas que tienen epilepsia en Chile. Existe una mayor concentración de casos en las edades extremas, siendo muy frecuente en la primera década de la vida y altamente frecuente después de los 70 años.

Debido a la importancia de esta condición crónica, la Liga Chilena contra la Epilepsia ha adoptado la misión de mejorar la calidad de vida de las personas con epilepsia, sus familias y cuidadores, a través del tratamiento médico y psicosocial; como también por medio de la capacitación, rehabilitación y educación, haciendo especial énfasis en este último punto, pues creemos que es la única forma de terminar con el estigma y los mitos asociados a la epilepsia.

En ese sentido, este manual representa una gran ayuda para que las personas que viven con esta enfermedad comprendan que, en la mayoría de los casos, ésta no los limita para vivir una vida normal. Adicionalmente, permitirá a padres, madres y cuidadores, conocer más sobre epilepsia y enfrentar de mejor manera el impacto que produce a nivel familiar y social.

Los contenidos que podrá leer a continuación nos permitirán contribuir a la eliminación de muchos prejuicios, pero es importante que no sólo usted se eduque, sino que también nos ayude a educar.

Construir una sociedad más inclusiva depende de todos.

Historia de las epilepsias

Los hombres de la Edad de Piedra atribuían poderes sobrenaturales a las personas con epilepsia, creyendo que “se desprendían temporalmente de su ser”, algo que permaneció por muchos años. Posteriormente, los egipcios, el pueblo caldeo y los judíos, dieron a esta enfermedad una connotación negativa y denigrante, estableciendo que se trataba de algo que debía permanecer oculto.

Por su parte, los griegos afirmaron que la epilepsia provenía de la voluntad de los dioses. Sin embargo, Hipócrates, en el siglo IV A.C, luchó contra la ignorancia existente y fue el primero en afirmar que se trataba de una alteración de carácter natural y hereditario, producto de un desequilibrio de humores. Además, estableció que debía tratarse con dietas y medicamentos y que no era una “enfermedad sagrada”, como se creía en ese entonces. A pesar de estos avances, los romanos le dieron un carácter de enfermedad contagiosa, desconociendo los avances científicos realizados por Grecia y manteniendo la creencia de que era una señal de mal augurio enviada por los dioses.

En la Biblia podemos encontrar algunas descripciones claras de crisis epilépticas, como por ejemplo, en el Nuevo Testamento (evangelios de Marcos IX: 14-29, Mateo XVII : 14-20 y Lucas IX: 37-43), donde se explica cómo Jesús “expulsa los demonios” de un niño con epilepsia, reafirmando el pensamiento judío de la epilepsia como una enfermedad de carácter demoníaco. Una excepción a esta creencia la constituye Galeno, quien era romano, anatomista y patólogo (129-199 D.C). Él describió las convulsiones generalizadas con pérdida de la consciencia y señaló que el origen de esta enfermedad estaba en el cerebro, aunque no descartó otros órganos como el estómago.

En la Edad Media, la fuerte influencia religiosa que regulaba toda la vida de las personas produjo un retroceso en los conocimientos científicos y, por

consecuencia, detuvo los avances en la medicina. En esta época se acuñaron toda clase de conceptos errados sobre epilepsia, que desataron una caza de brujas por parte de los inquisidores. Tras ese estancamiento, el despegue de la ciencia se produce nuevamente en el Renacimiento, período en que se fundaron las primeras universidades en Europa, volviendo a poner énfasis en el origen orgánico de la enfermedad y en un enfoque terapéutico.

Más adelante, a fines del siglo XVIII, comenzaron los descubrimientos que relacionaban la electricidad y el sistema nervioso. Luego, en el siglo XIX, llamado “siglo de la electricidad”, se empezó a desarrollar el concepto de que las crisis epilépticas se originaban a partir de la actividad eléctrica anormal de las células cerebrales.

La llegada del siglo XX estuvo acompañada de enormes progresos en el tratamiento de la epilepsia, ya que aparecieron los primeros fármacos antiépilépticos y se comenzó a desarrollar el concepto de calidad de vida. Adicionalmente, el desarrollo de la electroencefalografía y las neuroimágenes cerebrales, han permitido clasificar mejor las distintas formas de epilepsia y realizar tratamientos más adecuados para cada una de ellas.

**“La Transfiguración” 1517-1520
Rafael Sanzio personifica a los apóstoles intentando liberar a un niño poseído de los demonios o de epilepsia.**





¿Qué son las epilepsias?

La epilepsia es una enfermedad crónica del sistema nervioso central que se manifiesta por una tendencia sostenida a presentar crisis epilépticas. Estas crisis son la manifestación clínica de la actividad eléctrica excesiva o anormal de un grupo de neuronas del cerebro.

Existen diversos tipos de crisis, según el área en la que se genera esta descarga, pero las más frecuentes tienen que ver con alteraciones en los movimientos, sensaciones o pensamientos.

La epilepsia se caracteriza por la aparición de crisis epilépticas no provocadas, es decir, que ocurren espontáneamente, que son siempre parecidas entre sí (*estereotipadas*) y de aparición súbita e inesperada. Hasta hace poco se exigía la ocurrencia de al menos dos crisis epilépticas espontáneas para hacer el diagnóstico de epilepsia, pero actualmente se puede hacer este diagnóstico frente a una primera crisis asociada a una alteración del electroencefalograma (EEG) o de la neuroimagen (*scanner o resonancia de cerebro*) que signifique un alto riesgo de seguir presentando crisis.

No se trata de una condición única, porque tiene causas y manifestaciones clínicas muy diversas. Es por eso que lo más correcto sería referirnos a las epilepsias. En ese sentido, en casi un 50% de los casos no es posible encontrar la causa de esta epilepsia, en el resto, puede ser producto de traumatismos encéfalo-craneanos, asfixias de parto, tumores cerebrales, accidentes vasculares cerebrales, malformaciones cerebrales, algunas enfermedades genéticas y consecuencias de infecciones del sistema nervioso (*meningitis, encefalitis cisticercosis*); entre otras.

Se habla de **Síndromes Epilépticos** cuando existe un trastorno epiléptico con un conjunto de síntomas y signos característicos, tales como edad de comienzo, tipos de crisis, anomalías del electroencefalograma (EEG) y neuroimagen; además de factores genéticos, entre otros.

El diagnóstico del Síndrome Epiléptico es muy importante, ya que permite al especialista hacer un pronóstico y seleccionar el medicamento adecuado, que no es el mismo para todos los tipos de epilepsia.

Las epilepsias pueden ser definidas como una tendencia a presentar crisis epilépticas que se mantienen en el tiempo y el impacto psicosocial de ellas.

Clasificación de las crisis epilépticas

Existen dos grandes grupos de crisis epilépticas: las de inicio generalizado y las de inicio focal. Aunque también hay un pequeño porcentaje de crisis de difícil clasificación.

Crisis de inicio generalizado o generalizadas

Este tipo de crisis se inicia con una descarga cerebral que afecta, en forma simultánea, a ambos hemisferios cerebrales, por lo que existe compromiso generalizado de la actividad cerebral. La consciencia se ve alterada desde el comienzo de la crisis y no existe aura, o sea, aviso previo de la crisis.

- Pueden presentarse con pérdida brusca del conocimiento, caída, rigidez y luego convulsiones o con contracciones rítmicas de las extremidades y músculos de la cara (*crisis tónico-clónica*).
- Otras se expresan como una desconexión o inconsciencia transitoria, generalmente muy breve, de segundos de duración, pero repetida. Principalmente se ven en niños (*crisis de ausencia*).
- Algunas se asocian a bruscas sacudidas de alguna parte del cuerpo (*crisis mioclónicas*). Estas crisis son tan breves que no es posible detectar una pérdida significativa de consciencia.
- También pueden existir crisis con pérdida total del tono muscular y caídas, sin convulsiones (*crisis atónicas*) y crisis de contractura brusca, simétrica y sostenida de segmentos corporales (*crisis tónicas*).

Crisis de inicio focal o focales

En este tipo de crisis, la descarga cerebral compromete sólo una porción del cerebro en su inicio.

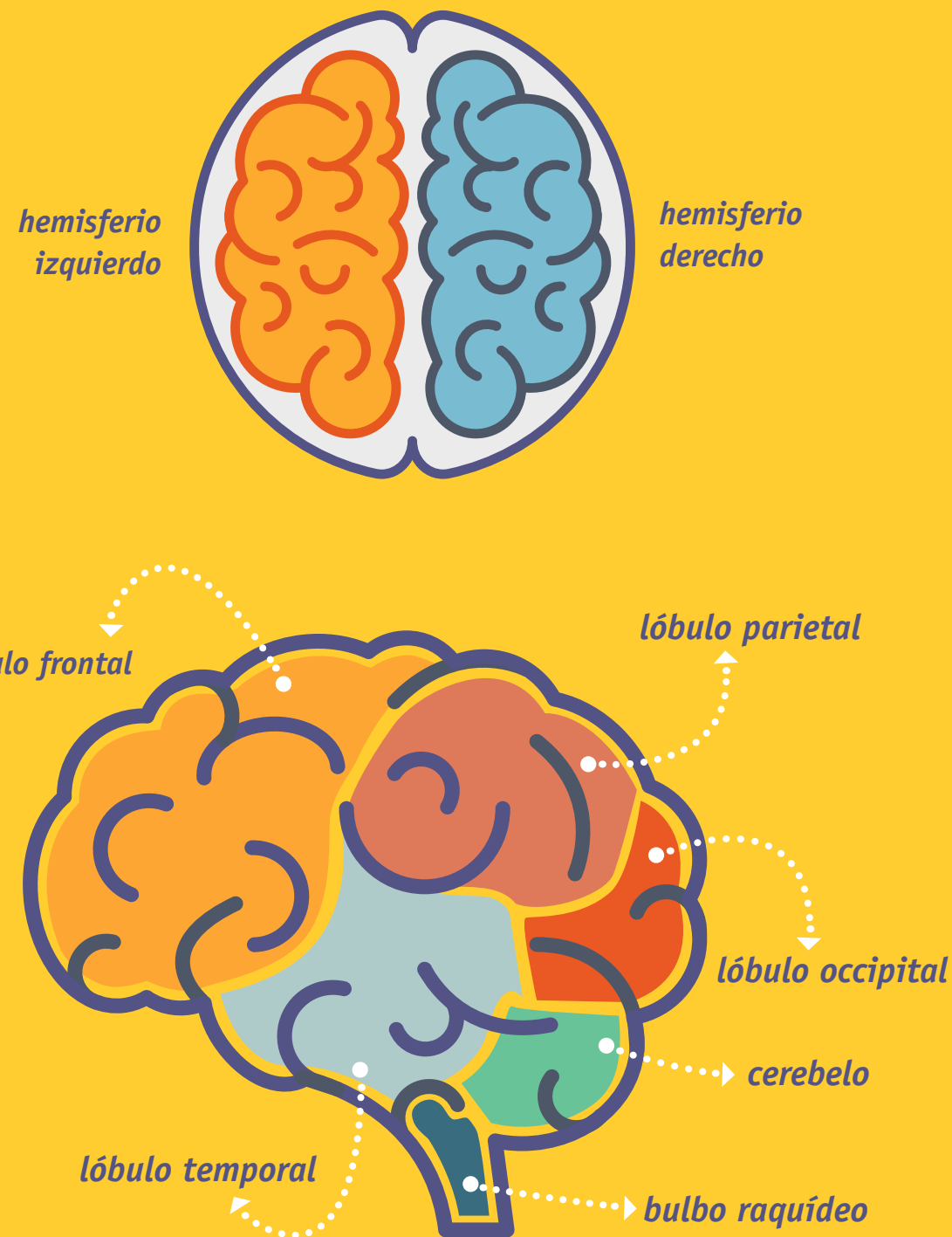
Pueden comenzar con o sin compromiso de consciencia y pueden tener o no tener manifestaciones motoras según el área cerebral comprometida. Por lo tanto, pueden tener manifestaciones motoras (con movimientos repetidos de una parte del cuerpo) o sensoriales (como la visión de destellos luminosos), o sensitivas (con hormigueos o adormecimientos transitorios que comprometen generalmente un lado del cuerpo) o autonómicas (palidez, rubor, taquicardia, sudoración) o psíquicas (fenómeno “*dejá vu*”: creer que una situación nueva ya ha sido vista, o fenómeno de “*jamais vu*”: situación conocida es percibida como jamás vista).

Las crisis de inicio focal pueden manifestar un aura (aviso que se está iniciando la crisis). El aura, sensación subjetiva que experimenta la persona y que dura segundos, indica en qué zona del cerebro se está iniciando la descarga anormal. Así, existen auras epigástricas (dolor en el abdomen a veces acompañado de náuseas), auras psíquicas (sensaciones psíquicas como miedo, angustia, malestar indefinible, nerviosismo), auras sensoriales (sensaciones auditivas, visuales, gustativas u olfativas) y auras somato-sensoriales (sensaciones de adormecimiento en alguna parte del cuerpo y dolor).

Por ejemplo, las crisis epilépticas de inicio focal con compromiso de consciencia, generalmente se originan en el lóbulo temporal y, además de la desconexión, van acompañadas de automatismos, que pueden ser motores, labiales (*masticar o saboreos*), manuales (*búsqueda*) y a veces de marcha.

El término “crisis convulsiva”, que se está dejando de usar, se refiere a una crisis epiléptica con manifestaciones motoras.

Ambos tipos de crisis de inicio focal pueden propagarse, dando como resultado una crisis secundariamente generalizada.



¿Qué es un Síndrome Epiléptico?

Síndrome Epiléptico es el nombre de un conjunto de signos y síntomas específicos que incluyen uno o más tipos de crisis epilépticas junto con sintomatología no necesariamente convulsiva, como por ejemplo, retraso psicomotor o déficit intelectual, y que pese a constituir una entidad diferenciable clínicamente, pueden tener diversas causas.

Entonces, en la clasificación de un Síndrome Epiléptico se toma en cuenta la edad de inicio de epilepsia, el tipo de crisis o la combinación de crisis, las anomalías del EEG y neuroimagen, factores genéticos involucrados en la génesis de la epilepsia, respuestas específicas a algunos fármacos antiepilépticos y pronósticos conocidos.

Por ejemplo, el Síndrome de West, que se da en el primer año de vida, considera crisis de espasmos, regresión o detención del desarrollo psicomotor del niño, y una anomalía específica del EEG que se denomina hipsarritmia, pero no existe una causa única, sino que variadas.

¿Qué son las encefalopatías epilépticas?

Son formas de epilepsia que afectan a los niños, en donde la abundante actividad epiléptica del EEG, por sí misma, contribuye a un deterioro cognitivo y conductual que es mucho mayor que el esperado para la patología cerebral de base (ej.: una malformación de la corteza cerebral). Se produce un enlentecimiento cognitivo y a menudo una regresión del desarrollo con pérdida de habilidades previamente adquiridas por el niño. Un aspecto crítico en estas condiciones es que el control o reducción de la actividad epiléptica puede atenuar el impacto de la enfermedad sobre el desarrollo infantil.

El término que se está usando para describirlas es el de “Encefalopatías Epilépticas de Desarrollo”. Ejemplo: Síndrome de Dravet, Síndrome de West.

Clasificación de los síndromes

Según la causa (*etiología*) que origina la epilepsia, podemos clasificar los Síndromes Epilépticos en:

Epilepsias idiopáticas: Son aquellas en las que no existe lesión cerebral o déficit neurológico y que presentan normalidad intelectual y antecedentes familiares positivos para epilepsia. Se presume en ellas una base genética. Además, tienen una clara relación con la edad y un curso temporal conocido. Hay que hacer énfasis en que el término genética no es sinónimo de hereditaria. Muchas alteraciones genéticas aparecen como una mutación nueva en un individuo y su heredabilidad (*posibilidad de transmitirla a su descendencia*) puede ser muy baja.

Actualmente deben ser denominadas como Epilepsias Genéticas.

Epilepsias sintomáticas o de etiología conocida: Se trata de aquellas en que existen evidencias clínicas neurológicas y estudios de neuroimagen que muestran la existencia de lesiones cerebrales focales o difusas cuya causa (*etiología*) es conocida. En estos casos, la epilepsia es un síntoma más de otra enfermedad que afecta al cerebro. Actualmente se definen etiologías estructurales (*lesiones, malformaciones de la corteza cerebral, tumores*), genéticas, metabólicas, infecciosas e inmunes.

Epilepsias de etiología desconocida: Se denominaban como criptogénicas. Con el avance del conocimiento científico de la epilepsia y la tecnología de neuroimágenes, esta categoría debiera ir disminuyendo progresivamente.

Diagnóstico de las epilepsias

El diagnóstico de las epilepsias es fundamentalmente clínico, en base a un acabado relato de los síntomas que realiza el paciente (*y/o los testigos de las crisis*) y teniendo en cuenta los factores de riesgo de epilepsia; además de los posibles factores precipitantes de crisis epilépticas. Se requiere también, evaluar el desarrollo psicomotor e intelectual del niño, adolescente o adulto y realizar un examen físico y neurológico completo.

Rol del electroencefalograma (EEG) en el diagnóstico de epilepsia:

Permite la confirmación de actividad eléctrica cerebral anormal, obtener información acerca del tipo de desorden epiléptico y localizar el foco de las descargas anormales. El EEG no hace el diagnóstico de epilepsia en ausencia de síntomas (crisis), ya que las descargas epileptiformes que se registran no son exclusivas de las epilepsias. Entonces, el EEG puede ser altamente específico para el diagnóstico de epilepsia, **pero solamente cuando existen crisis.**

Neuroimágenes en epilepsia

Son fundamentales para clasificar las epilepsias según etiologías (*causas*). La resonancia nuclear

magnética de cerebro (*RNM*) es el “*standard de oro*”, pero debe realizarse con un protocolo especial para epilepsia. Permite diagnosticar malformaciones corticales, trastornos de la migración neuronal, esclerosis mesial temporal y tumores de bajo grado y lento crecimiento, siendo fundamental en el estudio prequirúrgico (*antes de operación*) de pacientes con epilepsia.

Un electroencefalograma (EEG) de calidad adecuada, neuroimágenes -en los casos justificados- y estudios genéticos y metabólicos, entre otros exámenes, contribuyen al diagnóstico en una minoría de los casos.

El diagnóstico de epilepsia es clínico y un EEG normal no lo descarta si existen crisis clínicas.



¿Cómo se tratan las epilepsias?

El objetivo básico del tratamiento de la epilepsia, independientemente de la edad del paciente, es el control de las crisis, la cual se puede lograr en muchos casos, con la utilización de un solo fármaco, mientras que en otros será necesario asociar dos o más para conseguir el control.

Cada tratamiento es a la medida del paciente, tomando en cuenta su edad, sexo, escolaridad o actividad laboral y una adecuada clasificación del tipo de crisis y del Síndrome Epiléptico (cuando sea posible precisarlo).

- Manejo del ambiente:

Se debe intentar que el paciente y su familia lleven una vida lo más normal posible, con el menor número de restricciones. Muchas veces será necesario implementar algunos cambios en el estilo de vida e identificar los factores que pueden afectar el control de crisis. En ese sentido, es importante fomentar el autocuidado y entregar información acerca de las precauciones que la persona debe adquirir y la manera en la que debe seguir adecuadamente su tratamiento.

- Manejo de factores precipitantes de crisis:

Dentro de los factores que podrían afectar negativamente el control de crisis se encuentran: fiebre e infecciones, privación de sueño, consumo de alcohol y drogas, stress psíquico y físico, suspensión abrupta o interrupción del tratamiento con fármacos antiepilépticos (FAEs), factores hormonales (menstruación), etc.

- Fármacos antiepilépticos (FAEs)

Son medicamentos que disminuyen la frecuencia y severidad de las crisis epilépticas. Es decir, tratan los síntomas de las crisis, no la condición epiléptica de base. No curan la enfermedad ni tampoco previenen el desarrollo de una epilepsia. Funcionan suprimiendo la descarga cerebral anormal y/o impidiendo la propagación de la descarga desde su foco de origen. La terapia con FAEs es personalizada, es decir "a la medida" de cada paciente, e inicialmente con un solo medicamento (monoterapia). En la elección del fármaco se toman en cuenta la clasificación de la epilepsia, las patologías asociadas (comorbilidades) y la tolerabilidad y seguridad a largo plazo del medicamento.

El 70% de las epilepsias va a lograr muy buen control de crisis con uso de FAEs.

- Tratamiento de patologías asociadas (comorbilidades):

En niños, el más frecuente suele ser el Síndrome de Déficit Atencional y en adultos, la depresión.

- Tratamiento quirúrgico:

Ante el fracaso del tratamiento con fármacos antiepilépticos, se plantea la posibilidad de una cirugía curativa para aquellos pacientes (la mayoría) con Síndromes Epilépticos quirúrgicamente remediables (*esclerosis temporal mesial y epilepsias secundarias a lesiones potencialmente resecables*). También, puede considerarse como tratamiento paliativo para reducir la frecuencia y severidad de las crisis (*cuorpocallosotomía y hemisferectomía funcional*).

- Otras terapias utilizadas en epilepsias refractarias:

Dieta cetogénica, inmunoglobulinas, cortico esteroideos, estimulador vagal y cannabidiol.

Recomendaciones y pautas de vida para personas con epilepsia

- Llevar una vida sana.
- Tener una alimentación rica y variada.
- Evitar preocupaciones y tensiones emocionales.
- Fomentar las relaciones sociales, evitando el aislamiento.
- Dormir las horas apropiadas según la edad para conseguir el descanso necesario y suficiente (generalmente entre siete y diez horas).
- Ingesta regular de medicamentos, en horarios y dosis como el médico lo indica.
- Asistencia a controles médicos y realización de exámenes con la frecuencia que el médico aconseje.
- Evitar factores desencadenantes de crisis como beber alcohol, trasnochar y fatiga excesiva, entre otros.
- Llevar un calendario detallado de las crisis registrando los días y horarios en que se produzcan, pues esto podrá ayudar al médico a orientar el tratamiento.
- Suspensión del tratamiento sólo cuando el médico lo indique.
- Comunicar al médico tratante cualquier otra enfermedad que presente y los medicamentos que le fueron indicados.
- Al realizar viajes, llevar un certificado médico que indique el diagnóstico de la persona y su tratamiento, además de una cantidad suficiente de medicamentos para que no falten.
- Incentivar la actividad física, evitando sólo la práctica de deportes peligrosos tales como montañismo, buceo o boxeo; entre otros.
- En caso de realizar natación, debe ser en compañía de una persona que esté al tanto de su tratamiento y de preferencia se debe estar equipado con flotadores para minimizar riesgos.
- La mujer en edad fértil debe planificar su embarazo y comunicar esta decisión a su neurólogo tratante, para que éste pueda realizar ajustes en las dosis de FAEs necesarias durante el embarazo.
- Se puede ver televisión, jugar video juegos y estar frente a un computador. Sólo un 3% de las personas con epilepsia tienen fotosensibilidad. En caso de presentar esta condición, deben mantener una distancia de al menos 1 metro de la pantalla de la TV. La habitación en que se ve televisión o se usa el computador, debe estar muy iluminada para disminuir el contraste entre la pantalla y el entorno.
- Evitar factores que puedan producir un accidente en personas con crisis tónico clónicas como: trasladar alimentos calientes, manipulación de estufas, preferir la ducha y no darse baños de tina, no poner mesas de cristal y no fumar para evitar algún incendio.

Algunos síndromes epilépticos frecuentes

Las epilepsias tienen manifestaciones clínicas diferentes en las distintas etapas de la vida, dependiendo del grado particular de maduración cerebral. Así es como, por ejemplo, el cerebro del recién nacido no tiene la suficiente capacidad para producir descargas eléctricas importantes, y las manifestaciones son crisis sutiles, de corta duración y muchas veces imperceptibles. A nivel del lactante (los dos primeros años de vida) existe alta excitabilidad cerebral, lo que explica el gran número de crisis epilépticas desencadenadas por estímulos transitorios tales como la fiebre, deshidrataciones e infecciones; entre otros.

En los niños preescolares y escolares existen muchos Síndromes Epilépticos que no se ven en la vida adulta. Algunos de ellos son:

- **Epilepsia Rolándica Benigna:** Es un Síndrome Epiléptico benigno que se presenta entre los 3 y 13 años de edad, siendo más frecuente entre los 5 y 10 años de vida y que predomina en varones. Representa alrededor de un 15% de las epilepsias de la infancia. Las crisis comprometen un lado de la cara y lengua, hay dificultad para tragar la saliva y para hablar. Suelen presentarse entre 1 y 2 horas después de iniciado el sueño o momentos antes de despertar, y la mayoría de los casos tiene sólo unas pocas crisis. Alrededor de un 40% de los pacientes tiene historia familiar de epilepsia. Su benignidad reside en el hecho de que el paciente es normal antes, durante y después de la presentación de las crisis y en que las crisis, en la mayoría de los casos, remiten totalmente al llegar a la adolescencia con o sin tratamiento.

- **Epilepsia Ausencia de la Niñez:** Se presenta entre los 3 y 11 años de edad, con una mayor frecuencia relativa a los 5 y 6 años. Constituye entre el 5% y el 10% de las epilepsias en el niño. Las crisis se caracterizan por episodios de desconexión de 5 a 20 segundos con la interrupción de la actividad en curso, mirada fija, y, a veces, leve parpadeo o algunos automatismos de chupeteo o movimientos como abrochar alguna prenda de vestir. Son de comienzo y final súbito, se repiten muchas veces al día y son de predominio matinal. Entre crisis y crisis, el niño se comporta de forma normal. Hay antecedentes familiares de epilepsia en un 40% de los casos, porque tiene carga genética y, por lo tanto, no tiene una causa demostrable.

- **Epilepsia Mioclónica Juvenil:** Constituye alrededor de un 7% de los casos de epilepsia. Se presenta alrededor del inicio de la pubertad. Las crisis son matinales y coexisten sacudidas mioclónicas del despertar, que típicamente provocan caída de objetos de las manos (taza, cepillo dental), con crisis tónico clónicas generalizadas, particularmente cuando hay privación de sueño. Pueden existir también ausencias y crisis fotosensibles, como las provocadas por la televisión, videojuegos o luces estroboscópicas (discoteca). Existe un elevado porcentaje de casos con antecedentes familiares de epilepsia, porque es una epilepsia idiopática, es decir, sin una causa aparente, pero con una base genética.

- **Síndrome de West:** Es poco frecuente y severo. Se presenta en lactantes entre 2 y 18 meses de edad, con un máximo alrededor de los 6 meses de vida. Las crisis consisten en brusca flexión de la cabeza, brazos, tronco y llanto. Duran 1 ó 2 se-

gundos y se repiten varias veces en salvas (espasmos). Su pronóstico no es favorable en cuanto a la normalidad del desarrollo psicomotor y por la posibilidad de continuar después de los 2 años como una epilepsia sintomática multifocal o transformarse en un Síndrome de Lennox-Gastaut.

- **Síndrome de Dravet (Epilepsia Mioclónica Severa de la Niñez):** Es una encefalopatía epiléptica de origen genético, que se inicia en el primer año de vida con crisis generalizadas o unilaterales prolongadas, gatilladas por fiebre. Luego se desarrollan crisis afebriles, frecuentes episodios de estado epiléptico y otros tipos de crisis refractarias que incluyen crisis mioclónicas, ausencias atípicas y crisis focales. El EEG presenta cambios progresivos con alteraciones generalizadas, focales y multifocales no patognomónicas (no específicas). El Síndrome de Dravet es típicamente resistente a tratamientos antiepilépticos convencionales. Otras manifestaciones que se evidencian en el curso de esta epilepsia son deterioro cognitivo, mioclonus interictal (contracciones musculares bruscas y muy breves entre las crisis), torpeza motora y ataxia (alteración del equilibrio). El pronóstico cognitivo es pobre y el riesgo de muerte súbita (SUDEP) se estima en un 15%, siendo significativamente mayor que en otras epilepsias.

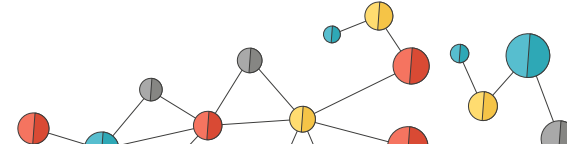
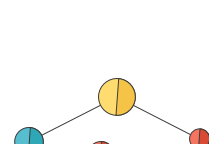
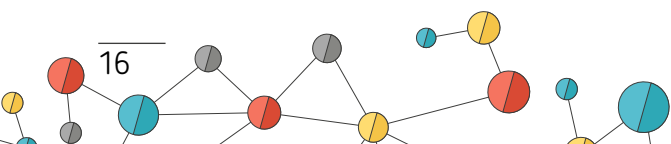
- **Síndrome de Lennox Gastaut:** También es un síndrome epiléptico infrecuente y severo. Se caracteriza por crisis de difícil control y retardo mental. Las crisis se inician entre los 2 y 3 años de edad y son de variados tipos: ausencias atípicas, crisis tónicas, crisis tónico clónicas, crisis atónicas y mioclónicas y estados de mal epiléptico. Las crisis son de muy difícil control y las crisis atónicas producen traumatismos faciales o de cráneo por caí-

das súbitas al suelo. **Estos niños suelen usar casco protector.**

- **Epilepsia del Lóbulo Temporal:** Constituye la epilepsia focal más frecuente. Las crisis se originan en las estructuras profundas del lóbulo temporal. Son principalmente focales con compromiso de consciencia e incluyen sensaciones como una molestia epigástrica, temor y otras indescritibles por los pacientes. Pueden aparecer automatismos, o sea, movimientos sin un propósito. **Es la que tiene mejor respuesta al tratamiento quirúrgico.**

- **Epilepsia del Lóbulo Frontal:** Se trata de un lóbulo cerebral muy grande, con muchas conexiones y puede presentar generalización secundaria. Las crisis pueden ser nocturnas, con conductas bizarras, crisis focales con compromiso de consciencia, crisis con giro de la cabeza u ojos, automatismos bilaterales complejos, detención del habla, etc. Pueden ser confundidas con parasomnias (problema de sueño) o crisis no epilépticas (crisis psicogénicas).

- **Convulsiones o Crisis Febriles:** Son crisis convulsivas que ocurren en el lactante (de 1 a 24 meses) o preescolar (de 2 a 5 años), usualmente entre los 6 meses y 5 años, asociadas a fiebre, sin signos de infección intracraneana. Tampoco debe haber una enfermedad neurológica aguda. Se observan en un 3% a 5% de la población general, constituyéndose, por lo tanto, en el episodio convulsivo más común en los menores de 5 años. En un tercio de los casos son recurrentes, o sea, se presentan más de una vez. **No son epilepsias y no requieren tratamiento. En una minoría de los casos son seguidas de crisis epilépticas no asociadas a fiebre.**



Epilepsias en la niñez y rendimiento escolar

Un gran número de niños con epilepsia logra controlar sus crisis con un tratamiento medicamentoso regular y son capaces de participar e integrarse completamente en las actividades escolares. Sin embargo, existe un grupo reducido de niños que puede presentar algunas dificultades en el colegio, tales como aislamiento por parte de los otros alumnos, autoestima baja y rendimiento escolar deficiente. En la mayoría de los casos, estas dificultades se dan en niños de inteligencia normal, pero que no alcanzan resultados en relación a lo esperado.

Puede haber varias razones por las cuales esto sucede, existiendo factores que dependen de la epilepsia misma y de su tratamiento, y otros asociados a su entorno. Es así como, por ejemplo, las dificultades de atención son más frecuentes en niños con epilepsia que en la población general.

Adicionalmente, el niño podría enfrentar las consecuencias negativas que conlleva el tener períodos prolongados de inasistencia escolar, ya sea por controles o exámenes médicos, algunos efectos secundarios propios de su tratamiento medicamentoso, sobreprotección de los padres, entre otras situaciones. Todo lo anterior podría afectar sus habilidades de aprendizaje y su desempeño escolar.

Otro aspecto a tener en cuenta es la frecuencia y severidad de sus crisis y las expectativas y exigencias de los profesores, las que también afectarán su aprendizaje.

Afortunadamente, muchos de estos problemas se pueden manejar y/o evitar con una adecuada co-

laboración entre el equipo docente y administrativo del colegio, además del personal de enfermería (si es que el establecimiento educacional contara con una). Sin embargo, existen otros problemas que son más sutiles y que requieren de técnicas específicas para ser identificados y superados.

En ese sentido, si el niño es evaluado por un psicopedagogo que tiene conocimientos acerca de epilepsia, se podrá determinar cuáles son las dificultades específicas en cuanto a aprendizaje y su origen. Luego de eso, a través de intervenciones específicas como -apoyo psicopedagógico y farmacológico- se podrá contribuir a superar el problema.

Información útil para profesores

- ¿Desde cuándo tiene epilepsia el niño y cómo son sus crisis?
- ¿Presenta aura (aviso previo) antes de la crisis?
- ¿Existen factores que desencadenen las crisis?
- ¿Debe tomar alguna dosis de su tratamiento en el colegio?
- ¿Qué tipo de ayuda de primeros auxilios necesita el niño cuando manifieste una crisis?
- ¿Qué es lo que representa una emergencia médica para el niño y cuándo se debe recurrir a un servicio de urgencia?
- ¿Existe algún medicamento para uso de urgencia en el colegio?

Alumno que participa en nuestro Centro de Desarrollo Integral, CEDEI. Infórmate en: www.ligaepilepsia.cl

Educamos para construir una sociedad más inclusiva. Edúcate y educa.



Epilepsia y mujer

En la mujer con epilepsia, las crisis epilépticas, el tratamiento y el hecho mismo de presentar esta enfermedad, puede asociarse a algunos problemas específicos.

El ciclo menstrual: En algunas mujeres, las crisis epilépticas son más frecuentes en los días previos a la menstruación o durante la misma, posiblemente en relación con los cambios hormonales. Se denomina “Epilepsia Catamenial” a aquella en que las crisis ocurren exclusivamente durante ciertas etapas del ciclo menstrual.

Anticonceptivos y epilepsia: Algunos anti-epilépticos disminuyen el efecto de los anticonceptivos orales, haciendo que la mujer no esté 100% protegida de un posible embarazo. Por eso, es necesario llevar un control adecuado del tratamiento con anti-epilépticos y anticonceptivos, siendo necesario informar al ginecólogo acerca del tratamiento anti-epiléptico en uso. Él decidirá cuál es el anticonceptivo más adecuado en cada caso.

Embarazo y epilepsia: Las mujeres con epilepsia pueden perfectamente embarazarse y formar una familia. Lo más importante para esto es llevar un control adecuado con su neurólogo y su ginecólogo e, idealmente, programar el embarazo, para adecuar el tratamiento y escoger el momento más conveniente. Toda mujer sin epilepsia tiene alrededor de un 2 % de riesgo de tener un hijo con malformaciones congénitas. Dado que todos los anti-epilépticos poseen potencial teratogénico (producir malformaciones fetales), la embarazada con epilepsia duplica este riesgo. El anti-epiléptico que tiene mayor riesgo es el ácido valproico. No se ha podido determinar todavía si esto sucede con todos los FAEs nuevos. Para disminuir este riesgo, toda mujer con epilepsia en edad fértil debe recibir permanentemente ácido fólico (una vitamina) ante la posibilidad de embarazarse. Por otra parte, el embarazo en una mujer con epilepsia sin tratamiento tiene mayor riesgo de complicaciones para ella y su feto.

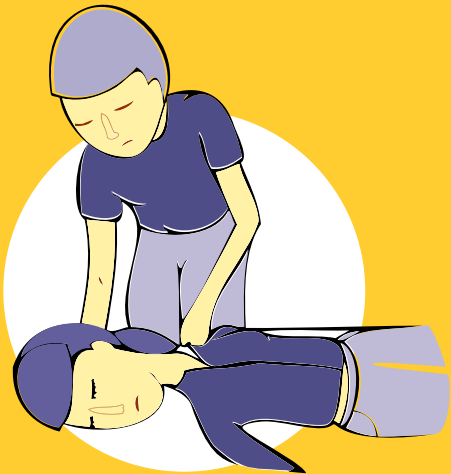
¿Qué hacer ante una crisis epiléptica?

Ante una crisis epiléptica de cualquier tipo, lo más importante es **mantener la calma** y no perder de vista al paciente.

Las acciones específicas a llevar a cabo dependerán del tipo de crisis epiléptica.

Durante una crisis tónico-clónica se sugiere:

- Mantener la calma.
- No sujetar ni tratar de reanimar al paciente.
- Aunque pueda parecer que no, el paciente sí respira. No es necesario dar respiración artificial.
- **Proteger la cabeza para que no se golpee.**
- Ponerlo de costado para que respire mejor y elevar su cabeza para que la vía respiratoria quede libre.
- No tratar de abrir ni meter nada en la boca. **La lengua no se traga y las mordeduras no son graves.**
- No frotar las extremidades porque no ayuda en nada.
- No dar de beber agua ni suministrar medicamentos durante la crisis.



Si al término de la crisis el paciente cae en un sueño profundo, hay que dejarlo descansar hasta que se recupere. Sólo después de ello podrá colaborar con el paciente conversando y ayudándolo a trasladarse a su casa o trabajo.



En aquellas crisis focales con compromiso de consciencia, se sugiere:

Conducir a un lugar seguro a la persona, si comienza a desplazarse, y además, hacer lo posible por no interferir en sus movimientos.

Es necesario recordar que sus movimientos son involuntarios y que es posible que no escuche las instrucciones que le den.

En las **crisis de ausencia**, el paciente no necesita de ninguna intervención específica. Habitualmente, retoma su actividad como si nada hubiese ocurrido. Sólo en aquellos casos muy atípicos en que la persona queda confusa o con alteración conductual persistente luego de la crisis, es bueno contactar a su médico tratante o acudir a un servicio de urgencia, por si fuera necesario realizar algún examen o agregar algún medicamento al tratamiento del paciente.

Por otra parte, para colaborar con el tratamiento de la persona con epilepsia será preciso que el observador o testigo de la crisis registre algunos aspectos útiles para el neurólogo, como son: hora de inicio de la crisis, tiempo de duración, relato del desarrollo de la crisis, cómo se recuperó, cambios de comportamiento antes, durante o después de la crisis, y si éstas se repiten dentro de la misma hora del día o en circunstancias similares.

Se aconseja trasladar al paciente a un centro asistencial cuando:

- La crisis dura más de 5 minutos.
- Si se repite una crisis tras otra (estado convulsivo o estado epiléptico).
- Si la persona no recupera la consciencia después de 30 minutos de finalizada la crisis.
- Si se trata de la primera crisis convulsiva.
- Cuando la crisis es atípica (es decir diferente a otras que ya ha tenido).
- Si sufre una lesión traumática grave en el curso de la crisis.
- Si presenta vómitos persistentes, trastornos de la visión o cefalea importante después del descanso.
- Si se trata de una embarazada, una persona con diabetes, hipertensión, entre otros.

La gran mayoría de las crisis epilépticas son breves y autolimitadas y sólo requieren de medidas simples para brindar una atención segura al paciente.





*Infórmate, comparte,
sé parte.*



(@LigaEpilepsia)



*(Liga Chilena contra
la Epilepsia Oficial)*

www.ligaepilepsia.cl

contacto@liche.cl