



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 38 – ENERO DE 2011

## “¿CÓMO ACTUAR?”

AUTORÍA <b>INMACULADA NÚÑEZ GIL</b>
TEMÁTICA <b>EPILEPSIA</b>
ETAPA <b>EI, EP, ESO...</b>

### Resumen

En una clase nos podemos encontrar con un alumno/a con epilepsia que sufre algunas crisis y el profesor/a no sabe qué hacer. A través de este artículo trato de resolver este problema y estar informado/a para facilitar lo mejor posible la adaptación del niño/a al medio escolar, saber qué hacer, cómo actuar,...

### Palabras clave

- Epilepsia
- Síndrome de West
- Síndrome de Lennox- Gastaut

### 1. INTRODUCCIÓN

El encéfalo está formado por muchos miles de millones de células nerviosas, las neuronas. Cuya función consiste en enviar impulsos eléctricos, que pasan de una neurona a otra con la ayuda de mensajeros químicos, los neurotransmisores. Cuando el impulso eléctrico alcanza el extremo de una neurona se libera una sustancia química que desencadena una reacción en el área receptora, una sinapsis en la siguiente célula nerviosa. Esto permite que el impulso eléctrico viaje por esta célula hasta la siguiente.

De esta forma los impulsos eléctricos son transmitidos a lo largo de las innumerables cadenas neuronales halladas en el encéfalo. El resultado final de los mensajes de estos impulsos depende de las conexiones neuronales que participen. Por ejemplo: Si son impulsos provenientes del área del encéfalo responsable del lenguaje, el centro del lenguaje, el resultado es que podemos hablar.

El resultado final de la transmisión de impulsos neuronales determina qué función tenemos. La transmisión de impulsos continúa según un patrón, que asegura un resultado normal. La formación de



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 38 – ENERO DE 2011

millones de redes neuronales permite que el encéfalo controle las incontables funciones de las que es responsable.

Con frecuencia las neuronas envían impulsos en forma muy viva. Por lo tanto, el encéfalo tiene una amplia red ramificada de funciones de freno. De hecho, se ha probado que cada red neuronal individual puede tener un efecto estimulador o inhibidor. Ello se encuentra determinado por el neurotransmisor utilizado por la red individual. Algunos neurotransmisores tienen un efecto estimulador, como el glutamato, que aumenta la transmisión del impulso, mientras que los neurotransmisores inhibitorios, como el GABA (ácido gammaaminobutírico), intentan frenar una mayor transmisión de impulsos.

## **2. EL ENCÉFALO EPILÉPTICO.**

### **2.1. Definición**

Es importante destacar que la epilepsia no es una enfermedad sino un conjunto de síntomas que se manifiestan por crisis repetidas generadas en las células nerviosas.

La epilepsia puede ser resultado de muchas enfermedades diferentes en el encéfalo. La epilepsia no es contagiosa.

### **2.2. Epilepsia sintomática**

Podemos hallar la causa aproximadamente en el 30% de los casos de epilepsia. Este grupo se denomina epilepsia orgánica o sintomática. Las causas pueden ser traumatismo de cráneo, una malformación congénita del encéfalo, falta de oxígeno durante el nacimiento, un tumor encefálico, un accidente cerebrovascular, una hemorragia cerebral, alcoholismo o algún otro factor conocido como las secuelas de la encefalitis o la meningitis.

Las crisis epilépticas como resultado de algunas de estas causas a menudo comienzan en un grupo pequeño de células nerviosas que rodean el área afectada antes de extenderse a áreas más grandes del encéfalo. La aparición y el desarrollo de la crisis a menudo pueden conducir a la sospecha de epilepsia sintomática.

### **2.3. Epilepsia idiopática**

El 70% restante de las personas con epilepsia tienen la forma idiopática o desconocida. No se conoce la causa de este tipo de epilepsia pero se presume que se trata de cambios químicos más difusos en el encéfalo. Hasta ahora se desconoce la naturaleza de estos cambios.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 38 – ENERO DE 2011

La epilepsia es hereditaria en alrededor del 30% de los casos. Las crisis se originan en el área central del encéfalo en interacción con la corteza cerebral. Las crisis no se extienden lentamente sino que afectan de inmediato todo el encéfalo.

#### **2.4. Impulsos eléctricos del encéfalo**

Los impulsos eléctricos que se originan en las células nerviosas y se extienden por los axones, pueden ser registrados desde afuera de la cabeza por un aparato que amplifica los impulsos (electroencefalografía o EEG). Se utiliza para establecer el diagnóstico de epilepsia.

#### **2.5. Daño encefálico como resultado de crisis epilépticas**

Muchas crisis epilépticas dañan el encéfalo por sí solas. Ello se debe a los efectos posteriores de la crisis. Debido a las dificultades respiratorias e incluso al cese de la respiración durante las crisis, mientras el encéfalo y los músculos están consumiendo grandes cantidades de oxígeno al mismo tiempo, pueden perderse células nerviosas.

Otra causa de pérdida celular puede ser una concentración excesiva del neurotransmisor glutamato, que puede producir un desequilibrio en el balance de sal del encéfalo, y especialmente el calcio extra presente puede dañar las células muy activas. Durante una crisis el pulso se acelera como resultado de una frecuencia cardíaca más rápida, que también puede ser irregular, lo que afecta la función encefálica. Pueden producirse pequeñas hemorragias encefálicas como consecuencia de la presión elevada en los vasos sanguíneos que drenan la sangre del encéfalo. No sólo las crisis convulsivas dañan el encéfalo.

Nuevas investigaciones indican que la actividad eléctrica anómala que acompaña incluso a ataques menores puede conducir a la muerte celular. El resultado de este daño puede ser un encéfalo que funciona mal con todos los síntomas de una reducción de las facultades intelectuales. Esto se manifiesta por mala memoria, falta de concentración, mayor fatiga y tiempo de reacción más lento.

### **3. CRISIS EPILEPTICAS.**

Los diferentes tipos de crisis en personas epilépticas pueden clasificarse de muchas formas: por síntomas, por la causa de la epilepsia, por el área del encéfalo donde se originan las descargas eléctricas anómalas o por los cambios observados en el EEG. Es necesario clasificar las crisis epilépticas, dado que el tratamiento difiere según el tipo de crisis.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 38 – ENERO DE 2011

La clasificación internacional utilizada actualmente tiene en cuenta los síntomas observados durante una crisis y la localización de la actividad eléctrica anómala en el encéfalo.

### 3.1. Crisis generalizadas

Las descargas anómalas que generan crisis generalizadas se originan en la porción central del encéfalo y se extienden simultáneamente a toda la superficie, en una interacción entre la corteza cerebral y el centro del encéfalo. La persona que se encuentra en esta situación rara vez sabe que va a producirse una crisis. Las descargas eléctricas generalizadas en el encéfalo siempre conducen a pérdida de la conciencia.

#### Tipos de crisis generalizadas:

- **Convulsiones generalizadas:** La persona cae al suelo sin advertencia, a veces con un grito. La respiración se detiene y los brazos y las piernas se tornan rígidos (fase tónica), luego de lo cual la persona comienza a temblar y sacudirse (fase clónica). Después la persona yace quieta, a menudo con el rostro azul, hasta que la respiración normal se reanuda sola. La mayoría de las personas caen en un sueño profundo después de una crisis, por un período más breve o más prolongado.

Durante una crisis la persona puede largar espuma por la boca. Ello es causado por la formación de saliva y moco en la garganta. Si la persona se muerde la lengua durante la crisis, la mezcla resultante de espuma y sangre puede parecer muy dramática.

Algunas personas pueden perder el control vesical y rectal durante una crisis. Al despertar no tienen memoria de lo sucedido.

Las crisis pueden variar en duración, pero la mayor parte de ellas no duran más de 1-2 minutos. Una crisis parece muy dramática, pero debe recordarse que la persona está inconsciente y no siente dolor.

- **Ausencias:** Las ausencias, también conocidas como “pequeño mal” o crisis menores, ocurren en varios tipos de epilepsia infantil. La crisis se inicia sin advertencia y consiste en intervalos breves de pérdida de la conciencia durante los cuales el niño está temerariamente desconectado.

En casi todos los casos la crisis dura tan poco que se conserva la tensión muscular, o tono, y el niño no se cae. Durante la crisis es posible observar parpadeo, retroversión ocular, tracción o



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 38 – ENERO DE 2011

contracciones faciales, pero estos síntomas no son muy pronunciados. Las ausencias a veces pueden complicarse con convulsiones.

### 3.2. Crisis parciales

Las crisis parciales son causadas por descargas eléctricas anormales en un área localizada del encéfalo. Los síntomas observados durante este tipo de crisis dependen del área encefálica en la que se produce la actividad eléctrica anormal. Existen dos tipos de crisis parciales, crisis parciales simples y crisis parciales complejas.

#### **Tipos de crisis parciales:**

**-Crisis parciales simples:** Crisis causadas por descargas anormales localizadas que no afectan la conciencia. Pueden evolucionar a crisis parciales complejas si se altera la conciencia. Cuando las crisis comienzan en un área localizada del encéfalo la persona a menudo experimenta un aura: advertencia de que ha comenzado una crisis. El aura más habitual es una sensación poco característica en el cuerpo, que se origina en el estómago y llega a la cabeza, pero también puede comprender luz, sonido, olfato, gusto u otras sensaciones.

En algunas circunstancias las anomalías se originan en el área de la corteza cerebral que controla el movimiento de los músculos o el sentido del tacto o el dolor. Los síntomas dependen de que área afectada controle los movimientos del rostro, los brazos o las piernas de los denominados síntomas motores, que luego producen convulsiones. Si sólo resultan afectados los sentidos del tacto y el dolor, los síntomas consistirán en entumecimiento y parestesias (Sensación o conjunto de sensaciones anormales, y especialmente hormigueo, adormecimiento o ardor que experimentan en la piel ciertos enfermos del sistema nervioso o circulatorio.) en el área comprometida.

Las descargas eléctricas anormales también pueden producir síntomas muy diferentes. Es posible que durante la crisis se produzcan cambios, como por ejemplo:

En la percepción del tiempo (que parece transcurrir más rápido o más lento); en la percepción de la luz, el sonido y el espacio (las cosas bien conocidas adquieren formas grotescas); en la percepción de escala; en la percepción de las cosas o los ambientes bien conocidos, que pueden parecer extraños; cuadros de sueño similar a la vida; una sensación de vacío interior y ansiedad o regocijo pronunciados.

Cuando los sentidos cotidianos se distorsionan de esta forma es comprensible que las personas se sientan atemorizadas y relacionen sus síntomas con enfermedad mental.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 38 – ENERO DE 2011

Las crisis parciales pueden ocurrir a cualquier edad pero generalmente comienzan en la vida adulta.

- **Crisis parciales complejas:** Las crisis parciales complejas pueden definirse como crisis causadas por una descarga anormal localizada que conduce a una alteración de la conciencia. Las crisis parciales complejas pueden presentarse de dos formas. Las crisis parciales simples pueden evolucionar a crisis parciales complejas o la conciencia puede estar alterada desde el comienzo. En las crisis parciales complejas las descargas anormales están localizadas principalmente en los lóbulos temporales, de ahí el nombre de epilepsia del lóbulo temporal.

Durante las crisis aparece automatismo. El automatismo consiste en movimientos automáticos en los cuales las personas pueden tironear de sus vestimentas o manipular las cosas que las rodean. Es común observar chasqueo de los labios, masticación y sin propósito, denominados estereotipias.

Tanto en las crisis parciales simples como en las complejas las descargas eléctricas pueden extenderse a todo el encéfalo. Esto se denomina generalización secundaria y conduce a que la crisis termine con convulsiones generalizadas y pérdida del conocimiento, posiblemente precedido por una serie de síntomas de lento desarrollo.

#### 4. ESTADO DE MAL EPILEPTICO.

El estado de mal epiléptico es un estado en el cual una crisis sigue a la otra sin que la persona recupere la conciencia entre las crisis. El estado de mal epiléptico con crisis generalizadas es cuestión de vida o muerte y es una de las pocas situaciones realmente graves para una persona epiléptica. Se necesita hospitalización inmediata y tratamiento para evitar las complicaciones, que consisten en la pérdida de gran número de células nerviosas y falta de oxígeno en el encéfalo, lo que ocasiona un edema que reduce aun más su irrigación. También existe el riesgo de una función renal reducida.

El estado de mal epiléptico es un trastorno raro y es poco habitual que la epilepsia comience de este modo. Las causas más comunes consisten en mal tratamiento de una epilepsia ya conocida, una transición demasiado rápida de un fármaco a otro o, en algunos casos, las personas que olvidan ingerir su medicación.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 38 – ENERO DE 2011

## 5. FACTORES DESENCADENANTES DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS.

Aunque un 80% de las crisis epilépticas aparecen de manera fortuita, se sabe que 20 de 100 casos son debidos a diferentes factores pero se desconoce el desencadenante; el mecanismo neurofisiológico que desencadenan las crisis.

Algunas de estas crisis dependen de un factor cíclico, siendo las más características las vinculadas a factores fisiológicos, como por ejemplo en el caso de las epilepsias del adormecimiento, del sueño profundo y sobre todo del despertar. Merece una mención destacada el cuadro de epilepsia benigna del niño o también llamada epilepsia de puntos que aparece con frecuencia en el adormecimiento, durante el sueño nocturno o la siesta.

A estas crisis hay que añadir las que se `presentan ligadas a ciertos momentos del ciclo menstrual, apareciendo por lo general en los días que preceden a la menstruación o incluso durante el momento de la ovulación. Así mismo, pueden incluirse dentro de este grupo las epilepsias que aparecen en determinadas épocas de la vida hormonal: pubertad, postparto, menopausia, etc.

Se considera que las crisis febriles se deben, fundamentalmente, a la actuación directa de la fiebre sobre un cerebro especialmente sensible a ella y generalmente predispuesto. La mayoría de las crisis suelen aparecer en las primeras horas de la elevación térmica; su duración es muy breve (apenas 15 min.). Éstas tienen un buen pronóstico y la curación alcanza un 95% de los casos. En ausencia de tratamiento adecuado, algunos niños sufren dos episodios; mientras que más del 50% de los casos solo presentan una crisis aislada.

Para concluir, decir que se debe tener en cuenta que en algunos casos únicamente se produce una o dos crisis febriles a los largo de la vida pero que también existe un porcentaje mínimo que posteriormente puede desarrollar crisis epilépticas no febriles, unido a otro porcentaje mínimo de la población infantil que tampoco ha sufrido previamente crisis febriles.

## 6. SÍNDROME DE WEST





ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 38 – ENERO DE 2011

El síndrome de West o encefalopatía epiléptica es un cuadro convulsivo que produce deterioro psicomotriz. En 1841 fue el Dr. West quien en su propio hijo detecta los espasmos, también se lo conoce como: *tic de salaam*, espasmos en flexión, espasmos masivos, lightingspells, etc.

La crisis o espasmos aparecen en los lactantes asociándose a alteraciones específicas en el EEG "hipsarritmia" (trazado irregular con puntas y ondas lentas), apareciendo entre los 2 ó 3 meses de vida (West primario) y 7 u 8 meses (West secundario). El primero es de mejor pronóstico. Y otros tardíos a los 2 años de edad. La hipsarritmia se pone de manifiesto dentro de las primeras semanas posteriores a la aparición de los espasmos infantiles en la mayoría de aquellos a los que se les hace un estudio de seguimiento.

El síndrome de West es una epilepsia que aparece en los niños pequeños (lactantes) y se diagnostica por tres características:

- Los niños presentan espasmos en los brazos y tronco (espasmos infantiles)
- Se produce en la mayoría de ellos una regresión intelectual y del desarrollo motor
- En el electroencefalograma aparece un patrón típico (llamado hipsarritmia)

Por desgracia los niños con espasmos infantiles tienen un mal pronóstico ya que muchos de ellos presentan crisis no controladas durante años y retraso mental. La incidencia que tiene hace que afecte a 1 de cada 6.000 niños aproximadamente.

**Diagnóstico:** para la confirmación del diagnóstico es esencial el EEG. En el primer examen se registra un patrón hipsarritmico en las dos terceras partes o más. El resto presentan descargas epileptiformes locales o, más rara cada vez, un registro normal.

**Fisiopatología y etiología:** los espasmos infantiles constituyen una reacción inespecífica de la corteza cerebral inmadura a una lesión o las alteraciones del crecimiento y desarrollo. Pueden aparecer después de una anoxia cerebral (especialmente después de una asfixia neonatal), un traumatismo, o una lesión cerebral causadas por meningitis o infecciones intrauterinas. También pueden ser debidas a una alteración del metabolismo de las neuronas inmaduras.

**¿Cómo se detecta?** Los espasmos en flexión son contracciones breves, masivas, simétricas predominando la flexión de cabeza y tronco, donde sus miembros superiores se desplazan hacia delante y atrás flexionando sus muslos sobre el abdomen, las salvas o series se repiten unas tras otras variando entre 2 ó 3 a 50 o más.





ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 38 – ENERO DE 2011

Hay crisis más breves (sacudidas mioclónicas) las arales suelen confundirse con una reacción de sobresalto como el reflejo de Moro. Algunas flexiones son en forma brusca de cabeza sin compromiso del resto de la musculatura y en ocasiones se detectan lateralizaciones.

**Manifestaciones clínicas:** el desarrollo puede haber evolucionado normalmente hasta la aparición de las crisis, o pueden haberse producido un retraso temprano del mismo. Es frecuente el retroceso de aquellos niños que inicialmente evolucionan con normalidad. A menudo se encuentra una menor agudeza visual, pudiéndose pensar en una ceguera se debida a alteraciones oculares. Sin embargo, el fondo del ojo y las reacciones pupilares a la luz son normales lo que indica que la ceguera se debe a una disfunción de las vías visuales en el ámbito central o en la corteza visual.

**Tratamiento:** en la actualidad hay varios métodos de tratamiento:

- Fármacos: los cuatro fármacos más utilizados son la vigabatrina, el ácido valproico, al ACTH y la prednisona. Además, inicialmente se administra piridocina intravenosa (que es una vitamina) para descartar la posibilidad de crisis por falta de esta vitamina. Hoy en día, en Europa, lavigabatrina es de primera elección para el tratamiento de esta enfermedad, ya que tiene menos toxicidad que otros medicamentos y se asocia a un menor número de recaídas. El ácido valproico, ACTH o prednisona son de segunda elección y, probablemente de similar eficacia. También con frecuencia se asocia el tratamiento con benzodiazepinas (diacepam, nitrazepam y clonacepam).
- Dieta cetógena: indicada para aquellos niños ya más mayores (habitualmente mayores de dos años). La dieta es muy estricta y a base de grasas. Ofrece buenos resultados en la mitad de los niños que la toman.
- Cirugía: se ofrece a aquellos niños en los que hay una lesión evidente en el cerebro (habitualmente una malformación) y en los que se comprueba que la lesión es la que produce la enfermedad. Para ver si el niño es candidato a cirugía se necesitan hacer múltiples pruebas: una buena resonancia magnética, un registro con videoencefalograma prolongado (unos días) y en algunos casos un PET

## 7. SÍNDROME DE LENNOX – GASTAUT

Es una enfermedad específica de la edad que se caracteriza por convulsiones epilépticas, un electroencefalograma característico (EEG → prueba que mide los impulsos nerviosos en el encéfalo), retraso psicomotor, y trastornos de personalidad. Supone entre el 5 y el 10% de los desórdenes



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 38 – ENERO DE 2011

convulsivos de la infancia y es algo más frecuente en los varones. Se inicia generalmente entre los 3 y los 5 años de edad, aunque puede ocurrir hasta los 8 años de edad. Solo entre el 2 al 4% de los casos hay historia familiar de epilepsia. En el 30% de los casos, el síndrome de Lennox – Gastaut es de etiología desconocida, es decir, no había previamente historia de desórdenes convulsivos. En el 60% de los casos, previamente se han observado problemas neurológicos perinatales o postnatales incluyendo el síndrome de West. Los más usuales son asfixia perinatal, encefalitis, meningitis, trauma durante el parto, tumores, malformaciones congénitas, toxoplasmosis (enfermedad producida por protozoos del género toxoplasma que, contraída durante la gestación puede producir anomalías).

El lenguaje se ve afectado por la lentitud en las ideas y la expresión, además de dificultades en la función motora. Casi siempre se presentan trastornos conductuales graves como por ejemplo hiperactividad, agresividad y tendencias autistas; todo eso sumado a trastornos de personalidad. Existe también una tendencia al desarrollo de psicosis con el tiempo. El pronóstico a largo plazo es malo, aunque la epilepsia a veces mejora es raro que desaparezcan las convulsiones y de esta manera, los trastornos mentales y psiquiátricos tienden a empeorar con el tiempo.

## Síntomas

La manifestación inicial suele tener lugar muy pronto en la infancia y consiste en atonía del cuello (caída de la cabeza). Las crisis que caracterizan al síndrome son de tres tipos:

- **Crisis tónicas:** Son de corta duración, tipo axial o axorrizomiélica, que provoque rigidez de la musculatura cervical posterior, elevación de los hombros, apertura de los ojos y de la boca y apnea. Las crisis tónicas pueden ser también globales, que provocan la caída al suelo del paciente. Estas crisis son más frecuentes durante la vigilia que normalmente pasan desapercibidas. Se observa hasta en el 70 – 90 % de los pacientes.
- **Crisis atónicas:** Estas crisis aparecen de forma súbita con un claro predominio durante las primeras horas de la mañana. Se caracterizan por pérdida brusca del tono muscular global con caída al suelo. En algunos casos solo existe una flexión de las piernas o de los músculos de la nuca, que produce caída de la cabeza hacia delante. La conciencia no suele afectarse durante la crisis, se altera solo brevemente y se recupera con rapidez en un 50% de los sujetos se observan ausencias atípicas, mientras que las convulsiones generalizadas se presentan en el 60 – 70% de los casos.

En general las ausencias atípicas son de corta duración y pueden ser muy frecuentes. Su comienzo es menos brusco con menos afectación de la conciencia. Se puede asociar a fenómenos motores (flojedad de las rodillas, caída de la cabeza) y a automatismos (verbales, gestuales y de ambulatorios).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 38 – ENERO DE 2011

- **Crisis asociadas:** A lo largo de la evolución pueden asociarse otros tipos de crisis, tales como crisis parciales, crisis tónicos – clónicas generalizadas y mioclónicas.

### Tratamiento

Aproximadamente el 5% de los pacientes con síndrome de Lennox – Gastaut muere por este síndrome o por los problemas asociados al mismo en unos 10 años desde el comienzo. A menudo, el desorden se prolonga durante la adolescencia y la edad adulta causando múltiples problemas emocionales y discapacidades en casi todos los pacientes. Los sujetos muestran dificultades de aprendizaje, pérdida de memoria y alteraciones de los movimientos. El 50% de los que llegan a la edad adulta son totalmente discapacitados y tan solo el 17% pueden valerse por sí mismo.

El tratamiento es muy difícil siendo este síndrome a la terapia convencional. Los fármacos de primera elección son el valproato y las lenzodiazepinas (clonazepan, nitrazepam y cloliazam), y se deben elegir en función de los tipos de crisis más frecuentes. Algunos pacientes responden a un tratamiento corto con ACTH o dizametos, pero las recaídas suelen ser muy frecuentes.

Por regla general, dos o más anticonvulsionantes. El felbamato monoterapia ha mostrado ser selectivamente efectivos con reducciones del 34% de las crisis atónicas, 19% de las frecuencias de todas las crisis y una mejora de la situación en general. El topiramato también parece ser eficaz en el síndrome de Lennox – Gastaut, reduciendo las crisis hasta en un 50%.

La prognosis es mala para los pacientes con síndromes de Lennox – Gastaut. Cerca del 80% continúan con crisis cuando llegan a la vida adulta y los dos tercios son resistentes a la terapia convencional. Muchos de ellos son retrasados mentales y también es frecuente la presencia de un deterioro neurológico progresivo.

Los siguientes factores han sido asociados a una mala prognosis:

- Síndrome de West anterior al de Lennox – Gastaut
- Inicio del desorden antes de los 3 años de edad
- Crisis muy frecuentes
- Status epilépticos frecuentes
- EEG con fondo lento y persistente.

### 8. TRATAMIENTO.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 38 – ENERO DE 2011

- **De tipo médico:** Vamos a enumerar normas generales para sentar las bases de la utilidad del tratamiento medicamentoso.

En principios se debe establecer el tratamiento en todos los casos por los diferentes motivos:

- La eficacia de los medicamentos antiepilépticos está ampliamente demostrada. por otra parte, si existe una reaparición, a veces espectacular de esta crisis, se interrumpe el tratamiento permanentemente.
- Los medicamentos epilépticos constituyen la única forma de protección del paciente de las crisis.
- En los niños/as pequeños/as, y sobre todo en los lactantes, en muchas ocasiones la instauración de la terapéutica constituye un procedimiento de urgencia, ya que una nueva crisis puede comportar riesgos y secuelas de gran alcance. De todas maneras la decisión terapéutica debe guardar proporción con la importancia de los trastornos, ya que los medicamentos, aunque eficaces no están desprovistos de efectos indeseables, siendo mucho más fácil instaurar un tratamiento que lo suspenda. Se valora cuidadosamente la instauración de un tratamiento en pacientes con crisis muy espaciadas, especialmente si proceden desencadenadas por un factor extrínseco conocido, como la falta de sueño, ingestión de alcohol, etc.

Es necesario, sin embargo, instaurar un tratamiento antiepiléptico ante crisis frecuentes o con consecuencias graves de orden médico, psicológico, social, etc.

El tratamiento sintomático-medicamentoso ha de reservarse para los casos en los que los diagnósticos de epilepsia estén establecidos firmemente. Ante una crisis epiléptica con alteraciones electroencefalográficas evidentes, debe establecerse sistemáticamente un tratamiento, pudiendo diferirse ante una primera crisis de naturaleza accidental o ante una crisis poco preocupante como puede ser una epilepsia benigna de paroxismos rolándicos, aunque casi siempre es conveniente explicar al paciente o a la familia el riesgo de una posible recaída.

El diagnóstico de epilepsia y consecuentemente la instauración del tratamiento suelen estar cargados de dramatismo. Es importante que el médico explique la afección, instaure un diálogo, se interese por los problemas escolares, afectivos e incluso considere de importancia un tratamiento psicoterapéutico en algunas ocasiones. Solo debe pronunciarse la palabra EPILEPSIA cuando se tiene la certeza en el diagnóstico y en condiciones favorables del ambiente. Es necesario tratar de restar dramatismo a la situación. Es fundamental que el médico exprese su confianza en la curación del paciente, asegurándole que el tratamiento de las medidas higiénico-dietéticas, en especial en la regulación del sueño y la abstinencia de alcohol acompañando la terapéutica-medicamentosa.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 38 – ENERO DE 2011

La mayoría de las epilepsias (del 80 al 90%) de los epilépticos pueden realizar una vida absolutamente normal, habiendo sido contraindicado algunas prácticas deportivas, otras pueden ser incluso aconsejables, ya que impiden la excesiva dependencia familiar. Un exceso de protección es perjudicial para estos pacientes, dando a veces lugar a un rechazo por parte de los demás. La actitud del médico y la colaboración del paciente favorecen la integración del epiléptico en su medio de vida.

El control clínico de un epiléptico sometido a tratamiento médico continuado no debe nunca dudar olvidar los posibles efectos secundarios de la medicación, además de los problemas de orden afectivos que pueden presentar los pacientes o su familia. El médico debe dedicar inicialmente el tiempo explicándoles la importancia de todas las normas terapéuticas, compensa en muchas ocasiones el tiempo perdido en ellos por la mejora de los resultados obtenidos.

Finalmente parece obligado insistir, de nuevo, en que la epilepsia no es una enfermedad, al menos en un elevado número de casos, pudiendo presentar estos pacientes un rendimiento escolar, laboral e incluso artístico excelente. Podemos citar una amplia lista de personajes relevantes en las distintas órdenes de la vida, como: Sócrates, Julio César, Van Gogh, Lord Byron, cuya trayectoria vital demuestra que la epilepsia que padecieron no impidió en ningún grado la expresión de una personalidad no sólo brillante sino genial en muchos casos.

- **De tipo socio – pedagógico:** después de lo expuesto anteriormente hasta aquí, parece claro que el niño epiléptico no debe ser segregado de la escuela ordinaria. Con tal de que su tratamiento esté correctamente controlado y con tal de que el profesorado conozca mínimamente algunas normas elementales, su rendimiento escolar será semejante al del resto de los alumnos si no está afectado de otros trastornos asociados (cosa que suele ocurrir con cierta frecuencia). Entre esas normas las más indispensables para el profesorado son estas:

MANTENER LA CALMA, sobre todo teniendo en cuenta que el sujeto afectado no siente dolor, no está sufriendo y no está en peligro.

NO TEMER la convivencia con un alumno al que le dan ataques epilépticos, ya que no son contagiosos. Las conductas ansiosas del profesorado ante el niño epiléptico las trasmite al resto de los alumnos.

NO INTENTAR DETENER EL ATAQUE una vez ha empezado, olvidando todo intento para “revivir” al paciente. Lo correcto es dejar que el ataque siga su curso normal, que generalmente, termina en unos pocos minutos.



**ISSN 1988-6047    DEP. LEGAL: GR 2922/2007    Nº 38 – ENERO DE 2011**

ACOMODAR AL ALUMNO en el suelo, AFLOJANDO LA ROPA que puedan oprimirle pero son que ello pueda cohibir los movimientos del paciente.

PONER DE LADO LA CABEZA DEL ALUMNO/A afectado por el ataque para facilitar así el flujo de la saliva asegurando que no se le impide respirar. Para ellos puede ser útil colocar un abrigo o un cojín como si fuera una almohada debajo de su cabeza.

NO INTENTAR ABRIR FORZADAMENTE LA MANDÍBULA, evitando la introducción de objetos entre los dientes por la fuerza, ni tampoco los dedos.

NO OFRECER BEBIDA ALGUNA DURANTE LA CRISIS EPILÉPTICA.

ACOMPañAR A LA PERSONA HASTA QUE HAYA CESADO TODO MOVIMIENTO, estando a la expectativa hasta que haya recobrado plenamente la conciencia y el pleno uso de sus sentidos. Una vez que haya recobrado la conciencia, es aconsejable dejarlo recostado unos minutos hasta que pueda hablar normalmente. Incluso si después de haber recobrado la conciencia, la persona se siente cansada, es necesario dejarla descansar hasta que nuevamente pueda reiniciar sus actividades escolares.

NO PLANTEAR ANTE EL RESTO DE LOS ALUMNOS NINGUNA CONDUCTA DE TEMOR HISTÉRICO (el profesorado puede contagiarlo a los alumnos) cuando la persona que tiene el ataque parezca que ha perdido la respiración por unos momentos, o que respire con dificultad. Debe quedar claro que esto es un estado pasajero.

OBSERVAR CUIDADOSAMENTE LOS DETALLES DEL ATAQUE para poder informar posteriormente a la familia o al médico. Si el ataque ha sido el primero, los detalles de la información son mucho más importantes a la hora de informad a la familia o al médico.

Puede ser muy útil, tanto para el comportamiento del resto del alumnado con respecto al alumno/a afectado, como para la integración del mismo en el grupo de compañeros. INFORMAR A LA CLASE (como otra lección cualquiera) ACERCA DE LA EPILEPSIA. Si el profesor o la profesora no se siente capacitado para ello, debe pedir colaboración de los servicios de sanidad escolar.

## **9. CONSEJOS PRÁCTICOS.**



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 38 – ENERO DE 2011

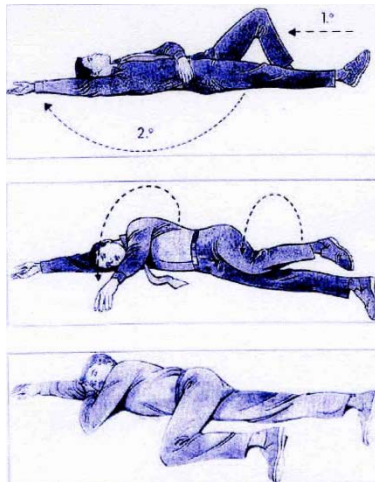
## - ACTUACIÓN ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA

Durante una convulsión lo más recomendable es:

- Proporcionar intimidad
- Mantener la calma y tranquilizarle si está consciente
- No abandonar al paciente nunca durante una crisis epiléptica
- Tenderle en el suelo con cuidado, si hay tiempo suficiente
- Retirar aquellos elementos con el que el paciente se pueda golpear o herir
- Proteger la cabeza durante la crisis para evitar lesiones por golpes contra superficies duras
- Aflojar la ropa que oprima, para favorecer la respiración
- No moverle ni sujetarle durante la crisis porque sus contracciones musculares son potentes y podría romperse un hueso al oponernos a su fuerza o movimiento.
- Retirar la dentadura postiza para tener acceso a la cavidad bucal si fuese necesario.
- Observar la crisis:
  - Aparición y duración
  - Hechos que precedieron a la crisis (estímulo visual, auditivo,...)
  - Parte del cuerpo por la que empezó la crisis
  - Ojos abiertos o cerrados, pupilas...
  - Partes del cuerpo implicadas y tipo de movimiento
  - Incontinencia urinaria o fecal
  - Pérdida de la conciencia
  - Después de la crisis: capacidad de hablar, dormido o adormilado...

## - POSICIÓN DE SEGURIDAD





#### - DESPUÉS DE LA CONVULSIÓN

- Cuando recupere la conciencia hay que tranquilizarle y orientarle
- Si repite crisis sin recuperar la conciencia evacuarlo al hospital

## 10. CONCLUSIÓN

Es muy importante que los maestros/as y todo el personal del centro conozcan que hay un alumno/a con epilepsia y estén informados de cómo reconocer un ataque y cómo actuar.

Escuela y familia deben trabajar siempre juntas para así poder facilitar una mayor adaptación del niño/a al medio escolar.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

- Ma Ángeles Cid López, Tomo 3 “Enciclopedia temática de la educación especial”
- Duna, D. W. y Epsten, L.G. (1990) Tomando decisiones en neurología infantil. ED. Temis
- O’ Donohce, N.V. (1984) Epilepsia en la infancia. ED. Doyma



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 38 – ENERO DE 2011

- Porters, J. (1986) Epilepsia, 100 principios básicos. ED. Interamericana

- [www.sindromedewest.org](http://www.sindromedewest.org) // Fundación Síndrome de West.

- [www.iqb.es](http://www.iqb.es) // Síndrome de Lennox- Gastaut

#### Autoría

---

- Nombre y Apellidos: Inmaculada Núñez Gil
- Centro, localidad, provincia: Cortes de la Frontera, Málaga
- E-mail: [Inmangil@hotmail.com](mailto:Inmangil@hotmail.com)