

4. ANTICONVULSIVANTES Y CONDUCCIÓN

4. ANTICONVULSIVANTES Y CONDUCCIÓN

El conductor epiléptico tiene un riesgo potencial de accidente, por la posibilidad de pérdida de conciencia y por los efectos secundarios de la medicación.

El tratamiento tradicional está basado en el uso de medicamentos anticonvulsivantes, que reducen la actividad epiléptica de las células nerviosas y disminuyen o suprimen las descargas epilépticas causantes de las crisis. Esto se consigue en un 65-75% de los casos.

Los medicamentos tienen como finalidad suprimir las crisis y asegurar al enfermo las condiciones de una vida social tan próxima a la normalidad como sea posible.

La persona que padece epilepsia necesita tratamiento preventivo a largo plazo, cuya duración puede oscilar entre un par de años en los casos de mejor pronóstico y toda la vida en muchos de ellos.

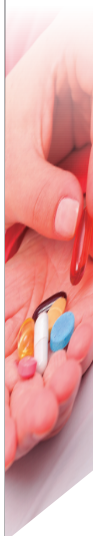
Por eso, las medidas generales se basan en hacer al paciente conocedor de su enfermedad para que cumpla el tratamiento, no beba alcohol y pueda desarrollar una vida normal con precauciones.

La mayoría de los pacientes con epilepsia son normales entre las crisis, a pesar del uso de medicamentos anticonvulsivantes que pueden reducir su nivel de alerta.

El medicamento indicado variará dependiendo del tipo de epilepsia, facilidad en el control de la misma y sensibilidad y tolerancia del paciente al fármaco.

REACCIONES ADVERSAS DE LOS FÁRMACOS MÁS UTILIZADOS

- ▶ *Fenitoína*: puede provocar ataxia, incoordinación, confusión, osteomalacia y exantema.
- ▶ *Carbamacepina*: puede producir ataxia, inestabilidad, diplopía, vértigo, irritación gastrointestinal, hepatotoxicidad y supresión de la médula ósea.
- ▶ *Fenobarbital*: puede provocar ataxia, confusión, sedación, inestabilidad, depresión y exantema.
- ▶ *Primidona*: puede provocar ataxia, confusión, sedación, inestabilidad, depresión y exantema.
- ▶ *Valproato sódico*: puede producir ataxia, sedación, temblor, hepatotoxicidad, supresión de la médula ósea e irritación gastrointestinal.
- ▶ *Etoxisimida*: puede provocar ataxia, letargo, irritación gastrointestinal, exantema cutáneo y supresión de la médula ósea.
- ▶ *Clonazepam*: puede provocar ataxia, sedación, letargo y anorexia. Puede precipitar estado de ausencia si se administra con ácido valproico.
- ▶ *Trimetadiona*: puede producir visión borrosa, sedación, erupción cutánea, supresión de la médula ósea, nefrosis y hepatitis.
- ▶ *Felbamato*: puede producir insomnio, cefalea, inestabilidad, irritación gastrointestinal, náuseas y anorexia.
- ▶ *Lamotrigina*: puede producir cefalea, ataxia, inestabilidad, diplopía, exantema y náuseas.
- ▶ *Gabapentina*: puede originar inestabilidad, somnolencia, ataxia, e irritación gastrointestinal. No presenta interacciones farmacológicas.



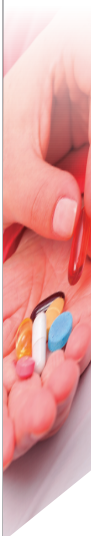
4. ANTICONVULSIVANTES Y CONDUCCIÓN

PRECAUCIONES PARA EL CONDUCTOR CON ANTECEDENTES DE CRISIS CONVULSIVAS

- ▶ Evitar la conducción nocturna.
- ▶ Descansar suficientemente antes de realizar un viaje.
- ▶ Ante los primeros síntomas de descompensación, detener el vehículo en lugar seguro y retirar el contacto.
- ▶ Evitar los periodos prolongados de conducción sin descansos.
- ▶ Mantener un ritmo de sueño constante.
- ▶ Aprender todo lo posible sobre su enfermedad.
- ▶ Conocer los efectos secundarios de sus medicamentos, y también el deterioro que los medicamentos prescritos producen sobre la capacidad de conducción.
- ▶ Aprender a evitar las situaciones desencadenantes.
- ▶ Evitar conducir en la primera semana de un nuevo tratamiento o tras un incremento de la dosis.
- ▶ No suspender bruscamente el tratamiento.
- ▶ No ocultar las crisis a sus médicos, pues puede derivar en tratamientos inadecuados, lo que aumentaría el riesgo de padecer nuevos ataques y tener un accidente.
- ▶ Preguntar siempre a su médico (neurólogo) si puede conducir.
- ▶ Saber que el control y el consejo de familiares y amigos pueden prevenir los accidentes.
- ▶ Nunca suspender el tratamiento por cuenta propia.

Consejo sobre anticomvulsionantes

- ▶ Después de 3 a 5 años sin convulsiones la recidiva en los primeros 2 o 3 años es del 3-5%, descendiendo hasta el 0,5% después de 10 o más años.
- ▶ Incluso con una terapia óptima de medicación, más del 30% de los pacientes con epilepsia continúan sufriendo ataques.
- ▶ Se aconseja al paciente que no conduzca hasta que la enfermedad se estabilice, y posteriormente debe ser consciente de los efectos adversos de su medicación, que le pueden reducir la capacidad de conducción.
- ▶ La función del médico es controlar las características individuales de la epilepsia, conseguir del paciente la continuidad indispensable del tratamiento y aconsejar al epiléptico en su adaptación a la vida profesional y social, teniendo la conducción un protagonismo principal.
- ▶ En muchos de estos casos no se identifica un aura previa a la crisis y es habitual que exista un periodo amnésico tras la misma. Estos hechos dificultan mucho la prevención de las crisis durante la conducción.
- ▶ Si el paciente lleva un año sin convulsiones o pérdida de conciencia, podrá conducir, siempre que la enfermedad de base, la medicación y su médico se lo permitan.
- ▶ Los fármacos anticonvulsivantes pueden producir efectos secundarios como somnolencia, ataxia, nistagmo, náuseas, alteraciones visuales y cefalea, que debe conocer el conductor por su interferencia en la conducción.
- ▶ Con informe favorable del neurólogo en el que conste el diagnóstico, el cumplimiento del tratamiento, la frecuencia de las crisis y la medicación sin efectos secundarios para la conducción, el paciente puede prorrogar el permiso de conducir en los periodos que marca la ley.
- ▶ Si al conducir el paciente nota síntomas de pródromos epiléptico, debe parar inmediatamente y pedir ayuda.



4. ANTICONVULSIVANTES Y CONDUCCIÓN

- ▶ Es conveniente que estos conductores lleven el informe médico en lugar visible dentro del vehículo para que puedan ser correctamente atendidos, y que también transporten su medicación de urgencia en lugar accesible.
- ▶ Todos los pacientes epilépticos que a pesar del tratamiento puedan tener riesgo de pérdida de conciencia no pueden conducir.
- ▶ El paciente con sacudidas mioclónicas que pudiera afectar a la seguridad de la conducción necesitará un periodo mínimo de 3 meses sin sacudidas e informe favorable del neurólogo.
- ▶ En el caso de antecedente de trastorno convulsivo único no filiado o secundario a medicamentos, drogas o posquirúrgico, se debe acreditar un periodo de 6 meses libre de crisis con informe neurológico.
- ▶ Se desaconseja la conducción a los pacientes epilépticos, durante los cambios de tratamiento o si no lo cumplen correctamente.

