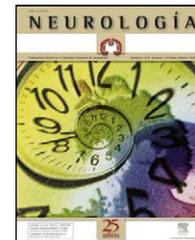




NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



REVISIÓN

FEEN: Informe sociosantario FEEN sobre la epilepsia en España

R. García-Ramos^{a,e,*}, A. García Pastor^{b,e}, J. Masjuan^{c,e}, C. Sánchez^{d,e} y A. Gil^{b,e}

^a Servicio Neurología, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio Neurología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^c Servicio Neurología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^d Servicio de Neurología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^e Comité ejecutivo, Fundación del Cerebro, Fundación Española de Enfermedades Neurológicas (FEEN), San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

Recibido el 25 de marzo de 2011; aceptado el 31 de marzo de 2011

Accesible en línea el 14 de julio de 2011

PALABRAS CLAVE

Epilepsia;
Coste;
Discapacidad;
Epidemiología;
Mortalidad;
España

Resumen

Introducción: La epilepsia es una enfermedad muy prevalente en España. Existe un gran vacío de información sobre los datos epidemiológicos reales de esta enfermedad así como la repercusión que esta enfermedad produce sobre el paciente. El objetivo de la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas con este informe es recoger los datos epidemiológicos, de morbi-mortalidad y coste que de esta enfermedad existen en nuestro país.

Desarrollo: Se ha realizado una búsqueda en Medline sobre lo publicado hasta 2010 y una revisión de los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística. En España hay alrededor de 400.000 pacientes con epilepsia. Aproximadamente el 5-10% de la población experimentará una crisis a lo largo de su vida y hasta un 20% de éstos tendrán crisis recurrentes. Los ingresos hospitalarios por epilepsia suponen 35 pacientes por cada 100.000 enfermos dados de alta en un hospital. Un paciente epiléptico tiene dos o tres veces más riesgo de morir que un no epiléptico. El total del coste medio de recursos anual de un paciente farmacorresistente en España es de 6.935 euros. El coste total de la epilepsia prevalente según datos del 2000 puede suponer alrededor del 5% del presupuesto total de Sanidad.

Conclusiones: La epilepsia supone un gran impacto socio-sanitario en la población española. La promoción de registros sobre enfermedades y su repercusión sobre los pacientes debe ser una iniciativa que debe propulsarse desde las sociedades científicas y de pacientes.

© 2011 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: garciamosg@yahoo.es (R. García-Ramos).

KEYWORDS

Epilepsy;
 Cost;
 Disability;
 Epidemiology;
 Mortality;
 Spain

Feen report on epilepsy in Spain**Abstract**

Introduction: Epilepsy is a very common disease in Spain. There is a great lack of information on real epidemiological data and the patient impact of this disease. The objective of the Spanish Foundation for Neurological Diseases (FEEN) report is to collect epidemiological data, morbidity, mortality and costs of this disease in Spain.

Development: A search was carried out in Medline on publications up to 2010, as well as a review of data published by the Spanish National Statistics Institute (INE). There are about 400,000 patients with epilepsy in Spain. Approximately 5 -10% of the population will experience a seizure in their lifetime, and up to 20% of these will have recurrent seizures. Using hospital discharge report data, hospital admissions for epilepsy are around 35 patients per 100,000 patients. Mortality risk in epileptic patients is two or three times higher than in non-epileptics. The mean total annual cost of drug resistant epilepsy patient in Spain is 6,935 euros. The total cost of epilepsy according to data from the year 2000 could be around 5% of the total health budget.

Conclusions: It is very important to maintain disease registers. This initiative should be encouraged by the patient associations and scientific societies. This report confirms that epilepsy has a great social and health impact on the population.

© 2011 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La epilepsia ha sido uno de los primeros trastornos descritos en la historia de la neurología. Ya mencionada por primera vez en la antigua Babilonia hace más de 3.000 años, no fue hasta en el año 400 a.C. en que Hipócrates señaló que la epilepsia era un trastorno del cerebro. La palabra epilepsia es de origen griego y quiere decir «ataque». El extraño comportamiento causado por algunos tipos de crisis convulsivas ha generado a través de la historia muchas supersticiones y prejuicios. Son muchos los personajes importantes en la historia que han padecido epilepsia, los más conocidos son el escritor ruso Dostoievski, el filósofo Sócrates, el general del ejército Napoleón y el inventor de la dinamita, Alfred Nobel. Incluso medallistas olímpicos y otros atletas también han tenido y tienen epilepsia¹.

Una crisis epiléptica es una alteración brusca y transitoria causada por una actividad anormal de las neuronas que puede causar sensaciones, emociones y comportamientos extraños, espasmos musculares y pérdida del conocimiento. La epilepsia consiste en una predisposición a presentar crisis epilépticas repetidas. Se dice que una persona tiene epilepsia cuando ha tenido dos o más crisis epilépticas. Existen dos tipos fundamentales de crisis epilépticas: las crisis generalizadas y las crisis parciales o focales. En las crisis generalizadas, la descarga epiléptica afecta al mismo tiempo a toda la superficie del cerebro y en las crisis parciales o focales la descarga epiléptica comienza en una parte del cerebro².

Con frecuencia se habla de los estigmas que existen sobre los epilépticos, pero hoy día debido a la información de la sociedad, la actitud en torno a esta enfermedad está cambiando.

Con el objetivo de aportar más datos sobre la epidemiología y la discapacidad que genera esta enfermedad se ha elaborado este informe desde la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas para dar a conocer no sólo los

datos existentes publicados, sino la carencia de información de la que disponemos, principalmente en lo referente a la discapacidad que crea esta enfermedad.

Desarrollo**Epidemiología de la epilepsia**

La prevalencia de epilepsia activa varía ampliamente entre 2,7 y 40 por 1.000, aunque la mayoría de los estudios la sitúan en torno a 8/1.000 habitantes (supondría aproximadamente 360.000 casos en España).

La incidencia anual de epilepsia es de 31 a 57/100.000 (entre 12.400 y 22.000 casos nuevos cada año en España), siendo esta incidencia superior en niños entre 6 y 14 años (incidencia de 3,7/1.000 habitantes), adolescentes y ancianos (en las edades por encima de 60 años la incidencia se sitúa 134/100.000 habitantes). La incidencia acumulada de epilepsia hasta la edad de 80 años alcanza el 3%. Aproximadamente el 5-10% de la población experimentará una crisis a lo largo de su vida y hasta un 20% de éstos tendrán crisis recurrentes³.

En España se calcula que hay unos 400.000 pacientes con epilepsia. Ligeramente más del 50% de las crisis son parciales (57%). Por otro lado, más del 60% de los síndromes epilépticos (según la ILAE) son síndromes focales. El 75-80% de los pacientes con epilepsia se controlan bien con la medicación durante los dos primeros años después del diagnóstico. Un 10-15% de estos casos se controla con la asociación de varios fármacos anticonvulsivantes y los nuevos fármacos introducidos recientemente sólo consiguen el control en menos de un 10% adicional de pacientes. En conjunto, se calcula que entre el 8 y el 33% de las epilepsias son incontrolables con tratamiento médico, esto significa que en España aproximadamente un tercio de los cerca de 400.000 epilépticos tiene

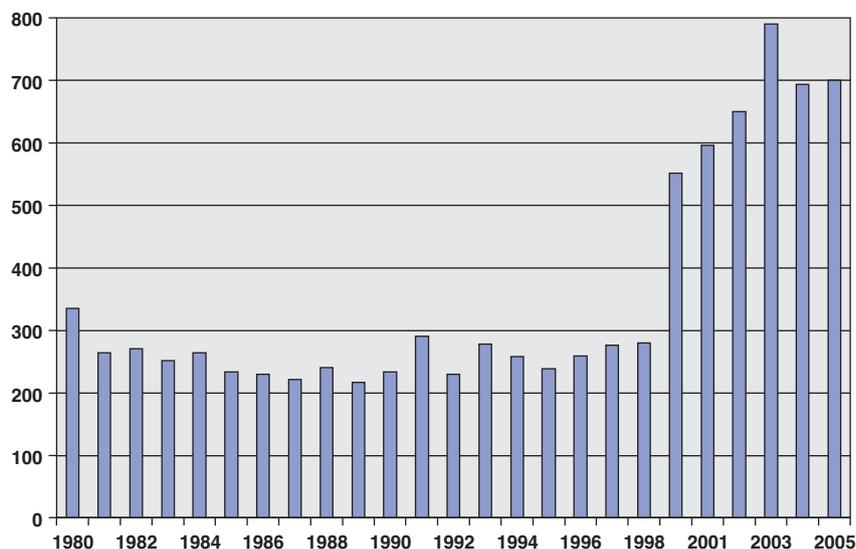


Figura 1 Evolución del número de muertes anuales por epilepsia desde el año 1980 hasta el año 2007 (falta el año 1999 y 2000 de los cuales no hay datos).

crisis que la medicación no controla, unos 100.000 enfermos en los que se deben considerar tratamientos alternativos entre los que se encuentra la cirugía de la epilepsia⁴.

En muchos estudios se ha encontrado una incidencia y prevalencia relativamente superior en varones. Algunos estudios lo justifican por la mayor incidencia en estos de factores de riesgo de epilepsia (traumatismos, patología cerebrovascular, infecciones del sistema nervioso central).

En los estudios sobre etiología de la epilepsia la proporción de epilepsia de etiología conocida es consistente, oscila entre el 23 y el 39%, siendo en los niños la causa más frecuente la etiología connatal y en los adultos la patología cerebrovascular.

En los diferentes estudios realizados en España en distintas zonas encontramos los siguientes datos publicados (asumiendo la variabilidad metodológica): en el norte de Madrid se encuentra en el año 1997 una prevalencia de 4,7/1.000 habitantes para todos los tipos de epilepsia⁵; en la población infantil de Navarra entre los años 2002-2005 se ha identificado una incidencia de 62,6 casos/100.000 habitantes, siendo máxima en el primer año de vida 95,3 casos/100.000 habitantes y disminuyendo progresivamente hasta la adolescencia 48,7 casos/100.000 habitantes⁶; en Huesca⁷ se ha identificado una prevalencia de epilepsia en población adolescente de 6,3/1.000 habitantes, donde predominaban las crisis generalizadas de etiología idiopática.

En la Encuesta Nacional de Salud (datos del 2006) únicamente encontramos el dato epilepsia en el grupo menor de 16 años. De ellos, el 2,1% ha presentado la epilepsia como enfermedad crónica de larga evolución en los últimos 12 meses, y de ellos el 62,8% son extranjeros. El grupo de edad con más porcentaje de epilepsia es entre los 10 y los 15 años en varones y los 5 y los 9 años en mujeres.

Morbilidad del paciente epiléptico

La epilepsia provoca una gran carga para el paciente y la familia, especialmente la farmacorresistente. Los enfermos

presentan problemas médicos y sociales importantes, en relación con las crisis recurrentes, la enfermedad neurológica subyacente, los efectos secundarios de la medicación y la estigmatización social. Además, con frecuencia padecen dificultades cognitivas e inadaptación social, como el fracaso escolar no relacionado con la capacidad cognitiva, desempleo, bajo índice de matrimonio y menor número de hijos⁷.

Los estudios sobre frecuencia de patologías neurológicas ingresadas estiman que la epilepsia es de las que con más frecuencia originan ingresos hospitalarios. En un estudio realizado en Elche el ingreso «epilepsia» supone la tercera causa de ingreso neurológico (7,6% del total)^{8,9}. Además, la epilepsia es la segunda causa en frecuencia de atención neurológica en urgencias, concretamente el 13,06% de los pacientes atendidos en urgencias, en un estudio del hospital 12 de Octubre¹⁰ de Madrid.

En la figura 1 se muestran los datos del 2007 del Instituto Nacional de Estadística (INE), donde podemos observar el número de altas hospitalarias por 100.000 habitantes según edad de los pacientes. El mayor índice de altas hospitalarias por epilepsia ocurre en población infantil y ancianos, lo que se ajusta con los grupos de edad en que la epilepsia es más prevalente. El número de altas hospitalarias por 100.000 habitantes de pacientes epilépticos de forma global es de 35. La estancia media de un paciente epiléptico ingresado de forma ordinaria es de 5,74 días y de los ingresados por urgencia de 6,44.

El ingreso o morbilidad de los pacientes epilépticos no sólo ocurre por la presencia de crisis epilépticas, sino por los accidentes derivados de éstas. Los factores de riesgo más relacionados con presentar un accidente por parte de un paciente epiléptico son el sexo, las crisis tónico-clónicas generalizadas y la frecuencia de crisis. La frecuencia de crisis y los efectos adversos derivados de la medicación son los factores de riesgo más importantes para los accidentes que ocurren durante el baño y la natación¹¹.

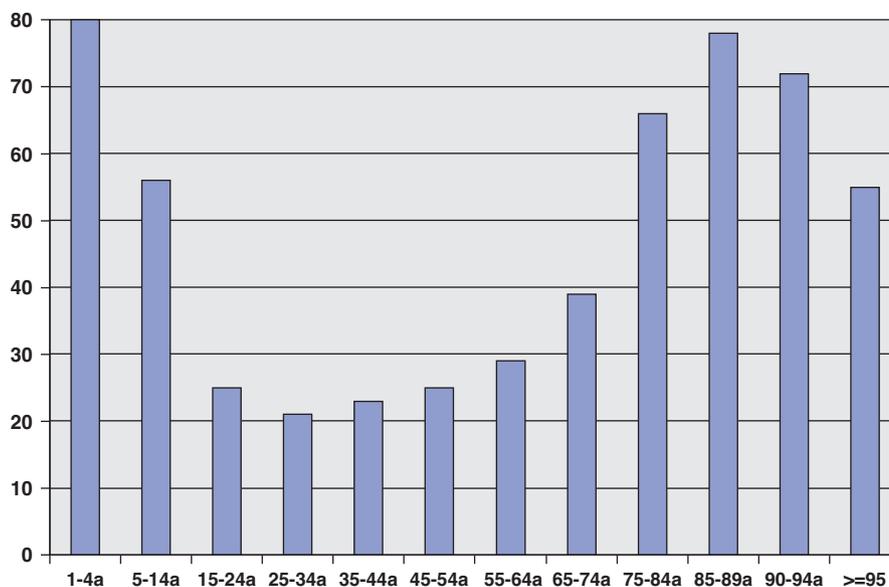


Figura 2 Número de altas hospitalarias por 100.000 de los pacientes epilépticos según la edad.

Mortalidad del paciente con epilepsia

Un paciente epiléptico tiene dos o tres veces más riesgo de morir que un no epiléptico. Las tasas de mortalidad oscilan entre un 1 a un 2 por 100.000 pacientes epilépticos, en la mayoría de los países. Hauser¹², en un estudio comunitario prospectivo hecho en Rochester, demostró que, después de 29 años de seguimiento, la tasa de mortalidad es 2,3 veces mayor que la general, siendo más alta durante los primeros años de la enfermedad, en varones, en pacientes con déficit neurológico y en epilepsias sintomáticas.

La menor tasa de mortalidad la encontramos en epilepsias idiopáticas, pero sigue siendo mayor que la población general. La mayor tasa de mortalidad la encontramos en pacientes con epilepsias sintomáticas, con una tasa de mortalidad estandarizada de hasta el 4,3%.

La etiología de la epilepsia es la causa más importante de mortalidad en los pacientes de reciente diagnóstico y la mortalidad asociada a las crisis (estatus epiléptico y muerte súbita durante una crisis [SUDEP]), en cambio, es la causa más frecuente en el paciente epiléptico crónico¹³.

Entre el 6-19% de las muertes están directamente relacionadas con las crisis: un 20-30% son producidas por neumonías y entre un 10 a 20% por accidentes, en especial ahogamientos.

Con relación a las causas específicas de muerte, aquellas producidas por traumatismos y accidentes son más frecuentes que en la población general. Según un estudio de cohortes que incluyó a 9.000 pacientes, los epilépticos mueren, comparados con la población general, 1,8 más por accidentes de tráfico, 4,6 más por caídas y 10,3 más por quemaduras fatales y 8,2 veces más por inmersión o asfixia por cuerpo extraño. Los suicidios son también frecuentes, observándose como causa de defunción 3,5 veces más que en la población general. Este mismo estudio revela que la muerte por tumores malignos del sistema nervioso central presenta una tasa que resulta 30 veces mayor que la esperada para la

población general, dato que probablemente sólo expresa lo frecuente que es la epilepsia como forma de presentación o síntoma en estas enfermedades¹⁴.

Los datos del INE del año 2007 muestran que el número de fallecimientos de ese año por epilepsia fue 676 pacientes, de los cuales 158 (23,3%) fueron provocados por estatus epiléptico. De los pacientes que fallecieron por estatus epiléptico, más del 70% tenía más de 65 años. De los fallecidos por epilepsia directamente (no estatus), 278 (54%) fueron mayores de 65 años y sólo el 7% tenía menos de 15 años. Si suponemos que la prevalencia de epilepsia en España es de unos 360.000 casos, la tasa de mortalidad anual en 2007 es del 1,9%, lo que se ajusta a los datos publicados.

En la figura 2 se muestra la mortalidad por epilepsia desde el año 1980 hasta el año 2007 (excepto los años 1999 y 2000, de los que no hay datos). Se observa un claro salto cuantitativo de la mortalidad a partir del año 2001, probablemente porque se incluye también la muerte por estatus epiléptico y no nos consta si en los datos previos se recogía o no este dato. En los últimos años, vemos que la mortalidad por epilepsia se mantiene estable, con diferencias no significativas anuales de mortalidad.

Discapacidad y dependencia

Aunque la gran mayoría de las crisis epilépticas no causan accidentes, la posibilidad de que éstas ocurran en sí misma causa intranquilidad e inseguridad en los pacientes y sus familiares. Para reducir el riesgo de presentar lesiones en relación con las crisis, basta con seguir una serie de recomendaciones relativamente sencillas. La aplicación de estos consejos es especialmente importante en aquellas situaciones en que las crisis son más frecuentes o más severas, para evitar discapacidad y dependencia permanentes por accidentes.

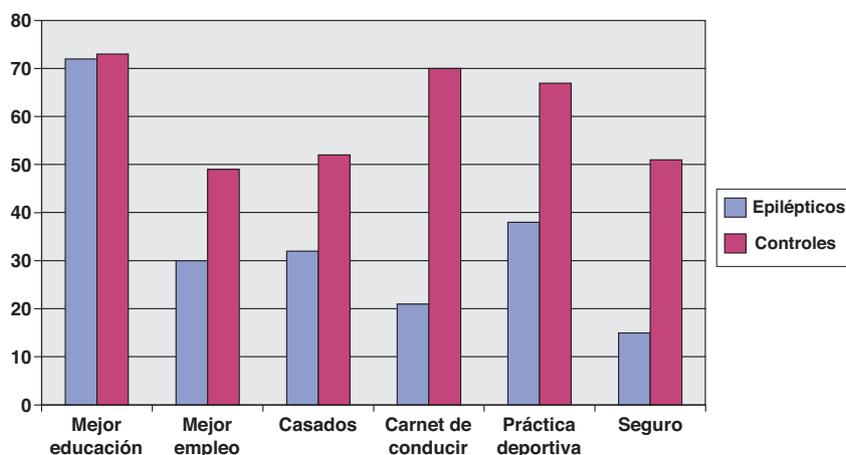


Figura 3 Datos del subgrupo español del estudio REST-1. Fuente: The REST-1 Group¹⁶.

De la encuesta de población activa del segundo trimestre de 2002 se desprende que la mayoría de la población que presenta discapacidad no se encuentra incorporada al mercado laboral: 2 de cada 3 personas discapacitadas en edad de trabajar están en situación de inactividad; la tasa de paro para estas personas es un 40% superior a la de las personas sanas. Según esta encuesta, en España, el número de enfermos de epilepsia en edad activa está alrededor de 26.200, o lo que es lo mismo el 1,1% de los pacientes en edad activa presentan discapacidad por epilepsia; de ellos, 18.300 sufren limitaciones respecto al trabajo y 12.000 tienen dificultades para desplazarse al lugar de trabajo¹⁵. De los pacientes epilépticos con una discapacidad reconocida, sólo el 25% está en situación laboral activa. No hay datos posteriores en el INE sobre la discapacidad y epilepsia en España.

En un estudio multicéntrico europeo publicado en enero del año 2000, en el que participaba España y que estudiaba los aspectos sociales de los pacientes epilépticos, los resultados son: nivel educativo ligeramente superior en los pacientes epilépticos que en los no epilépticos; con más frecuencia los pacientes respecto a los controles son solteros (56% vs 50%) y desempleados (18% vs 13%); por el contrario, menos pacientes respecto a controles tienen carnet de conducir (44% vs 67%) y practican deporte (30% vs 41%)¹⁶ (fig. 3).

Gasto socio sanitario

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial supervisaron un estudio en el que se apreciaba que el 90% de los costes que generaba la epilepsia mundialmente se producían en los países en vías de desarrollo, mientras que el 80% del desembolso económico total destinado a la salud se realizaba en los países desarrollados. Por ello, el libro blanco europeo de la epilepsia pone como objetivo para el siglo XXI conseguir que estén disponibles cuidados eficaces en la epilepsia para todo aquel que los necesite, independientemente de los límites fronterizos y económicos¹⁷.

En un estudio de impacto socioeconómico realizado en España sobre el coste de la epilepsia infantil durante el año 2000¹⁸, se concluyó que en el caso de la epilepsia controlada el gasto anual era de 334.143 pesetas (2.008,24 euros) y de

la epilepsia no controlada era de 848.105 pesetas (5.097,21 euros), es decir, 2,7 veces superior al primero. En otro estudio se estima que el coste total de la epilepsia prevalente en el año 1998 suponía 11.500 millones de pesetas (69,1 millones de euros), lo que suponía entonces el 0,55% del presupuesto anual de Sanidad¹⁹. Al extrapolar estas cifras a la prevalencia de la epilepsia en todas las edades (1%), las arcas sanitarias desembolsarían cerca de 184.000 millones de pesetas (1,106 millones de euros) para cubrir su asistencia, lo que suponía un 4,13% del presupuesto destinado a Sanidad en el año 2000. El coste europeo de la epilepsia en el año 2004 fue de unos 816 millones de euros²⁰.

En un estudio publicado en 2004²¹, que analizaba el coste de la epilepsia, se señalaba que en España el importe total de la prestación farmacéutica a través de receta en 2001 fue de 1.332.034 millones de pesetas (8.005,69 millones de euros). El subgrupo formado por los fármacos antiepilépticos supuso un coste de 18.155 millones de pesetas (109,11 millones de euros) durante ese año, lo que se corresponde con el 1,36% del coste total, y con un aumento del crecimiento con relación al año 2000 del 5,84%. El número total de envases de fármacos antiepilépticos consumidos fue de 5.098 millones de envases, lo que supuso un aumento del 7,13% respecto al año anterior. El precio medio del envase fue de 3.561 pesetas (21,40 euros). El aumento observado en el gasto total en pesetas con respecto al año anterior se debe a la creciente utilización de antiepilépticos de última generación, con un precio muy superior al de los antiepilépticos clásicos.

Los estudios realizados en España²² sobre el coste-efectividad de los fármacos clásicos y los nuevos concluyen la igualdad de eficacia entre los FAE clásicos y los nuevos y el menor coste de los primeros respecto a los segundos hacen que los FAE clásicos sean los fármacos más eficientes para el tratamiento de la epilepsia parcial y generalizada de reciente diagnóstico en adultos. Estos resultados también corroborados en estudios en otros países, ha generado cierta preocupación entre profesionales y organismos públicos si tenemos en cuenta que el coste de adquisición de los FAE representa una parte importante del coste total del tratamiento de los pacientes con epilepsia²⁸.

Epilepsia farmacorresistente-impacto socioeconómico

La mayoría de los enfermos epilépticos (70-75%) se controlan bien con la medicación, pero existe un porcentaje no desdeñable en el que las crisis no cesan a pesar del tratamiento farmacológico adecuado. Según algunos estudios el porcentaje de pacientes con epilepsia refractaria es mayor del que se supone y sólo la mitad de estos pacientes son evaluados en una unidad especializada, con un retraso importante, que alcanza los 10 años en la mayoría de los casos. En estos enfermos las crisis suponen una limitación importante en las actividades y con frecuencia determinan una calidad de vida muy mermada. Además, en este grupo de enfermos se ha comprobado que el índice de mortalidad por causas ajenas a las propias crisis es más elevado (muerte súbita, suicidios), así como la tasa de trastornos psiquiátricos, que demandan atención médica frecuente e ingresos hospitalarios. Estos datos hacen que sea fundamental la identificación y el tratamiento precoz de estos pacientes, para disminuir la morbilidad y mortalidad, y así reducir además una gran parte de la demanda hospitalaria tanto urgente como programada, que actualmente supone esta enfermedad²³.

No existe una definición consensuada ni unos criterios aceptados universalmente de epilepsia refractaria al tratamiento farmacológico, ya que no se puede establecer el momento en el que una epilepsia pasa de ser potencialmente tratable a ser considerada refractaria al tratamiento farmacológico. Una definición teórica consideraría como farmacorresistente aquella epilepsia que presenta un control insatisfactorio de las crisis, después de haber utilizado al menos dos medicaciones diferentes, a dosis adecuadas, durante un periodo de al menos 2 años. En general, este tipo de epilepsia tiene menos de un 5%-10% de posibilidades de llegar a un control total con la medicación²⁴.

En España, el coste medio anual de recursos sanitarios destinados a un enfermo de estas características se sitúa sobre los 6.935 euros, según señalan los resultados obtenidos en el Estudio LINCE, desarrollado por el Grupo de Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología 2005²⁵.

En el estudio LINCE la media de edad de los pacientes estudiados fue de 40 años, con una duración de la enfermedad de casi 24 años. La mayoría de los pacientes fueron tratados con una combinación diferente de 2 o 3 antiepilépticos sin obtener un control de las crisis. El 70,5% de los pacientes con epilepsia farmacorresistente presentó crisis focales de intensidad moderada a severa. La etiología o causa de la epilepsia fue conocida en el 41,5% de los pacientes, siendo las causas más frecuentes en el 22,7% las encefalopatías no progresivas, en el 21,3% malformaciones por alteraciones corticales del desarrollo y en el 35% por causas posnatales.

La calidad de vida a consecuencia de la enfermedad se vio sustancialmente reducida en estos pacientes. El aspecto peor valorado fue el impacto de la medicación en los enfermos, pero el seguimiento del médico por la enfermedad fue el aspecto mejor valorado por los pacientes con este tipo de epilepsia. Además, el 54% presentó algún grado de ansiedad asociado a la epilepsia, mientras el 32% acusó depresión.

El estudio demuestra que la epilepsia farmacorresistente provoca una carga considerable para el paciente y la familia:

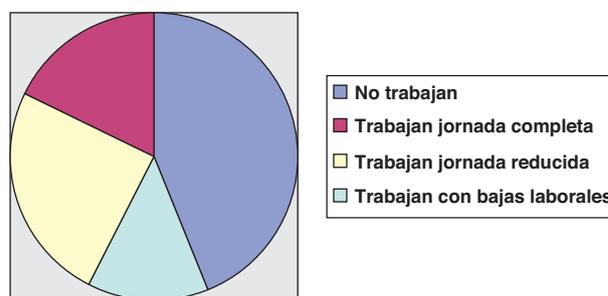


Figura 4 Situación socio-laboral de los pacientes farmacorresistentes.

el 44% de los pacientes no trabaja a causa de su enfermedad y el 37,5% de las familias ve afectada considerablemente su economía, necesitando en un 32,9% de ellas a un cuidador para atender al paciente. De los pacientes que trabajan (56%), el 44% tuvo que reducir la jornada laboral y el 33% acumuló al menos una baja laboral en los últimos 6 meses (fig. 4). El gasto mensual medio extra que repercute en el bolsillo de cada paciente debido a su enfermedad y no reembolsado fue de 257 euros.

El coste medio anual de los recursos sanitarios empleados por el paciente fue de 5.254 euros en concepto de visitas al médico, hospitalización y medicación, y de otros 1.681 euros en concepto de costes no sanitarios, que serían los asociados a la productividad laboral y a la economía del propio paciente. Por lo tanto, el total del coste medio de recursos anual de un paciente farmacorresistente en España es de 6.935 euros.

Epilepsia y conducción

La epilepsia supone un riesgo para la seguridad en la conducción. El riesgo de una persona epiléptica activa no viene únicamente determinado por una posible crisis con pérdida de consciencia al volante, también pueden contribuir problemas asociados, como retraso mental, trastornos de conducta y los efectos secundarios, principalmente sedantes, de los fármacos antiepilépticos. Los pacientes deben saber estas complicaciones, ya que entre el 50 y el 60% de las crisis epilépticas pueden provocar un accidente de tráfico¹³.

Sin embargo, dos importantes estudios concluyen que los conductores epilépticos no sufren accidentes con mayor frecuencia que los no epilépticos. La gravedad de los accidentes en los que se ven involucrados los pacientes epilépticos es un 40% mayor que los controles y la posibilidad de muerte del acompañante se duplica²⁶.

El informe realizado por la Unión Europea «Epilepsia y conducción en Europa» refleja que los pacientes epilépticos tienen un riesgo (*odds ratio*) de accidente de 1,8, cifra ligeramente superior a la del riesgo que tienen las mujeres cuando conducen en alguna fase de la menstruación, o ligeramente inferior a los que conducen con niveles de alcohol no permitidos en sangre. Los jóvenes varones menores de 25 años o las personas que conducen con somnolencia alcanzan los mayores riesgos relativos (fig. 5). Dado que la *odds ratio* del epiléptico no llega a 2, el riesgo de sufrir un accidente en el siguiente año no llega al 20%. Estas cifras pueden

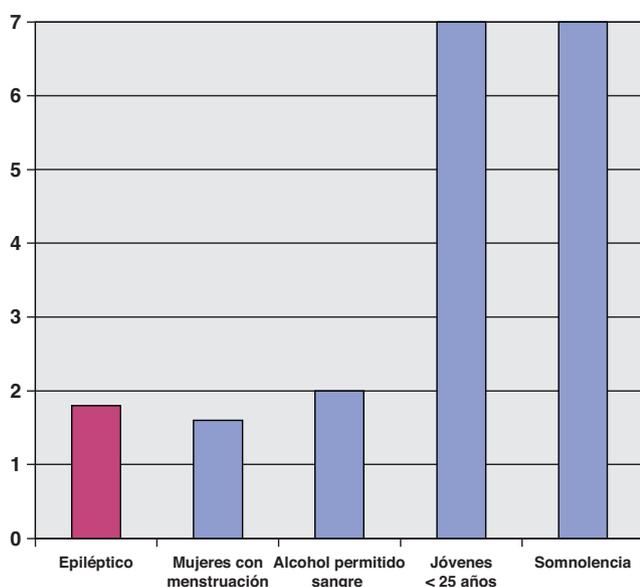


Figura 5 Riesgo de sufrir un accidente de tráfico de un paciente epiléptico respecto a otras comorbilidades en la población general.

ser una herramienta muy útil para los facultativos, que pueden analizar, a partir de estas cifras, el riesgo individual que tendría cada paciente.

En España, una persona que presenta esta enfermedad debe probar no haber tenido crisis convulsivas durante 12 meses para la obtención de un permiso de conducción (permisos A, A1, B, B+E y licencia de conducción de ciclomotores) debiendo aportar el informe favorable de un neurólogo, concediéndosele, en este caso, un carné con una validez de 2 años. En el caso de conductores profesionales deben tener un periodo libre de crisis de 5 años. Los pacientes con crisis durante el sueño deberán constatar que, al menos, ha transcurrido un año sólo con esta sintomatología. En el caso de mioclonías que puedan afectar a la seguridad de la conducción, deberá existir un periodo libre de crisis de al menos 3 meses. Por último, si se trata de un episodio único de crisis o secundario a sustancias tóxicas o drogas, deberá acreditarse un periodo libre de crisis de al menos 6 meses²⁷.

Conclusiones

Principalmente, el hecho de que el 5-10% de la población experimentará una crisis a lo largo de su vida, que del total de ingresos hospitalarios los que ocurre por epilepsia suponen 35 pacientes por cada 100.000 enfermos dados de alta en un hospital y que el coste total de la epilepsia prevalente según datos del año 2000 puede suponer alrededor del 5% del presupuesto total de Sanidad, nos permiten concluir que la epilepsia es una enfermedad neurológica que supone un gran impacto sociosanitario en la población española. La escasez de fuentes de información, registros y estudios epidemiológicos nos debe concienciar de su necesidad, pues nos permiten conocer de forma real el impacto de las enfermedades en la sociedad y obtener información de las principales necesidades de nuestros pacientes. Esto debe

ser una iniciativa que debe propulsarse desde las sociedades científicas y de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Shorvorn S, Dreifuss F, Fish D, Thomas D. The treatment of epilepsy. Oxford: Blackwell Science; 1996.
- Trescher WH, Lesser RP. Epilepsias. En: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, editores. Neurología Clínica. España:Elsevier;2005. p. 1929-77.
- Sempere AP, Mola S, Medrano V, Esguevillas T, Costa C, Salazar V, et al. Epidemiología descriptiva de la asistencia neurológica ambulatoria en el área Vega Baja (Alicante). Rev Neurol. 2002;35:822-6.
- González Menacho J, Olivé Plana JM. Epidemiología de la patología neurológica ambulatoria en el Baix Camp (Tarragona) durante 1999. Neurología. 2001;16:154-62.
- Luengo A, Parra J, Colás J, Ramos F, Carreras T, Fernández-Pozos MJ, et al. Prevalence of epilepsy in Northeast Madrid. J Neurol. 2001;248:762-7.
- Durá Travé T, Yoldi Petri ME, Gallinas Victoriano F. Incidencia de la epilepsia infantil. An Pediatr (Barc). 2007;67:37-43.
- Benavente I, Rubio E, Morales C, Tajada N, Tamargo P. Prevalence of epilepsy amongst adolescents in Huesca, Spain: a community-based study. Eur J Neurol. 2009;16:1138-43.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de población activa del segundo trimestre de 2002. Las personas con discapacidad y su relación con el empleo (2002). Disponible en: www.ine.es/prodyser/pubweb/indisoc03/discapa_empleo.pdf.
- Mes-Sesé G, Plaza-Macías I, González-Caballero G, Sola-Martínez D, Hernández-Hortelano E, Martín Bautista D, et al. An analysis of avoidable admissions to a neurology service. Rev Neurol. 2006;43:714-8.
- Barrero-Hernández FJ, Muñozuri-Sanz D, Casado-Torres A. A descriptive study of intrahospital neurology service consultations. Rev Neurol. 2003;36:1001-4.
- García-Ramos R, Moreno T, Camacho A, Gonzalez V, Bermejo F. Neurological emergencies in a university hospital. Neurología. 2003;18:431-8.
- Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota: 1940-1980. Epilepsia. 1991;32:429-45.
- Tomson T, Beghi E, Sundqvist A, Johannessen SI. Medical risks in epilepsy: a review with focus on physical injuries, mortality, traffic accidents and their prevention. Epilepsy Res. 2004;60:1-16.
- Nei M, Bagla R. Seizure-related injury and death. Curr Neurol Neurosci Rep. 2007;7:335-41.
- Informe sobre la situación de las personas con discapacidad en España. Comisión de trabajo de Salud, Consumo, Asuntos Sociales, Educación y Cultura. Diciembre 2003. Disponible en: http://www.seg-social.es/imserso/discapacidad/iipaped2003_2007.pdf.
- The RESt-1 Group. Social Aspects of Epilepsy in the Adult in Seven European Countries. Epilepsia. 2000;41:998-1004.
- EUCARE. European White Paper on Epilepsy. Epilepsia. 2003;44 Suppl 6:1-88.

18. Argumosa A, Herranz JL. La repercusión económica de las enfermedades crónicas: El coste de la epilepsia infantil en el año 2000. *Bol Pediatr.* 2001;41:23–9.
19. Argumosa A, Herranz JL. El coste infantil de la epilepsia en España. *Rev Neurol.* 2000;30:104–8.
20. Forsgren J, Beghi E, Ekman M. Cost of epilepsy in Europe. *Eur J Neurol.* 2005;12:54–8.
21. Pato-Pato A, Cimas-Hernando I, Lorenzo-González JR, Vadillo-Olmo FJ. Impacto económico de la epilepsia. *Rev Neurol.* 2004;39:450–3.
22. Rubio M, Lizán L, Badia X, Escartín-Siquier AE, López-Trigo J, Rufo Campos M, et al. Análisis de minimización de costes del tratamiento farmacológico antiepiléptico en España. *Rev Neurol.* 2006;42:257–64.
23. Brodie MJ, Shorvon SD, Canger R, Halász P, Johannessen S, Thompson P, et al. Commission on European Affairs: appropriate standards of epilepsy care across Europe. *ILEA. Epilepsia.* 1997;38:1245–50.
24. Brodie MJ, French JA. Management of epilepsy in adolescents and adults. *Lancet.* 2000;356:323–9.
25. Peña P, Sancho J, Rufo M, Martínez S, Rejas J, LINCE Study Collaborative Group. Driving cost factors in adult outpatients with refractory epilepsy: a daily clinical practice in clinics of neurology in Spain. *Epilepsy Res.* 2009;83:133–43.
26. Informe Europeo Epilepsia y Conducción. Disponible en: ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/neuro.es.htm.
27. Dirección General de Tráfico. Disponible en: http://www.dgt.es/indices/dgtHtm_Portada.es.html.
28. Cruz-Campos GA, Barquero-Toledo M. Epilepsia, en el campo extrahospitalario. Estudio de 150 casos. *Rev Neurol.* 2000;30:1108–12.