



# Trastornos de Aprendizaje en la Epilepsia Infantil

**Dr. Juan-José García Peñas**

**Sección de Neurología Pediátrica**

**Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid**

**Unidad de Epilepsia**

**Hospital San Rafael. Madrid**

**XI Curso de Abordaje Multidisciplinar de los  
Trastornos del Neurodesarrollo en la Infancia**

**Hospital Ramón y Cajal. Madrid, 5 y 6 de Noviembre de 2015**





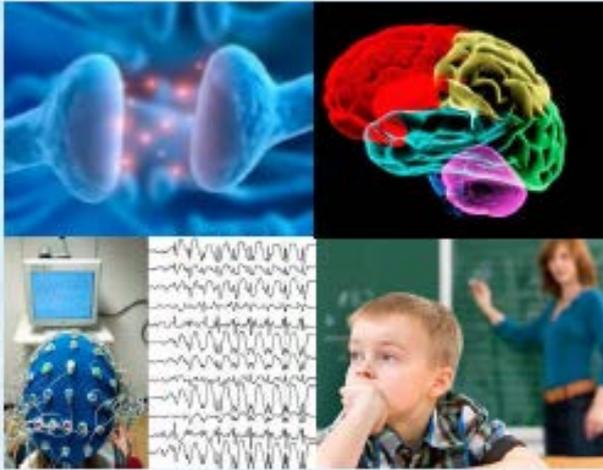
Hospital Universitario  
Ramón y Cajal

Comunidad de Madrid



## Abordaje Multidisciplinar de los Trastornos del Neurodesarrollo en la Infancia (XI)

Organizado por:  
Servicio de Pediatría. B. García Cuartero. Jefe de Servicio



5 y 6 de Noviembre de 2015  
Salón de Actos. Planta 0 centro.  
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Directores:

Dr. G. Lorenzo Sanz

Dr. A. Pedrera Mazarro

Neurología infantil S. de Pediatría.

Servicio de Neurofisiología Clínica.



# Learning Disabilities

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA  
de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

# Guión de la Charla



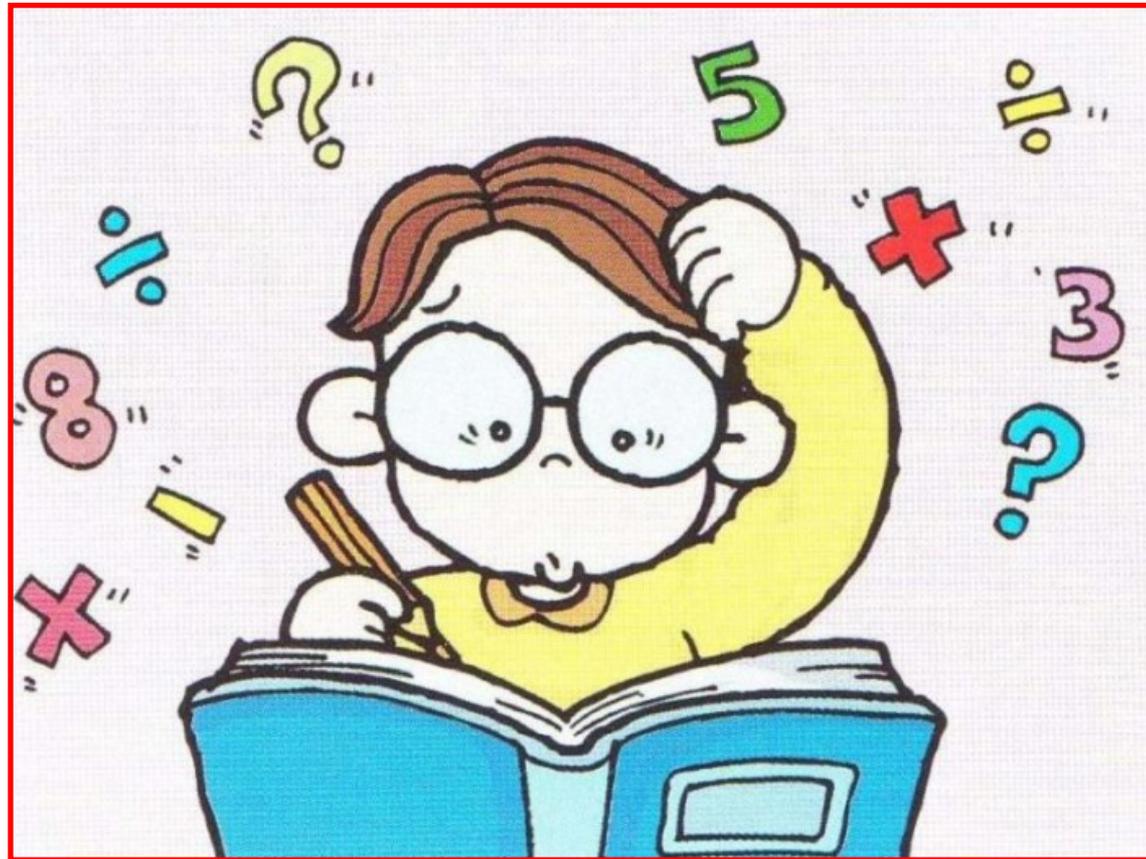
- Conceptos Generales.
- Epilepsia y Aprendizaje.
- Factores derivados de la propia epilepsia.
- Factores psicosociales.
- Factores derivados del tratamiento.
- Identificación y Prevención del problema.
- Conclusiones.

# Falsos Mitos

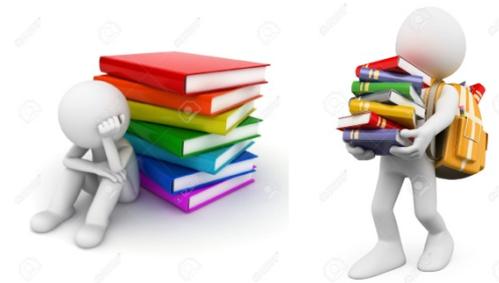


- Todas las epilepsias generan RM / DI.
- Todas las epilepsias generan fracaso escolar.
- Todos los niños epilépticos tienen TDAH.
- Los problemas escolares se deben a los FAE.
- Todo de debe a un desajuste psicosocial.
- Nos basta con hacer sólo un CI al epiléptico.
- El niño epiléptico necesita siempre EE.

# Introducción



# Conceptos Generales



- Los **Trastornos Comórbidos** como el fracaso escolar, las alteraciones del aprendizaje, los déficits cognitivos, los problemas de conducta y las dificultades en la esfera psicosocial son frecuentes entre los niños epilépticos y muchas veces son aún más invalidantes que las propias crisis epilépticas al repercutir muy negativamente sobre la calidad de vida del niño y de sus padres.

# Fracaso Escolar

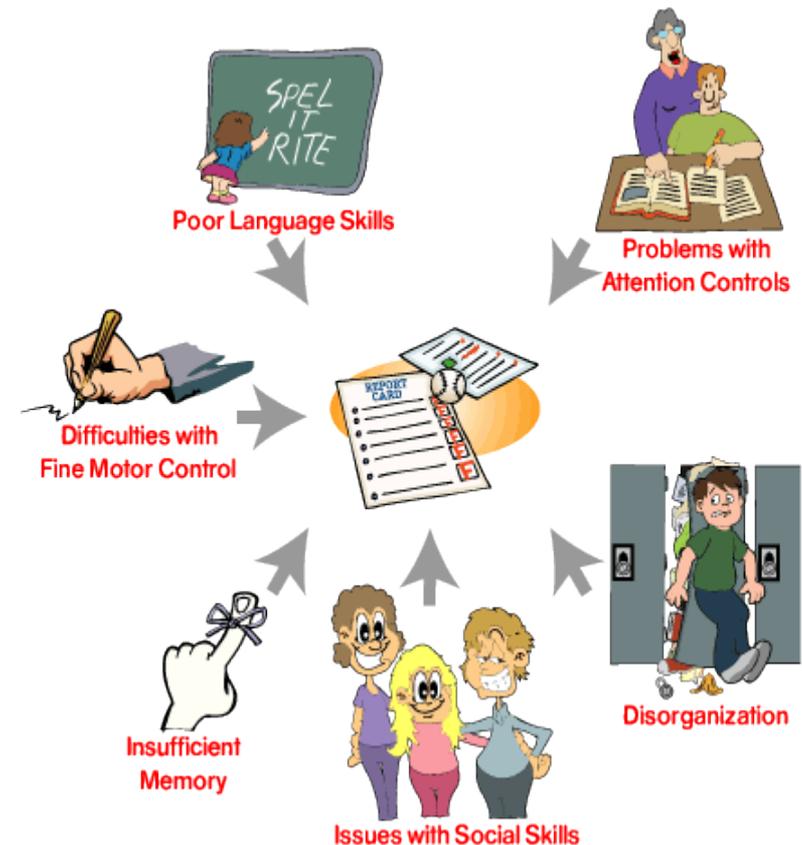


- Hablamos de **Fracaso Escolar** cuando un niño no es capaz de alcanzar el nivel de rendimiento medio esperado para su edad y nivel pedagógico.
- Dado que el único criterio para evaluar el éxito o el fracaso en el progreso escolar de los niños son las calificaciones, el fracaso escolar se traduce en suspensos.
- No se trata de uno o dos suspensos en alguna evaluación, que pueden ser absolutamente normales y superables, sino de cuando las calificaciones son negativas al finalizar el curso escolar.

# Trastornos del Aprendizaje



- Los llamados trastornos del aprendizaje representan uno de los factores más importantes en la génesis del fracaso escolar y se definen como aquellas **dificultades evidentes en la adquisición y uso de la lectura, la escritura, el razonamiento abstracto y las habilidades matemáticas** en sujetos con un **cociente intelectual normal**.



# Epilepsia y Aprendizaje



# Epilepsia y Aprendizaje-1



- **La alteración neurocognitiva** es una consecuencia común de la epilepsia infantil.
- **Los trastornos más frecuentemente observados** incluyen: alteración de memoria, lentitud mental, problemas de comprensión y expresión verbal, defectos de razonamiento lógico, alteraciones de conducta, estado de ánimo e interacción social, hiperactividad y déficit atencional (TDAH).

# Epilepsia y Aprendizaje-2



- Hasta un **60%** de los niños epilépticos muestran cocientes intelectuales o cocientes de desarrollo normales.
- Sin embargo, un **25-50%** de la población epiléptica infantil tiene conocimientos escolares inferiores a la media para su edad, lo cual implica un alto riesgo evolutivo de problemas de aprendizaje y de fracaso escolar.

# Epilepsia y Aprendizaje-3



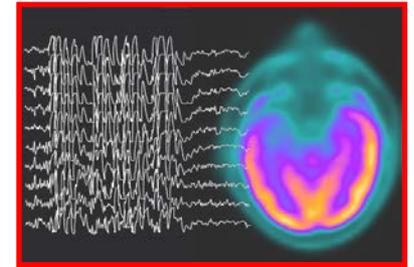
- **Los factores que condicionan las alteraciones de aprendizaje en el niño epiléptico** son muy heterogéneos y con muy diferente grado de morbilidad clínica incluyendo:
  - 1) Factores propios de la epilepsia.
  - 2) Factores de índole psicosocial.
  - 3) Factores derivados del tratamiento antiepiléptico.

# Epilepsia como Enfermedad Crónica con repercusión sobre el rendimiento escolar-1



- Entre las dificultades que existen para conocer cuál es el impacto real de esta patología crónica sobre el rendimiento escolar, se incluye la estrecha relación de la epilepsia con otras condiciones que afectan el desempeño escolar, incluyendo procesos como retraso mental, parálisis cerebral infantil y/o autismo; la gran variabilidad de evolución neurocognitiva de las distintas epilepsias y síndromes epilépticos de la infancia; y la influencia adversa concomitante de la gran mayoría de los F AE sobre el rendimiento escolar.

# Epilepsia como Enfermedad Crónica con repercusión sobre el rendimiento escolar-2

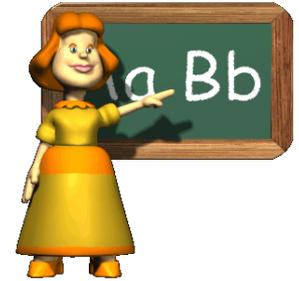


- Cuando se compara la epilepsia con otras enfermedades crónicas infantiles como el asma o la diabetes mellitus, encontramos que los niños con epilepsia obtienen un peor rendimiento global en tareas escolares de lectura, escritura, matemáticas y lengua.
- Estos resultados son claramente inferiores en aquellos niños con una epilepsia no bien controlada con FAE.
- A diferencia de otras enfermedades crónicas pediátricas, las dificultades académicas tienden a cronificarse durante la evolución natural de la enfermedad.

# Factores propios de la Epilepsia

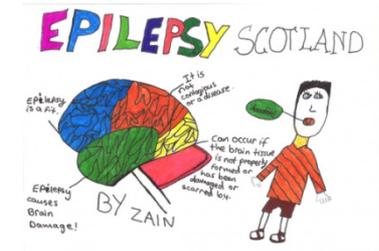
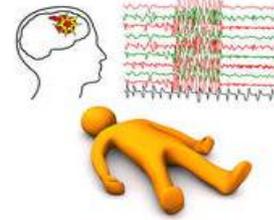


# Factores propios de la Epilepsia



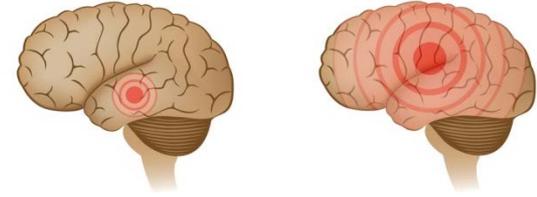
- ❖ Debut de la epilepsia en edades tempranas.
- ❖ Etiología estructural de la epilepsia.
- ❖ Refractariedad evolutiva de la epilepsia.
- ❖ Desarrollo de encefalopatías epilépticas.
- ❖ Tipo de epilepsia / localización de la epilepsia.
- ❖ Síndromes hemisféricos focales estructurales.
- ❖ Status epilépticos recurrentes.
- ❖ Presencia de frecuentes crisis subclínicas.
- ❖ Descargas epileptiformes intercríticas.

# El Factor Edad



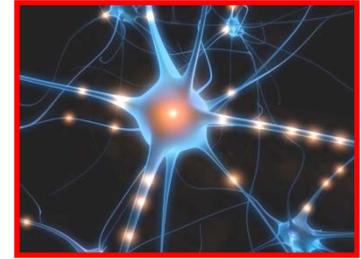
- **El debut de la epilepsia en los 2 primeros años de vida** se relaciona con un mayor riesgo de afectación cognitiva y de problemas de aprendizaje.
- **Esto se debe a muy diversos factores** como son la mayor incidencia global de epilepsias sintomáticas en este grupo de edad, la mayor tasa de epilepsia refractaria en esta población, la acción deletérea de los F AE sobre los procesos de desarrollo y maduración cerebral, y la influencia de las crisis y de las descargas epileptiformes repetidas sobre el establecimiento de los circuitos neuronales del aprendizaje en edades críticas del neurodesarrollo.

# Recurrencia de Crisis y tipo de Crisis



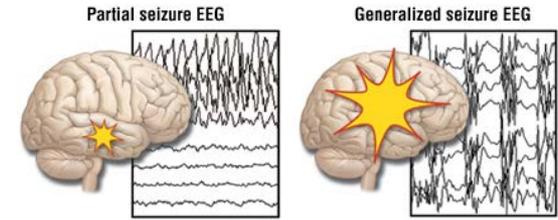
- “**Carga de Crisis**” → en función de la frecuencia de crisis, la duración de la epilepsia y el tipo de crisis epilépticas.
- Alto número de crisis epilépticas, refractariedad evolutiva de la epilepsia, presencia de determinadas crisis como espasmos epilépticos y ausencias atípicas, y el desarrollo de múltiples tipos de crisis.

# Encefalopatías Epilépticas



- La **actividad epiléptica** contribuye por sí misma al desarrollo de un deterioro progresivo de las funciones corticales cerebrales.
- La actividad paroxística epiléptica mantenida, principalmente en las **edades críticas del neurodesarrollo**, altera el desarrollo madurativo cerebral, y conduce a una afectación grave evolutiva en las funciones neurocognitivas y conductuales.
- Encefalopatías epilépticas precoces, Síndrome de West, Síndrome de Dravet, Síndrome de Lennox-Gastaut, Síndromes con POCS.

# Tipo de Epilepsia



- En general, se encuentra una mayor tasa de fracaso escolar en **epilepsias sintomáticas y criptogénicas** con respecto a las epilepsias idiopáticas.
- **Probable relación con:**
  - Mayor tasa de refractariedad.
  - La propia etiología estructural de la epilepsia.
  - Algunas etiologías genéticas.

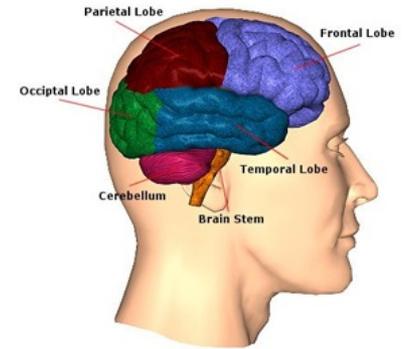
# Grupo EBI-R



- Alteraciones de aprendizaje en un 30-40% de los casos, principalmente evidentes en atención sostenida, lectura, escritura y comprensión lectora, de forma independiente de la frecuencia y severidad de las crisis.
- La alta tasa de descargas epileptiformes en el EEG de sueño en estos pacientes se relaciona con peores resultados en tareas de percepción visual, memoria operativa, atención, fluencia verbal y comprensión lectora, predominando las alteraciones atencionales en los casos de localización derecha y la afectación de tareas verbales en los de localización izquierda.

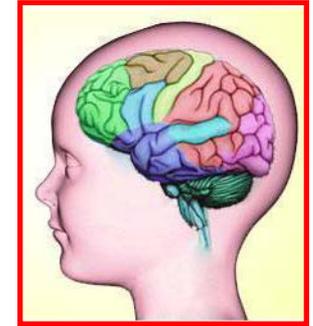


# Localización Anatómica de las Crisis Epilépticas-1



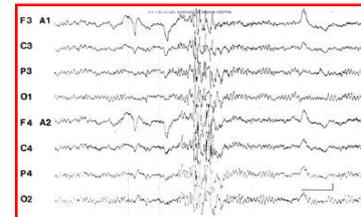
- Se encuentra una mayor tasa de trastornos de aprendizaje en los pacientes con una **epilepsia del lóbulo frontal o del lóbulo temporal**, ya sea como un trastorno de aprendizaje global, con o sin TDAH asociado, o bien como una disfunción cognitiva específica.

# Localización Anatómica de las Crisis Epilépticas-2



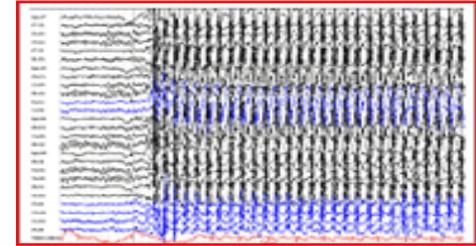
- **Epilepsia de origen en el lóbulo frontal** → déficits en tareas de coordinación motora, atención y en funciones ejecutivas, como memoria de trabajo, planificación y control de interferencia.
- **El inicio de la epilepsia temporal en la niñez** confiere un peor pronóstico cognitivo que el inicio en la edad adulta, predominando las alteraciones mnésicas, con una afectación de memoria verbal o no verbal dependiendo de si se afecta el hemisferio cerebral dominante o bien el no dominante

# Descargas Epileptiformes Interictales



- La ocurrencia de descargas epileptiformes en el EEG tiene un efecto adicional e independiente en los procesos atencionales y en la rapidez de procesamiento de la información **sólo en aquellos pacientes con descargas epileptiformes muy frecuentes.**
- Por otra parte, se describe un **potencial efecto acumulativo en aquellos pacientes con frecuentes episodios de descargas epileptiformes en el EEG de forma mantenida en el tiempo**, con una repercusión funcional a largo plazo similar a la que presentan los pacientes con frecuentes crisis no convulsivas y a los modelos de encefalopatías epilépticas

# Status Epilépticos



- **La presencia de SE recurrentes**, convulsivos y no convulsivos, se relaciona con una alta tasa de trastornos de aprendizaje.
- **El desarrollo de SE convulsivos repetidos** durante los primeros años de vida produce un descenso evidente en las capacidades intelectuales con alteraciones importantes en atención sostenida y memoria operativa, de forma independiente a la presencia o no de esclerosis mesial temporal.
- Por otra parte, la recurrencia de **SE no convulsivos** induce alteraciones cognitivas y del aprendizaje global a largo plazo.

# Factores Psicosociales

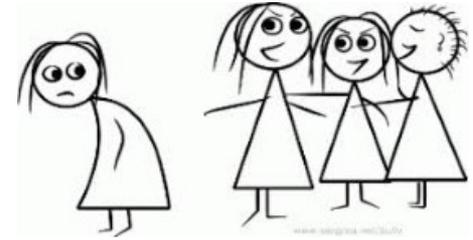


# Factores Psicosociales



- ❖ Estigma de asociar invariablemente epilepsia con retraso mental y estigma por tomar medicación a diario.
- ❖ Estilo sobreprotector de padres y educadores.
- ❖ Mayor absentismo escolar del niño epiléptico.
  - ❖ Por mal control de la epilepsia o por los EA de los FAE.
- ❖ Baja autoestima y tendencia al aislamiento social.
- ❖ Potencial riesgo de acoso escolar por los compañeros y/o por los profesores.
- ❖ Abandono precoz de la escuela.
- ❖ Falta de programas escolares con una adecuada adaptación curricular y con apoyos psicopedagógicos bien reglados.
- ❖ Mayor riesgo de maltrato infantil en el niño epiléptico.

# Estigma Social



- **Estigma** → condición, atributo, rasgo o comportamiento, que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores.
- Todavía es muy común el asociar invariablemente epilepsia con **enfermedad mental** o con **discapacidad intelectual**.
- Otro factor generador de estigma deriva muchas veces del hecho de **tomar una medicación a diario**, sobre todo cuando alguna de las tomas coincide con el horario escolar.

# Entorno Escolar-1



- La mayoría de los **profesores** reconocen tener un conocimiento insuficiente acerca de la epilepsia y sobre la influencia de ésta sobre el aprendizaje.
- Por otra parte, existe evidencia de que un gran número de profesores sigue mostrando actitudes negativas ante la epilepsia y una tendencia a considerar “normal” el fracaso escolar en esta población.

# Entorno Escolar-2



- **Mayor absentismo escolar del niño epiléptico** que afecta hasta a un 88% de este grupo, ya sea por mal control de la epilepsia, por efectos adversos de los FAE, o bien por asistencia a consultas, realización de pruebas y/o hospitalización.
- **Actitud ante la epilepsia entre los propios niños compañeros del paciente epiléptico** → sigue existiendo una falta de conocimiento global y una alta tasa de reacciones negativas ante el problema y de potencial estigmatización, principalmente entre la población adolescente.

# Factores derivados del Tratamiento

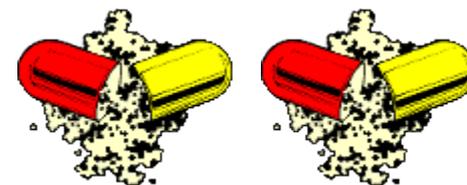


# Factores derivados del Tratamiento de la Epilepsia



- ❖ Aspecto polémico y no totalmente definido.
- ❖ Por los FAE o por la Cirugía (resectiva o paliativa).
- ❖ Efecto positivo al suprimir crisis.
- ❖ Efecto positivo al normalizar el EEG.
- ❖ Efecto negativo sobre aprendizaje.
- ❖ Efecto negativo sobre conducta.
- ❖ Efecto sobre funciones cognitivas específicas.
- ❖ Empeoramiento paradójico de epilepsia o EEG.

# Efectos Adversos-1



- Los EA de los FAE son un **problema frecuente** en la población epiléptica y limitan considerablemente la calidad de vida global de estos enfermos.
- Para algunos pacientes, los EA de los FAE son la mayor preocupación de su enfermedad epiléptica y un claro marcador de “**estigma social**”.
- Los estudios realizados en niños epilépticos muestran que el **mayor problema** para los padres de estos niños se centra en los aspectos neurocognitivos y conductuales derivados del tratamiento con FAE.
- Los EA contribuyen al **fracaso terapéutico** de los FAE hasta en un 40% de los casos, condicionando habitualmente una falta de efectividad o de eficacia global del FAE empleado.

# Efectos Adversos-2

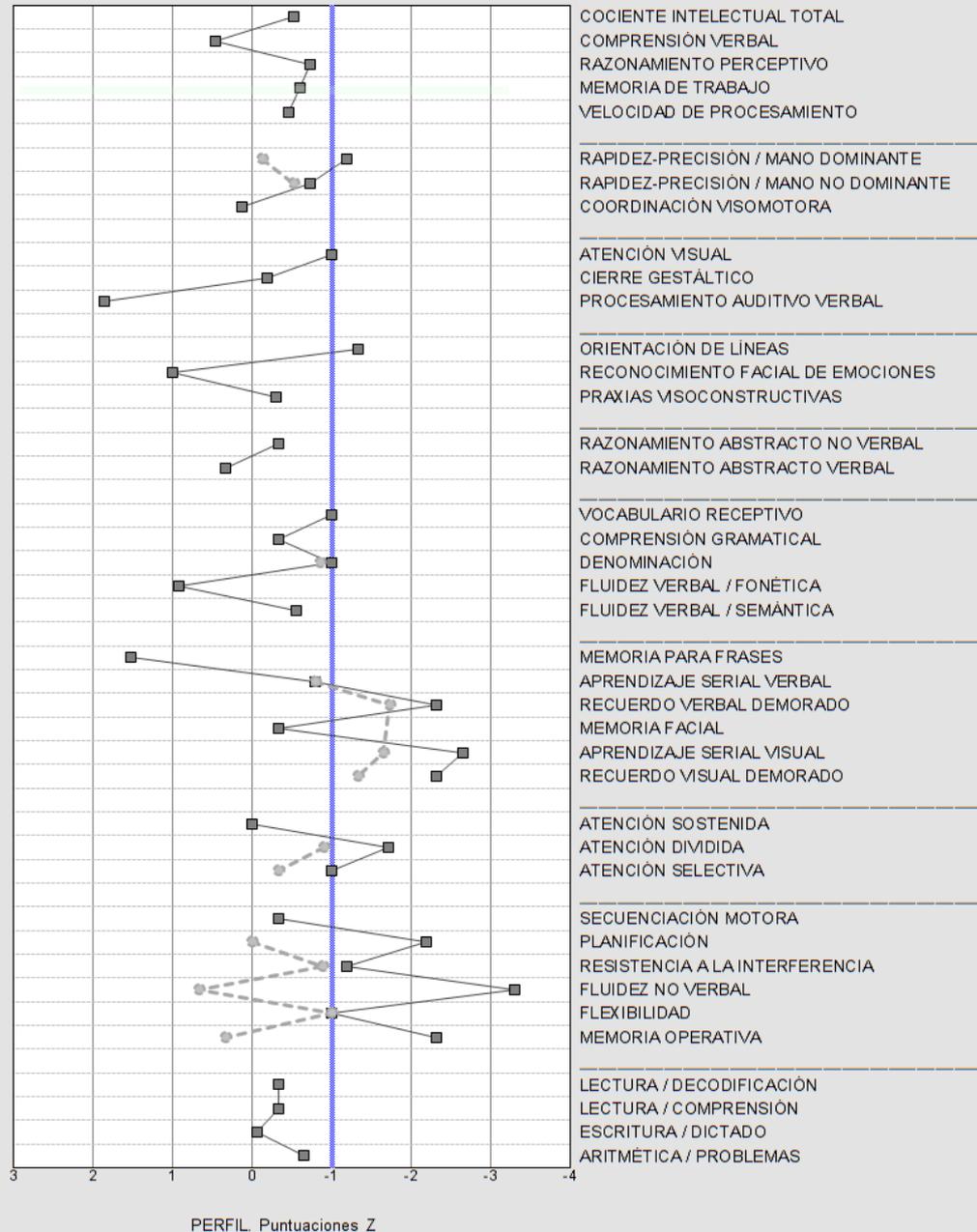


- **Ningún FAE** de los que existen actualmente en el mercado es completamente seguro.
- **Hasta un 60%** de los pacientes experimentan EA con los FAE clásicos, pero desconocemos cuál es la incidencia real de los EA en los pacientes tratados con los nuevos FAE.
- Los EA son más frecuentes en **niños** y con pautas de **politerapia**.
- Aunque la gran mayoría de los EA son **leves y autolimitados** y suelen revertir al modificar la pauta de dosificación, existe sin embargo un **11-25%** de pacientes que requieren repetidos ajustes de dosis y de velocidad de dosificación para minimizar los EA, principalmente los neurológicos y digestivos.
- **Hasta un 7-15%** de los tratados deben suspender la medicación por sufrir EA intolerables.

# Efectos Adversos-3



- **Todos los FAE comercializados** en la actualidad pueden afectar la función cognitiva, la conducta y/o el aprendizaje global.
- Sin embargo, esos trastornos son mucho más frecuentes cuando consideramos FAE de **primera generación**, pautas de **politerapia**, **titulación rápida** de dosis del FAE y presencia de **niveles séricos elevados**.
- **Con respecto a los FAE de primera generación** existe evidencia de clase I con respecto a los EA cognitivos deletéreos de fenobarbital (PB), benzodiacepinas (BZD) y fenitoína (PHT).
- **En cuanto a los FAE de segunda y tercera generación**, existe aún muy poca información disponible y ésta es muy contradictoria. Sin embargo, se conocen bien los EA cognitivos específicos de algunos FAE como topiramato (TPM) sobre memoria, atención y lenguaje, con un nivel de evidencia clase III.



**Edad: 16 años.**

**Epilepsia focal.**

**Topiramato.**

<p><b>Clase A</b></p> <p><b>Por efecto directo</b></p> 	<p>Somnolencia. Sedación. Astenia. Apatía.</p> <p>Confusión. Lentitud de pensamiento. Cambios de humor. Inquietud.</p> <p>Deficiente coordinación visuomotriz. Mareo. Diplopía. Visión borrosa.</p> <p>Deficiente nivel de alerta y atención.</p> <p>Alteración del ciclo vigilia-sueño.</p>
<p><b>Clase B</b></p> <p><b>Idiosincrásicas</b></p>	<p>Hiperactividad. Impulsividad. Labilidad emocional.</p> <p>Agresividad. Agitación psicomotriz. Delirio. Psicosis.</p> <p>Encefalopatía subaguda con o sin hiperamoniemia (VPA y TPM).</p> <p>Empeoramiento paradójico de epilepsia y/o EEG.</p>
<p><b>Clase C</b></p> <p><b>Crónicas</b></p>	<p>Trastorno de aprendizaje global.</p> <p>Deterioro neurocognitivo evolutivo con alteración de aprendizaje, atención, capacidad de concentración, memoria operativa y velocidad de procesamiento.</p> <p>Clínica similar a un TDAH. Trastorno de conducta crónico evolutivo.</p> <p>Perfiles específicos sobre memoria verbal y atención sostenida.</p>
<p><b>Clase D</b></p> <p><b>Diferidas</b></p>	<p>Perfil de retraso madurativo global o como TGD en hijos de madres epilépticas tratadas con FAE durante la gestación.</p>

<p><b>Clase A</b></p> <p><b>Por efecto directo</b></p> 	<p>PB. PRM. PHT. ESM. CBZ. VPA. BZD.</p> <p>VGB. FBM. LTG. GBP. TGB. PRG. TPM. OXC. LEV. ZNS.</p> <p>RFM. LCM. STP. ESL. PRP.</p>
<p><b>Clase B</b></p> <p><b>Idiosincrásicas</b></p>	<p>PB. PRM. PHT. ESM. VPA. BZD.</p> <p>VGB. LTG. GBP. TGB. TPM. LEV. ZNS.</p> <p>VPA y TPM → encefalopatía subaguda con o sin amonio alto.</p> <p>RFM. PRP.</p>
<p><b>Clase C</b></p> <p><b>Crónicas</b></p>	<p>PB. PRM. PHT. ESM. CBZ. VPA. BZD.</p> <p>FBM. TPM. ZNS.</p> <p>TGB. LEV. → conductual.</p>
<p><b>Clase D</b></p> <p><b>Diferidas</b></p>	<p>PB. PRM. PHT. VPA.</p> <p>¿Nuevos FAE?</p>



# FAEs y efectos psicotrópicos

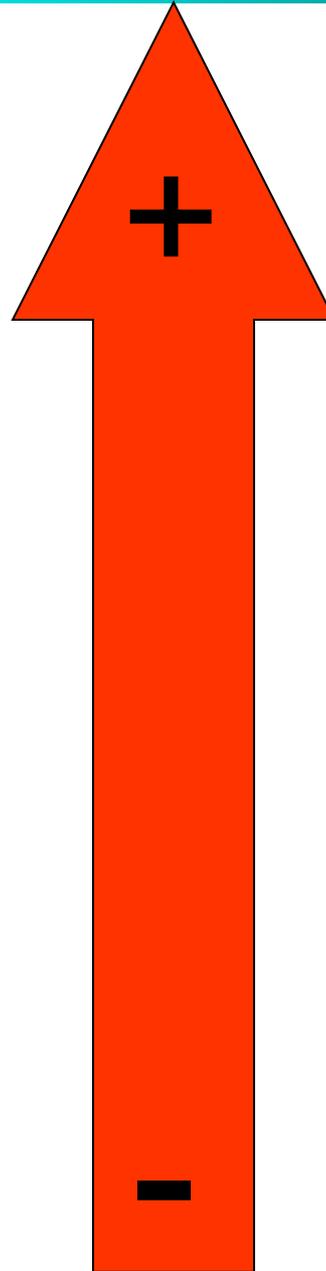
Efectos negativos  
sobre afectividad

Psicosis y otras  
complicaciones

<b>PB, PRM</b>	<b>Agresión y depresión</b>	<b>TDAH en niños</b>
<b>ESM</b>	<b>Insomnio</b>	<b>Psicosis</b>
<b>PHT</b>	<b>Insomnio</b>	<b>Esquizofrenia-like</b>
<b>CBZ</b>	<b>Manía y depresión</b>	<b>TDAH en niños</b>
<b>VGB</b>	<b>Agresión y depresión</b>	<b>Psicosis</b>
<b>LTG</b>	<b>Insomnio</b>	<b>Raramente psicosis</b>
<b>FBM</b>	<b>Agitación</b>	<b>Psicosis</b>
<b>TGB</b>	<b>Depresión</b>	<b>Cambios emocionales</b>
<b>LEV / PRP</b>	<b>Agitación / Irritabilidad</b>	<b>Potencial Psicosis</b>
<b>TPM / ZNS</b>	<b>Depresión</b>	<b>Potencial Psicosis</b>



# **AFECTACIÓN COGNITIVA POTENCIAL DE LOS FARMACOS ANTIEPILEPTICOS**



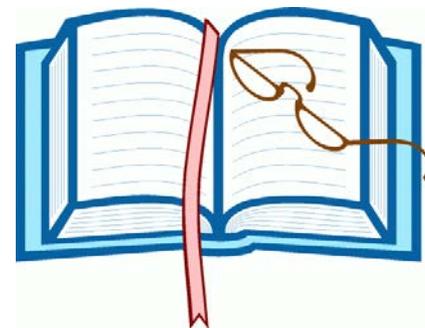
- Clonazepam (CNZ)
- Clobazam (CLB)
- Fenobarbital (PB)
- Primidona (PRM)
- Topiramato (TPM)
- Fenitoína (PHT)
- Zonisamida (ZNS)
- Tiagabina (TGB)
- Estiripentol (STP)
- Valproato (VPA)
- Carbamacepina (CBZ)
- Pregabalina (PRG)
- Oxcarbacepina (OXC)
- Acetato de Eslicarbazepina (ESL)
- Gabapentina (GBP)
- Felbamato (FBM)
- Rufinamida (RFM)
- Vigabatrina (VGB)
- Lamotrigina (LTG)
- Lacosamida (LCM)
- Levetiracetam (LEV)

**¿Se puede prevenir todo esto?**



# Escolaridad y Epilepsia

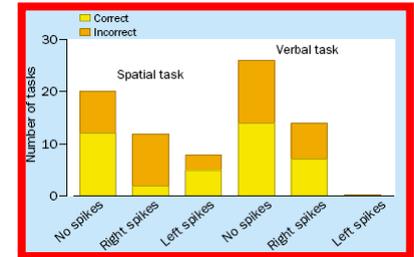
## ¿Es posible modificar?



### ➤ **Prevención fracaso escolar:**

- ❖ Detección precoz alteraciones aprendizaje.
- ❖ Identificar precozmente anomalías neurocognitivas.
- ❖ Identificar alteraciones comportamentales.
- ❖ Detección precoz semiología TDAH.
- ❖ Evitar actitud negativa profesores.
- ❖ Evitar actitud sobreprotectora de padres.
- ❖ Evitar desarrollo baja autoestima en el niño.
- ❖ Regular apoyos psicopedagógicos.

# Identificar y definir el problema precozmente



- No preguntar sólo por crisis.
- Valorar en cada revisión cognición y conducta.
- Usar escalas calidad de vida (CAVE).
- Usar escalas TDAH y CBCL.
- Usar escalas de EA por FAE.
- No basta sólo con hacer CI al niño epiléptico.
- Adecuada valoración diagnóstica.
- Incluir valoración psicopedagógica.
- Incluir valoración comportamiento.
- Definir perfiles → orientar tratamiento.
- ¿Por qué no tratar el verdadero TDAH del epiléptico?

# Escala de Calidad de Vida en Epilepsia (CAVE)



	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
Conducta	1	2	3	4	5
Asistencia escolar	1	2	3	4	5
Aprendizaje	1	2	3	4	5
Autonomía	1	2	3	4	5
Relación social	1	2	3	4	5
Frecuencia de crisis	1	2	3	4	5
Intensidad de crisis	1	2	3	4	5
Opinión de los padres	1	2	3	4	5

**Paciente:**

**Periodo:**



# Escala de Efectos Adversos por FAEs (AEP-modificada) Niños



¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas durante los últimos tres meses?

Para cada síntoma, marque la respuesta elegida rodeándola con un *círculo*. Por ejemplo, si la respuesta es “siempre o a menudo ha sido un problema” rodee el N° 4; y así sucesivamente. Si no sabe o no es valorable, marque con una “X” la casilla correspondiente. Por favor, asegúrese de que no queda ninguna respuesta sin contestar.

	Nunca	Raramente	A veces	Siempre o a menudo	No sabe
	No	Escaso	Medio	Mucho	No valorable
1. Inestabilidad (perdida de equilibrio)	1	2	3	4	
2. Cansancio / Fatigabilidad	1	2	3	4	
3. Impulsividad / Hacer las cosas sin pensar	1	2	3	4	
4. Agresividad	1	2	3	4	
5. Nerviosismo, inquietud y/o agitación	1	2	3	4	
6. Dolor de cabeza	1	2	3	4	
7. Caída del cabello	1	2	3	4	
8. Problemas de piel	1	2	3	4	
9. Visión doble o borrosa	1	2	3	4	
10. Náuseas, vómitos, diarrea, acidez de estómago y/o dolor abdominal	1	2	3	4	
11. Dificultades para concentrarse o para atender en casa o en el colegio	1	2	3	4	
12. Problemas en boca o encías	1	2	3	4	
13. Temblor de manos	1	2	3	4	
14. Aumento de peso	1	2	3	4	
15. Mareos o vértigo	1	2	3	4	
16. Somnolencia (tener sueño)	1	2	3	4	
17. Depresión, tristeza, apatía	1	2	3	4	
18. Problemas de memoria	1	2	3	4	
19. Alteración del sueño	1	2	3	4	
20. Dificultades en el habla	1	2	3	4	
21. Pérdida de apetito y/o pérdida de peso	1	2	3	4	

Paciente:

Periodo:

Medicación:

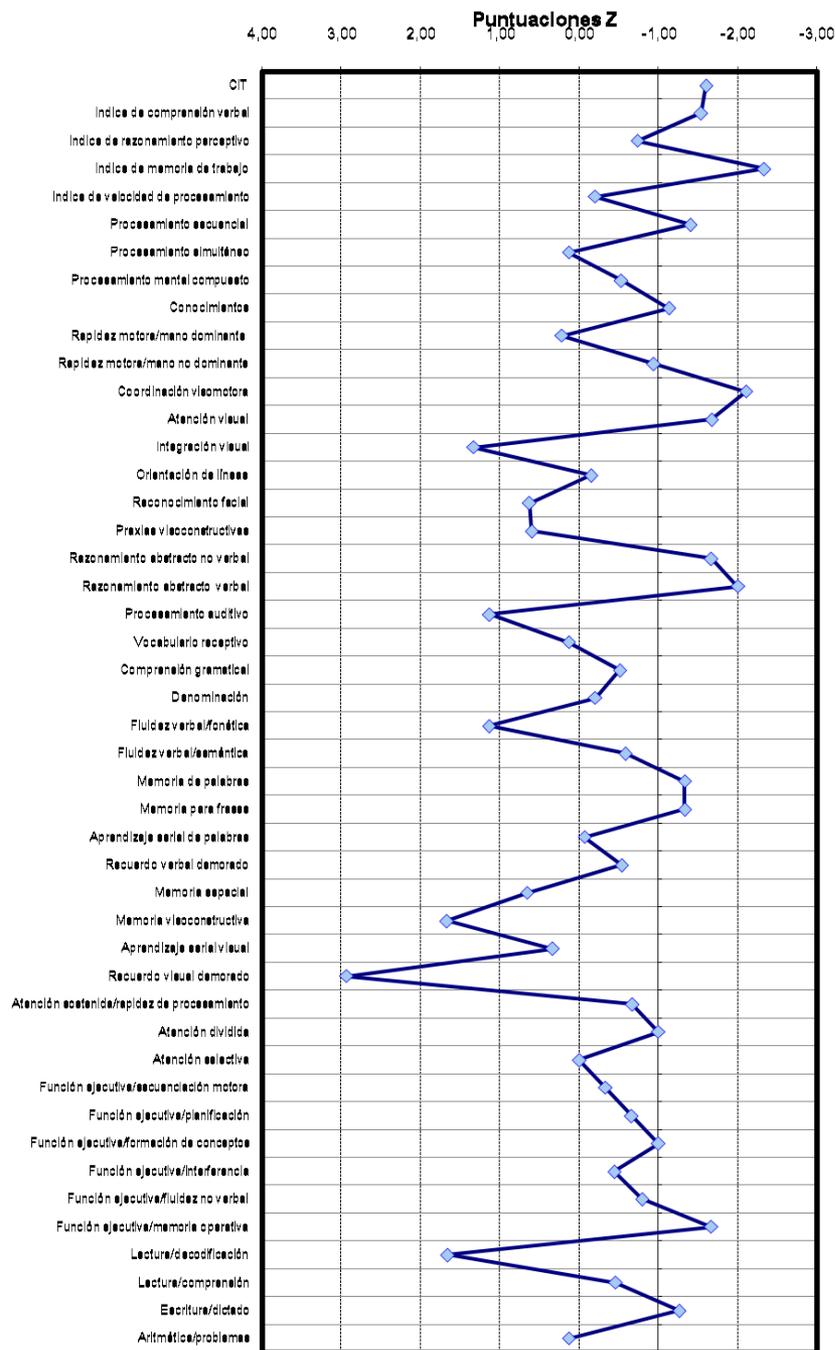


# Definiendo Perfiles

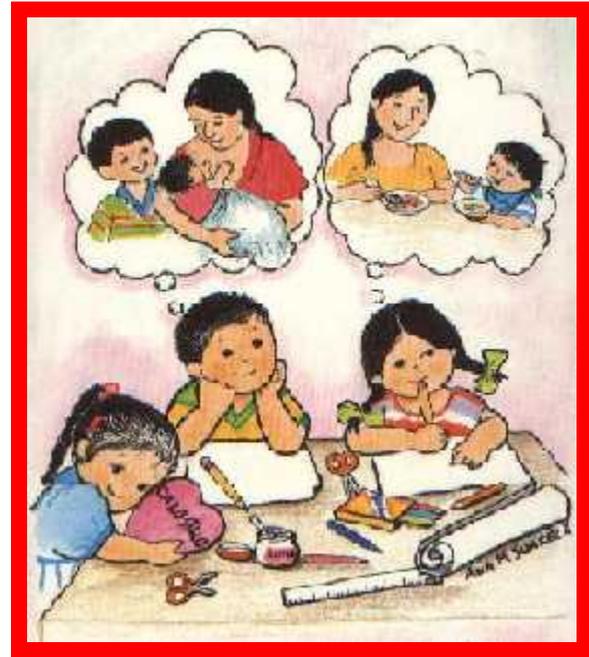


- **Trastorno del Aprendizaje Global.**
- **Trastorno Específico del Aprendizaje.**
- **Trastorno tipo TDAH.**
- **Disfunciones específicas.**

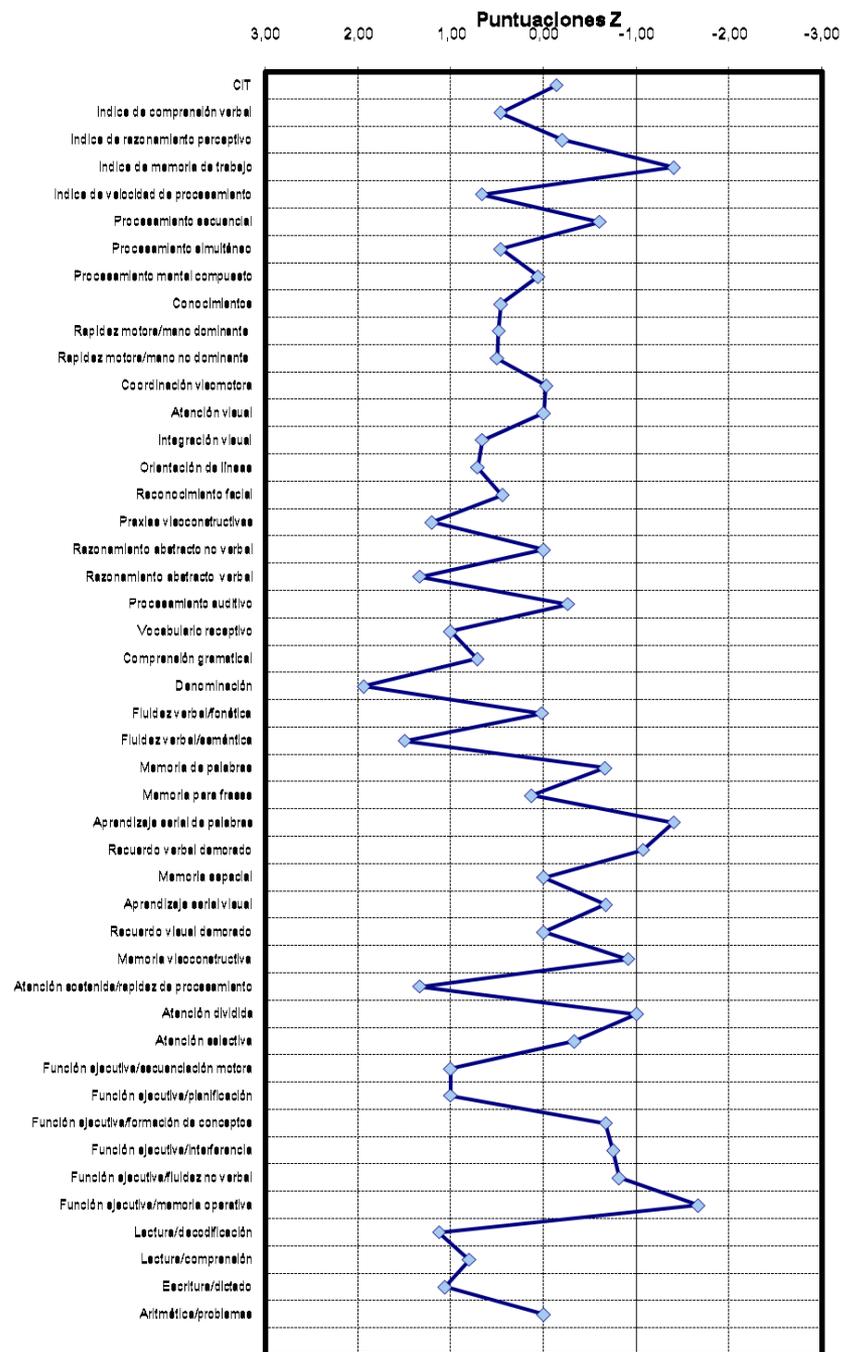




# Trastorno Del Aprendizaje Global







# Trastorno Tipo TDAH



# TDAH y Epilepsia



- Prevalencia de TDAH del 30-40% en epilepsia infantil.
- Prevalencia del TDAH más alta que en la población general.
- Mayor riesgo para el TDAH-subtipo Inatento.
- Pacientes epilépticos con buen control de crisis: buena respuesta a MPH y ATX, sin empeoramiento de las crisis.
  - Al menos 12-24 meses libre de crisis.
- Presencia de crisis evolutivas no determinada por fármacos para tratar el TDAH, sino por la presencia previa de paroxismos en EEG y crisis previas.
- Necesidad de valorar el estado cognitivo y el funcionamiento ejecutivo antes, durante y tras el tratamiento del TDAH.

# Conclusiones



# Conclusiones



- El fracaso escolar en epilepsia infantil tiene múltiples causas relacionadas con la epilepsia, su tratamiento y/o el ambiente psicosocial de cada caso.
- Las dificultades de aprendizaje en niños con epilepsia son una manifestación heterogénea y frecuente, pero infradiagnosticada, que altera la calidad de vida del niño y que condiciona importante problemática psicosocial.
- Es fundamental diagnosticar precozmente estas alteraciones, definir el subtipo específico mediante estudios neuropsicológicos bien reglados y orientar un adecuado tratamiento multimodal, psicopedagógico y/o farmacológico del problema.
- No debemos simplificar el problema diciendo que todos los niños con epilepsia presentan algún tipo de TDAH.
- No debemos simplificar el problema diciendo que todos los problemas de aprendizaje se deben a los FAE.



"How do you know I have a learning disability?  
— Maybe you have a *teaching* disability!"

**Muchas gracias por vuestra atención**