



TRABAJANDO JUNTOS

La incapacidad laboral en epilepsia. Criterios de valoración



M.T. Vicente-Herrero^{a,*}, M.J. Terradillos García^b, L. Capdevila García^c,
M.V. Ramírez Iñiguez de la Torre^d, Á.A. López-González^e y E. Aguilar Jiménez^f

^a Grupo Correos, Valencia, España

^b Instituto Nacional de la Seguridad Social, Madrid, España

^c MAPFRE, Valencia, España

^d Grupo Correos, Albacete, España

^e Hospital de Manacor, Illes Balears, España

^f Instituto Nacional de la Seguridad Social, Valencia, España

Recibido el 2 de junio de 2014; aceptado el 6 de agosto de 2014

Disponible en Internet el 31 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Epilepsia;
Incapacidad laboral;
Prevención
de riesgos;
Salud laboral

KEYWORDS

Epilepsy;
Occupational
disability;

Resumen La epilepsia es una enfermedad crónica, con crisis recurrentes y paroxísticas por anomalías en la actividad eléctrica cerebral, y controlable en la mayor parte de los pacientes mediante fármacos antiepilépticos, en monoterapia o politerapia.

Probablemente uno de los aspectos más complejos en epilepsia es la valoración de la incapacidad laboral que produce en la persona afectada. Para realizarla deben tenerse en cuenta múltiples factores tendentes a la adopción de decisiones homogéneas, atendiendo a criterios de homologación y dentro del principio de equidad que preside la concesión de las prestaciones de la Seguridad Social por incapacidad laboral.

Se requiere para ello la colaboración de todos los profesionales implicados en las distintas especialidades regidos en sus informes por criterios comunes y considerando la propia enfermedad y los efectos de los tratamientos prescritos, que pueden contribuir por sus efectos adversos a las limitaciones para el desempeño de determinadas profesiones de riesgo.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Occupational disability in epilepsy. The assessment criteria

Abstract Epilepsy is a chronic disease cursing with recurrent and paroxysmal crises due to anomalies in the electrical activity of brain, and is controllable in most of the patients by using antiepileptic drugs, in single or combination therapy.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: grupo.gimt@gmail.com, mtvh@ono.com, correoteo@gmail.com (M.T. Vicente-Herrero).

Occupational risk prevention;
Occupational health

Probably one of the most complex aspects of epilepsy is the assessment of disability for work of the affected person. For this purpose, multiple factors need to be taken into account for homogeneous decision-making, and according to criteria of approval and within the principle of equity inherent in the granting of Social Security disability benefits.

This requires the cooperation of all professionals involved in the different specialties, with reports using common criteria and taking into account the disease itself, as well as the effects of the prescribed treatments, the effects of which can contribute to the limitations in the performance of certain professions of risk.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La epilepsia se define como un trastorno caracterizado por cambios crónicos, recurrentes y paroxísticos de la función neuronal producidos por anomalías en la actividad eléctrica cerebral. Es el trastorno neurológico más frecuente después de la cefalea. Se calcula que afecta a más de 6 millones de personas; aproximadamente 15 millones podrían presentar crisis en algún momento de sus vidas^{1,2}. En España hay alrededor de 400.000 pacientes con epilepsia. Alrededor de un 5-10% de la población experimentará una crisis a lo largo de su vida, y hasta un 20% de estos tendrán crisis recurrentes³.

Aunque es una enfermedad crónica, suele ser controlable en la mayor parte de los pacientes mediante fármacos antiepilepticos, en monoterapia o politerapia, pero los afectados pueden presentar crisis en algún momento de sus vidas, por lo que requieren de control y seguimiento adaptado en cuanto a frecuencia según los casos, siendo prioritario en aquellos pacientes resistentes a los tratamientos (Consenso RATE-España)⁴.

Existe una controversia abierta sobre la estigmatización social y laboral del paciente epiléptico. Recientes estudios realizados en España por la Fundación Jiménez Díaz hablan de tasas de empleo en epilépticos similares a las de la población general, siendo los principales factores asociados a su desempleo y a procesos de incapacidad la presencia de epilepsia refractaria, la concurrencia de convulsiones en los últimos 12 meses y la necesidad de politerapia⁵.

Un estudio realizado en un área con altas tasas de desocupación del Reino Unido muestra que las tasas de desempleo en pacientes epilépticos eran del 46%, frente al 19% en la población control, siendo mayores en trabajadores manuales y con discapacidad psiquiátrica asociada (77 y 79%, respectivamente). Concluye este estudio afirmando que el epiléptico tiene mayores dificultades para encontrar trabajo y que tiende a tareas de cualificación baja⁶.

La epilepsia, por su cronicidad, tiene una importante repercusión social, así lo destaca un estudio realizado en diversos países europeos (Italia, Alemania, España, Holanda, Inglaterra, Portugal y Rusia), que confirma la exclusión social de los afectados, con menor acceso a los permisos de circulación, restricción en actividades de ocio y limitaciones en las prestaciones de compañías de seguros, si bien estas limitaciones se relacionan con la gravedad de la enfermedad y sus características clínicas⁷.

También son importantes los costes económicos, tanto directos como indirectos, derivados de la enfermedad. Su cuantificación, al igual que ocurre con otras enfermedades, es compleja e imprecisa. La mayor parte de los estudios realizados lo han hecho sobre los costes sanitarios o directos frente a los más complejos costes indirectos, relacionados con el ámbito laboral: pérdida de horas de trabajo, absentismo, procesos de incapacidad temporal (IT) e incapacidad permanente (IP) concedidas en alguno de sus grados.

Trabajos realizados en España y Francia por el estudio ESPERA cifran los costes directos entre 2.978 y 4.964 € por paciente/año, según se trate de un epiléptico respondedor o resistente a las terapias. En lo que respecta a repercusión en calidad de vida, los pacientes controlados presentan mejores puntuaciones en el QOLIE-31P y EQ-5D-3L que los resistentes, lo que incrementa el gasto sanitario con cargo al Sistema Público de Salud y los costes a cargo de las instituciones sociales, especialmente en epilepsias refractarias a tratamiento, con mayor merma en la calidad de vida y desarrollo más frecuente de dolencias adaptativas secundarias⁸.

Un trabajo realizado en Dinamarca (Registro Nacional Danés de Pacientes 1998-2006) sobre cuantificación de costes en 64.587 epilépticos mostró cifras aproximadas de 14.575 €/paciente, frente a un coste de 1.163 €/en controles. Además, los pacientes con epilepsia recibieron un exceso de ingresos por transferencias sociales⁹.

Asumiendo la importancia social y económica de la enfermedad, uno de los aspectos más complejos en epilepsia es la valoración de la incapacidad laboral que produce en la persona afectada, directamente relacionada con su repercusión socioeconómica en cuanto a los costes indirectos que genera y en las que se valoran conjuntamente aspectos clínicos y preventivo-laborales.

Para poder realizar esta valoración de forma estricta y desde una perspectiva médico-laboral deben tenerse en cuenta múltiples factores: la propia enfermedad y el modo en que se presenta, la diversidad de medidas terapéuticas susceptibles de aplicar, el tipo de trabajo que realiza y la capacidad laboral del trabajador, valorando conjuntamente los riesgos laborales y los aspectos clínicos de la enfermedad, la forma de afrontar la situación y la actitud de la persona ante la enfermedad, visto lo cual, se considera imprescindible estudiar al paciente/trabajador desde

su propia perspectiva individual. No obstante, las decisiones deben ser homogéneas, atendiendo a criterios de homologación y dentro del principio de equidad que preside la concesión de las prestaciones de la Seguridad Social por incapacidad laboral.

En ocasiones esta incapacidad puede estar determinada no tanto por la propia enfermedad, sino por los efectos de los tratamientos que precisen y que pueden contribuir, por sus efectos adversos o secundarios, a las limitaciones para el desarrollo de determinadas profesiones de riesgo.

La incapacidad laboral en España. Conceptos básicos

Para poder abordar la valoración de incapacidad laboral en el trabajador epiléptico se han de conocer los conceptos básicos en esta materia que se revisan a continuación.

La incapacidad laboral se define como un *desequilibrio entre las capacidades funcionales y los requerimientos de un puesto de trabajo*, pudiendo ser *transitorio* (IT) o *permanente* (IP). Por tanto, para poder calificar a un paciente como incapacitado laboralmente no basta con que exista lesión o alteración de sus estructuras y/o funciones corporales (físicas o mentales), sino que debe darse ineludiblemente la condición de que dicha alteración impida el desempeño de su puesto de trabajo¹⁰.

El marco legislativo vigente que regula la situación de incapacidad laboral en España es el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio (Ley General de la Seguridad Social). En sus artículos 128 a 133 se recoge lo referente a la IT, y en los artículos 136 a 149 lo relativo a la IP¹¹.

La valoración de incapacidad tendrá en cuenta el origen o contingencia de la misma, que puede ser común (enfermedad común y accidente no laboral) o profesional (enfermedad profesional y accidente laboral).

Para que dentro del marco jurídico de la Seguridad Social se reconozca la situación de IT, es preciso que se cumplan 2 condiciones indispensables:

1. Que las consecuencias de la enfermedad o accidente produzcan una alteración de la salud de tal intensidad que, a juicio médico, el paciente esté *impedido para el trabajo*, de modo que se justifique el alejamiento temporal de su puesto de trabajo. Es decir, cualquier alteración de la salud del trabajador no comporta automáticamente el nacimiento de la prestación por IT.
2. Que dichas alteraciones precisen asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Se admite, no obstante, que la asistencia sanitaria se preste por medios privados siempre que el control de la situación se realice por el facultativo del Servicio Público de Salud.

El periodo máximo de IT es de 365 días, pudiendo verse prorrogado en 180 días más como límite cuando se considere que en ese periodo extra el trabajador puede recuperar la capacidad para reanudar su actividad laboral.

Frente a la IT, la IP es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan

o anulen su capacidad laboral. Por tanto, para valorar la IP de un trabajador se ha de esperar a que el cuadro clínico esté estabilizado.

En cuanto a la IP, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) es el único organismo competente para su declaración, a través de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI)¹². El EVI es un órgano colegiado compuesto por el Subdirector Provincial de IP (Presidente del EVI), un funcionario del INSS de la unidad de trámite de prestaciones de IP (Secretario del EVI), un médico inspector del INSS, un inspector médico del Servicio Público de Salud, un inspector de trabajo y, opcionalmente, un experto en seguridad e higiene en el trabajo y un experto en recuperación y rehabilitación (médicos de Equipos de Valoración y Orientación en Discapacidad).

El EVI valorará el informe médico elaborado por un médico inspector del INSS tras el estudio del paciente, así como los datos de la vida laboral y de la profesión del mismo. Los médicos del INSS, además de su propia especialidad médica, cuentan con formación continuada específica en valoración médica de incapacidades, además de tener a su disposición documentos, protocolos y guías de valoración, fundamentalmente el *Manual de Actuación para Médicos del INSS*, supervisado y avalado por las sociedades científicas correspondientes a cada especialidad.

Dado que la plantilla de médicos del INSS engloba a facultativos de todas las especialidades clínicas, de cada una de ellas hay nombrado un *médico consultor* para poder ayudar a la toma de decisiones en los casos en que el médico que realiza la evaluación tenga dudas.

Valoración de la incapacidad laboral en Neurología. Consideraciones generales

Los trastornos neurológicos representan una de las principales causas de incapacidad y la primera causa de discapacidad en los países industrializados. Las dolencias que con mayor frecuencia determinan discapacidad son el ictus y las demencias, que afectan habitualmente a población desvinculada del mundo laboral, al contrario de otras enfermedades neurológicas de predominio en personas jóvenes, en edad laboral, y por ello con trascendencia en incapacidad laboral, como la esclerosis múltiple, los traumatismos craneoencefálicos y la que aquí nos ocupa, la epilepsia¹³.

En las enfermedades neurológicas de carácter progresivo, su pronóstico condiciona el grado de incapacidad. En otros casos con opciones de conseguir su estabilización, la valoración definitiva debe demorarse hasta conseguir dicha estabilización del cuadro clínico. En las enfermedades neurológicas con evolución favorable se suele requerir de periodos de IT de duración variable, y habitualmente reincorporación laboral posterior.

La Medicina Evaluadora tiene por objeto apreciar la repercusión del cuadro clínico de un trabajador a efectos de que se determine la existencia o no de algún tipo y grado de incapacidad laboral. Valora la repercusión funcional que tiene la enfermedad sobre las diferentes capacidades de las personas¹⁴.

La evaluación del menoscabo neurológico dependerá de la enfermedad, del estadio evolutivo clínico o funcional, del

pronóstico y de las posibilidades terapéuticas. En el caso de la evaluación neurológica, suele estar dificultada por la frecuente interrelación de las funciones del sistema nervioso y deberá hacerse después de un tiempo prudencial, posterior al tratamiento aplicado, para comprobar la eficacia del mismo. Es importante tener en cuenta el pronóstico, ya que a menudo son procesos evolutivos, que requieren de una reevaluación del paciente, bien por posible mejoría que suponga recuperación de su capacidad laboral, total o parcial, bien por agravamiento que incremente el grado mayor de incapacidad¹⁵.

Incapacidad laboral asociada a epilepsia. Criterios de valoración

La epilepsia es un trastorno paroxístico y recurrente en el que el tratamiento específico consigue controlar las crisis en aproximadamente el 70% de los pacientes, que podrán realizar una vida laboral normal fuera de las crisis y, por ello, compatible con una actividad laboral exenta de riesgo¹⁶. Pero una minoría se muestra resistente al tratamiento y no puede desempeñar actividad laboral, e incluso, cuando la enfermedad se manifiesta en edades tempranas, no llegan a incorporarse a ella.

Para realizar una valoración de incapacidad laboral en epilepsia se ha de tener en cuenta la tipología de las crisis, que, al ser muy variable, requiere del médico evaluador conocer los distintos tipos para aplicar de una forma estricta los criterios con base en la información clínico-laboral disponible del paciente. Independientemente, se tendrán en cuenta determinadas profesiones que por sus especiales características y riesgos laborales tienen una regulación normativa específica, por considerarse limitantes para pacientes epilépticos por sus exigencias psicofísicas, y que pueden incluso limitar el propio proceso de acceso a ellas¹⁷⁻²⁷.

Como en la valoración del resto de las enfermedades, también en trabajadores epilépticos es fundamental realizar una adecuada historia clínica que permita determinar la cuantía e intensidad de las crisis, el tratamiento prescrito y la respuesta al mismo, los antecedentes de ingresos hospitalarios por esta enfermedad, clasificar si es posible al paciente dentro de un grupo de alto o bajo riesgo en función de la recurrencia de sus crisis, etc.²⁸. Los datos clínicos considerados como necesarios en la valoración de incapacidad laboral del epiléptico se muestran en la [tabla 1](#).

En función de diferentes parámetros (diagnóstico, severidad de la enfermedad, situación funcional neurológica, necesidad de tratamiento y respuesta al mismo, exploración física, pruebas complementarias, etc.), y poniéndolos en relación con los requerimientos profesionales del paciente, se podrán establecer diferentes grados funcionales que ayuden a valorar la incapacidad laboral del paciente, desde un grado en que el enfermo esté diagnosticado de epilepsia pero no presente clínica y no tome medicación (o solo con carácter preventivo), en cuyo caso conserva su capacidad laboral completa, hasta un grado funcional en el que el paciente presente un grave deterioro general y neurológico que no se corrige con tratamiento, con alteración del nivel de conciencia y que necesite asistencia de tercera persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, como

alimentarse; en este caso el paciente no tendría capacidad para ningún tipo de actividad laboral ([tabla 2](#)).

En general, los enfermos epilépticos no deberían tener ninguna restricción laboral si están bien controlados: no se ha demostrado que tengan más accidentes que los que no padecen dicha enfermedad, y su absentismo laboral es inferior al de la población general²⁹.

La hiperventilación tras esfuerzo o ejercicio físico no tiene los mismos efectos que la realizada en reposo y que se utiliza durante el registro EEG para activar las anomalías paroxísticas, por lo que el hecho de que durante el estudio surjan tales anomalías provocadas por hiperventilación no indica necesariamente que en la realización de sus actividades, el esfuerzo con hiperventilación vaya a desencadenar una crisis epiléptica³⁰.

Únicamente podrían estar limitados los epilépticos con crisis activas que conlleven pérdidas de conciencia transitoria para trabajos como piloto en compañías aéreas, conducción de vehículos pesados o de transporte de viajeros, tareas en alturas, submarinismo, natación, profesiones que requieran el control de máquinas con riesgo para sí o terceros, bomberos, etc., algunos de los cuales se rigen por su propia normativa, como ya se ha comentado.

Recomendaciones y conclusiones

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes, que no distingue edad, raza, clase social, ubicación geográfica o fronteras, y cuyo impacto afecta tanto al paciente individual como a su familia, e indirectamente a la comunidad. En el ámbito laboral la epilepsia ha de ser valorada considerando los peligros físicos potenciales secundarios a la imprevisibilidad de los ataques, sin que esto suponga exclusión social en aquellos casos en los que las convulsiones no conlleven inseguridad laboral³¹.

Es complejo determinar cuándo un paciente epiléptico puede o no desempeñar una actividad laboral, tanto más cuando su incapacidad laboral implica repercusiones personales y socioeconómicas. Es por ello fundamental actuar con criterios homogéneos, objetivos y coordinados entre todos los implicados. Se partirá de la base de que, como norma general, las crisis epilépticas son episodios paroxísticos, breves y autolimitados, expresivos de una descarga anormal, sincronizada y excesiva de neuronas, que pueden ser manifestación de una epilepsia u ocurrir de manera aislada como manifestación de una alteración del sistema nervioso central.

Se distinguirán a la hora de valorar al trabajador epiléptico si se está ante una epilepsia en remisión, cuando el paciente no presenta crisis durante un periodo de tiempo que oscila entre los 2 y 5 años, o, por el contrario, se trata de una epilepsia activa, cuando se han producido crisis dentro de ese margen temporal.

Otro de los aspectos a destacar es la respuesta a las terapias, si se controlan con monoterapia o requieren de politerapia, si bien en todos los casos se han de mantener las recomendaciones de evitar actividades que alteren los ritmos circadianos o aquellas que representen riesgo vital.

Un trabajador que sufre una crisis epiléptica por lo general va a requerir un tiempo de IT, de duración variable según los casos, para lograr la recuperación que le permita

Tabla 1 Valoración del menoscabo de un paciente epiléptico en relación con su profesión habitual

Prueba	Actitud médico-laboral	Consideraciones clínicas	Consideraciones laborales
Anamnesis	Valoración de la enfermedad de base y su pronóstico	Las epilepsias secundarias condicionarán el pronóstico: malformaciones congénitas cerebrales, metabolopatías, alcoholismo crónico, traumatismo craneoencefálico, tumores cerebrales, accidentes cerebrovasculares, infecciones del SNC, degeneración cerebral, privación de drogas, fármacos depresores del SNC, etc.	
	Valoración de crisis única	Crisis únicas con alto riesgo de recurrencia con alguno de los siguientes factores agravantes: a) historia de daño cerebral; b) lesión en TC o RMN cerebral; c) alteraciones focales en la exploración neurológica; d) retraso mental; e) crisis parcial como primera crisis, y f) alteraciones epileptiformes en el EEG	Tener en cuenta la profesión habitual y asociarla a las actividades de riesgo a nivel profesional, así como a profesiones de especial regulación, como la de conductor profesional
	Identificación de los factores de alto riesgo de recurrencia de crisis	Marcadores de mayor riesgo de recurrencia: a) jóvenes (< 25 años); b) varones; c) solteros; d) que usan mal o no toman la medicación; e) que abusan de alcohol o drogas; f) que presentan alteraciones psiquiátricas; g) con historia de crisis múltiples, y h) crisis de tipo parcial compleja o generalizada	Actitud cauta en cuanto a permitirle que conduzca o realice otras actividades de riesgo (trabajos en alturas, uso de maquinaria potencialmente peligrosa, actividades con repercusión a terceros, etc.)
	Identificación de la etapa en que se encuentra el sujeto en relación con la toma de fármacos antiepilépticos	Los factores que predisponen a una tasa alta de recurrencias tras la retirada de los fármacos son los siguientes: a) EEG anormal; b) empeoramiento del EEG tras la retirada del FAE; c) alteraciones en la exploración neurológica; d) retraso mental, y e) crisis frecuentes antes del periodo libre producido por la medicación	Limitaciones para la realización de tareas de riesgo durante periodos largos de tiempo (1-2 años tras la suspensión de fármacos antiepilépticos)
	Constatación, cuando sea posible, de que el paciente sigue los consejos terapéuticos y de régimen de vida	Valoración de efectos secundarios de los fármacos antiepilépticos	
Pruebas complementarias	Analítica general, EEG y neuroimagen. Video-EEG, polisomnografía y niveles de fármacos antiepilépticos (fenitoína, valproato, lamotrigina, carbamacepina y fenobarbital)		
Efectos secundarios de los tratamientos	Diplopía, ataxia, disartria, cefalea e irritabilidad	Adaptación progresiva a estos efectos secundarios, aunque si los mismos fuesen intolerables, sería necesaria la sustitución del tratamiento antiepiléptico	Incapacidad laboral para determinadas actividades
Consideraciones especiales	Seudocrisis	Prueba de apoyo: vídeo-EEG	Valoración de la incapacidad laboral. Valorar conjuntamente: estados disociativos, psicosis, neurosis de conversión y de renta
	Crisis única		Incapacidad temporal durante 6 meses en caso de conducción no profesional, y durante un año si son conductores profesionales
	Turnicidad	Cambio de turno	

Fuente: Grupo de Estudio de la Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología³².

Tabla 2 Grados funcionales en Neurología para el paciente epiléptico

Grado	Situación clínico-neurológica y terapéutica	Capacidad laboral
Grado 0	<i>Situación funcional neurológica:</i> normal para su grupo de referencia. Enfermedad diagnosticada, pero sin sintomatología. En estadio clínico no evolutivo. <i>Tratamiento:</i> ninguno o preventivo	<i>Capacidad laboral:</i> en general, completa, salvo raras excepciones (profesiones que estén específicamente reguladas)
Grado 1	<i>Situación funcional neurológica:</i> antecedentes de crisis convulsivas o mioclonías no activas de más de un año sin crisis; limitación piramidal leve; alteración neurológica leve de control esfinteriano vesical y rectal; alteración del estado de ánimo leve. <i>Tratamiento:</i> ocasional o sintomático, que no afecta secundariamente a las funciones neurológicas ni a otras funciones que comprometan la seguridad propia o ajena	<i>Capacidad laboral:</i> completa, salvo profesiones cuya ergonomía comporte alta exigencia de: cargas sensoriales intensas o alta discriminación sensorial; riesgo elevado de accidentes; profesiones reguladas específicamente
Grado 2	<i>Situación funcional neurológica:</i> crisis epilépticas en el último año (activas); alteraciones extrapiramidales leves; alteraciones neurológicas moderadas del control esfinteriano vesical y rectal; disminución leve de la función mental. <i>Tratamiento:</i> habitual, que compensa la clínica	<i>Capacidad laboral:</i> podrá desempeñar profesiones cuyas exigencias ergonómicas no se vean limitadas por las disfunciones neurológicas del paciente
Grado 3	<i>Situación funcional neurológica:</i> crisis epilépticas severas, frecuentes y refractarias a la terapéutica (epilepsia refractaria); hemiplejía; signos extrapiramidales moderados a severos; pérdida neurológica total del control esfinteriano vesical y rectal; disminución moderada de la función mental. <i>Tratamiento:</i> habitual, que no compensa la clínica	<i>Capacidad laboral:</i> limitada a tareas laborales marginales o tutorizadas
Grado 4	<i>Situación funcional neurológica:</i> grave deterioro general y neurológico con afectación del nivel de conciencia; tetraplejía o hemiparesia/hemiplejía severa; signos extrapiramidales severos; necesidad de asistencia para la alimentación y ventilación; narcolepsia severa o cataplejía; disminución severa de la función mental. <i>Tratamiento:</i> precisa ayuda de terceras personas para las actividades cotidianas de la vida diaria	<i>Capacidad laboral:</i> no conserva capacidad

Fuente: González Campano et al. (modificada por GIMT).

retomar su actividad laboral. Cuando la crisis epiléptica se produzca en el contexto de un trastorno epiléptico ya conocido y tratado, el periodo de IT no debería prolongarse más de una semana, pues la crisis es un fenómeno paroxístico con recuperación posterior. Sin embargo, cuando se trate de una crisis epiléptica sin antecedentes previos conocidos, se realizará un estudio etiológico que determine el origen, y durante este periodo se debe mantener al trabajador en situación de IT.

En aquellos casos en que se detecte un incremento en la frecuencia de crisis epilépticas, se puede indicar el ingreso hospitalario para estudiar la causa de la descompensación, y durante este periodo de ingreso y hasta alcanzar la estabilidad sintomática, se deberá mantener al trabajador en situación de IT. El estatus epiléptico requiere siempre ingreso hospitalario, y con ello, el periodo de IT necesario.

Cuando la frecuencia de las crisis epilépticas sea alta (crisis diarias, semanales), aun después de instaurado un tratamiento, se debe valorar la incapacidad laboral del paciente en situación laboral activa, y podría ser calificado como incapacitado permanente en función de su edad, tipo de trabajo, tratamiento requerido, respuesta al mismo, efectos adversos y riesgo que el desempeño de la actividad laboral genera para sí mismo o para terceras personas implicadas, siempre dentro del marco preventivo establecido por la legislación vigente en prevención de riesgos laborales³³.

Se requiere, en todo caso, una actuación conjunta y ajustada a criterios comunes por parte de todos los sanitarios implicados: médicos de atención primaria y familia, neurólogos, médicos del trabajo y médicos evaluadores, para facilitar la máxima objetividad y homogeneidad en la valoración de la capacidad laboral del paciente/trabajador con epilepsia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Duncan JS, Sander JW, Sisodiya M, Walker MC. Adult epilepsy. *Lancet*. 2006;367:1087-100.
- Brodie MJ, Engel J Jr, Lee P, de Boer HM. Taking the "call to action" forward-What can be achieved in Europe? *Epilepsia*. 2003;44 Suppl 6:4-8.
- García-Ramos R, García Pastor A, Masjuan J, Sánchez C, Gil A. FEEN: Informe sociosanitario FEEN sobre la epilepsia en España. *Neurología*. 2011;26, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2011.04.002>.
- Sánchez Álvarez JC, Mauri Llerda JA, Gil Nagel A, Casas Fernández C, Salas Puig J, Lahuerta J, et al. Consenso de las recomendaciones de actuación diagnóstica y terapéutica sobre

- epilepsia resistente a fármacos antiepilépticos en España (Consenso RATE-España). *Neurología*. 2012;27:481-90.
5. Trescher W, Lesser R. Epilepsias. En: Bradley W, Daroff R, Fenichel G, Jankovic J, editors. *Neurología clínica. Trastornos neurológicos, II*. Madrid: Elsevier España, S.A.; 2005. p. 1939-75.
 6. Marinas A, Elices E, Gil Nagel A, Salas Puig J, Sánchez JC, Carreño M, et al. Socio-occupational and employment profile of patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2011;21:223-7.
 7. The RESt-1 Group. Social aspects of epilepsy in the adult in seven European countries. *Epilepsia*. 2000;41:998-1004.
 8. Villanueva V, Girón JM, Martín J, Hernández-Pastor LJ, Lahuerta J, Doz M, et al., Investigadores del estudio ESPERA. Quality of life and economic impact of refractory epilepsy in Spain: The ESPERA study. *Neurología*. 2013;28:195-204.
 9. Jennum P, Gyllenborg J, Kjellberg J. The social and economic consequences of epilepsy: A controlled national study. *Epilepsia*. 2011;52:949-56.
 10. Oliveira R, Villaverde C. Una nueva aproximación conceptual para la incapacidad. *Rev Multidiscip Gerontolog*. 2001;11:72-7.
 11. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm. 154, 29 de junio de 1994. p. 20658-708.
 12. Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. BOE núm. 198, de 19 de agosto de 1995. p. 25856-60.
 13. Grupo de Estudio de Neurología del Trabajo de la Sociedad Española de Neurología. *Epilepsia y profesiones con especial regulación: Normativa actual [CD-ROM]*. En: Burcet Dardé J, editor. Madrid, 2004.
 14. Grupo de Estudio de Neurología del Trabajo de la Sociedad Española de Neurología. *Epilepsia e incapacidad profesional. [CD-ROM]*. En: Burcet Dardé J, Izquierdo Rodríguez R, García Herrera M, editores. Madrid; 2009.
 15. VV. AA. Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de Atención Primaria. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. NIPO: 477-09-012-0.
 16. Aso Ascario J, Arregui Calvo R, editores. *Aspectos médico-legales de la epilepsia*. Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica S. L.; 2002.
 17. Resolución 452/38019/2014, de 3 de febrero, de la Subsecretaría, por la que se aprueba el proceso de selección para el ingreso en los centros de formación para incorporarse a las escalas de tropa y marinería. BOE núm. 34, de 8 de febrero de 2014. p. 10971-1033.
 18. Real Decreto 944/2001, de 3 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento para la determinación de la aptitud psicofísica del personal de las Fuerzas Armadas. BOE núm. 186, de 4 de agosto de 2001. p. 28883-907.
 19. Orden PRE/2622/2007, de 7 de septiembre, por la que se aprueba el cuadro médico de exclusiones exigible para el ingreso en los centros docentes militares de formación. BOE núm. 220, de 13 de septiembre de 2007. p. 37461-7.
 20. Orden PRE/528/2009, de 2 de marzo, que modifica la Orden PRE/2622/2007, de 7 de septiembre, por la que se aprueba el cuadro médico de exclusiones exigible para ingreso en los centros militares de formación. BOE núm. 55, de 5 de marzo. p. 22762-3.
 21. Real Decreto 2487/1998, de 20 de noviembre, por el que se regula la acreditación de la aptitud psicofísica necesaria para tener y usar armas y para prestar servicios de seguridad privada. BOE núm. 289, de 3 de marzo de 1998. p. 39719-39.
 22. Orden INT/1637/2010, de 14 de junio, por la que se convocan pruebas selectivas para ingreso, por el sistema general de acceso libre, en el Cuerpo de Ayudantes de Instituciones Penitenciarias. BOE núm. 150, de 21 de junio de 2010. p. 53530-8.
 23. Organización de Aviación Civil Internacional (OACI). Anexo I. Licencias al personal. 11.ª ed. Montreal, Canadá; julio 2011.
 24. Real Decreto 1696/2007, de 14 de diciembre, por el que se regulan los reconocimientos médicos de embarque marítimo. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 2007. p. 53975-85.
 25. Orden FOM/3200/2007, de 26 de octubre, por la que se regulan las condiciones para el gobierno de embarcaciones de recreo. BOE núm. 264, de 3 noviembre 2007. p. 45049-84.
 26. Resolución de 11 de enero de 2010, de la Dirección General de la Marina Mercante, sobre la acreditación de la aptitud psicofísica para el manejo de embarcaciones de recreo. BOE núm. 40, de 15 de febrero de 2010. p. 13724-46.
 27. Orden de 14 de octubre de 1997, por la que se aprueban las normas de seguridad para el ejercicio de actividades subacuáticas. BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 1997. p. 34419-56.
 28. De Boer HM, Mula M, Sander JW. The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2008;12:540-6.
 29. González Campano E, Gómez García CM, Paredes Menea A. *Guía de valoración del menoscabo permanente*. Madrid: Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo; 2002.
 30. *Exploración Clínica en Neurología*. Clínica Mayo. Barcelona: Editorial Jims, S. A.; 2002.
 31. Elwes RD, Marshall J, Beattie A, Newman PK. Epilepsy and employment. A community based survey in an area of high unemployment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1991;54:200-3.
 32. Grupo de Estudio de la Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología. *Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia 2004*. Actualización de 2012. Barcelona: Prous Science; 2004. Disponible en: <http://www.epilepsiasen.net/system/files/GUIA%20OFICIAL%20SEN%20EPILEPSIA.pdf>
 33. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10 de noviembre de 1995. p. 32590-611.