

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUÍA DE MANEJO: EPILEPSIA	CÓDIGO: HP-NEUR-GM-02
 	UNIDAD: MEDICO HOSPITALARIA		FECHA DE EMISIÓN: 29-01-2018
	PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		Página 1 de 43

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. Objetivo

Describir la información disponible a la fecha de la definición y clasificación de las epilepsias, así como de los paraclínicos disponibles y establecer una guía de tratamiento según el tipo de epilepsia.

2. METODOLOGIA

Búsqueda y revisión de la literatura de las guías disponibles de epilepsia guía SEN, guía NICE, guía de la asociado americana de neurología y las guías colombianas vigentes.

3. ALCANCE

La presente guía pretende aproximarse a la definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento de las epilepsias más frecuentes basadas en las guías recientes y vigentes en Colombia.

4. POBLACION OBJETO

Beneficiarios de las FFMM desde de los 15 años en adelante.

5. RECOMENDACIONES

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La epilepsia es un trastorno neurológico con múltiples causas y manifestaciones, que pone en riesgo la vida del paciente, con consecuencias neurocognitivas, psicológicas y sociales. Presentando una mayor frecuencia en países en vía de desarrollo debido a causas secundarias (traumas y neuroinfecciones), por lo anterior se requiere un adecuado conocimiento de la enfermedad por parte del personal de salud para poder dar información adecuada al paciente y hacerlo participe del manejo integral, disminuyendo los costos del sistema de salud.

Crisis epiléptica: Es la presencia transitoria de síntomas y/o signos debidos a una actividad anormal excesiva y sincrónica del cerebro(1).

Epilepsia: Es una alteración del cerebro caracterizada por una predisposición duradera para generar crisis epilépticas. (1,3). Desde el punto de vista operacional la podemos definir por cualquiera de las siguientes condiciones.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	2 de 43		

5. RECOMENDACIONES

- Al menos dos convulsiones no provocadas (o reflejas) que ocurren en un periodo mayor 24 h entre crisis
- Una convulsión no provocada (o refleja) y una probabilidad de nuevas convulsiones similares al riesgo de recurrencia general (al menos 60%) después de dos Convulsiones no provocadas, que ocurrirán durante los próximos 10 años
- Diagnóstico de un síndrome epiléptico

Se considera que la epilepsia está resuelta para las personas que tenían un síndrome epileptico dependiente de la edad, pero que ahora no tiene la edad aplicable para este síndrome epiléptico o que han permanecido libres de crisis durante los últimos 10 años con medicación, o libre de crisis sin medicamentos durante los últimos 5 años

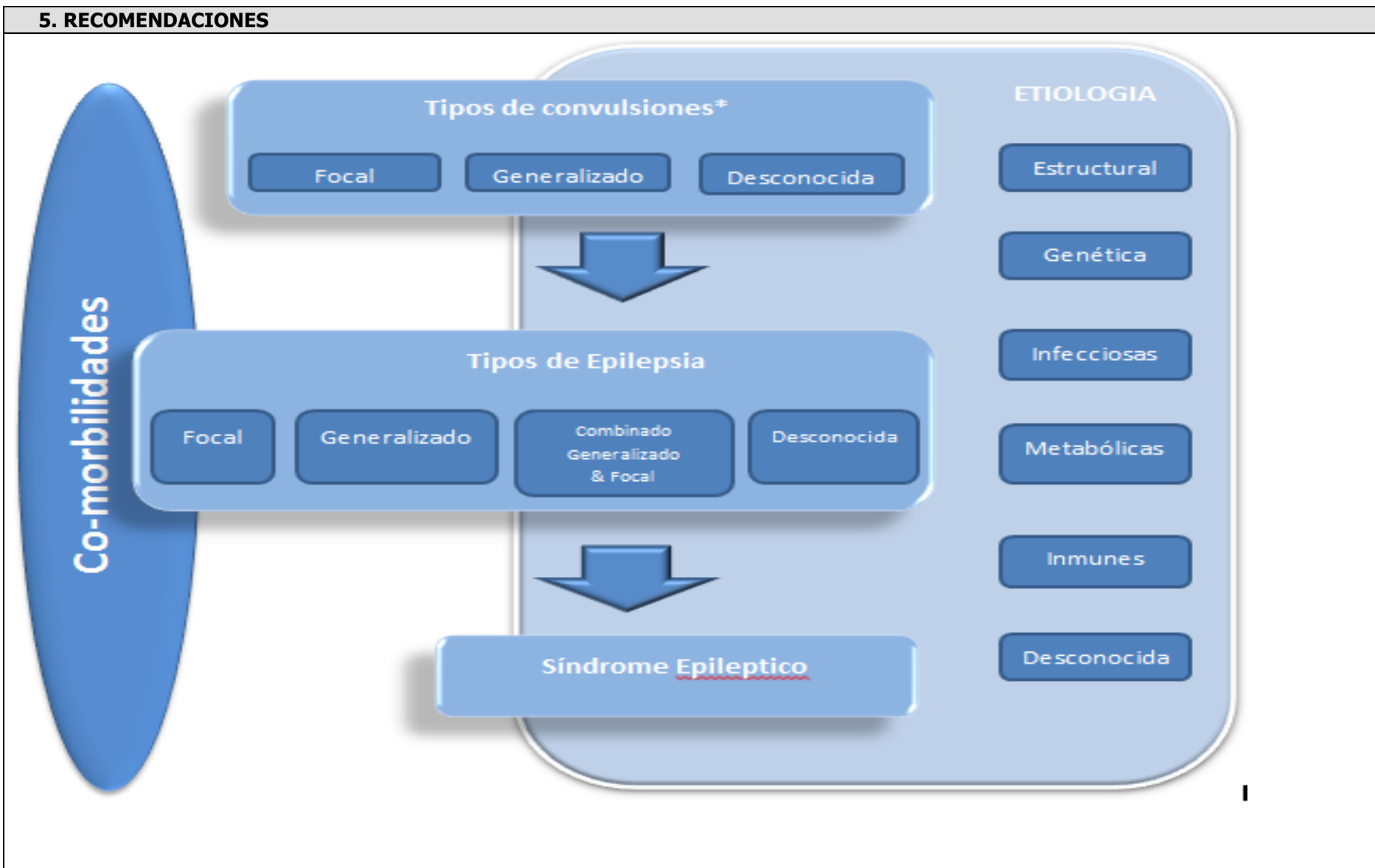
Encefalopatías epilépticas: son aquellos trastornos en los que la actividad epiléptica contribuye a severas alteraciones cognitivas y de comportamiento más allá de lo que cabría esperar de la patología subyacente sola (p. ej., malformación cortical), y que pueden empeorar a lo largo del tiempo.(1)

Epilepsia refractaria: Se define como aquella epilepsia en la que no se logra alcanzar una reducción en la frecuencia ictal igual o mayor al 50% a pesar de recibir dos o mas fármacos antiepilépticos indicados para el tipo de crisis en dosis máximas toleradas

La clasificación vigente ILAE 2017) se presenta a continuación(3)

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	3 de 43		

5. RECOMENDACIONES



SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	4 de 43		

5. RECOMENDACIONES

ILAE 2017 Clasificación de los tipos de Epilepsia versión 1



GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	5 de 43		

5. RECOMENDACIONES

La siguiente guía se basa en la mejor evidencia disponible, (las guías vigentes en Colombia, las guías NICE 2016 y los artículos con mayor relevancia científica que pueden impactar en nuestra población). Esta guía se aplicará para la población de las fuerzas militares.

1.El principio de toma de decisión

Los profesionales de la salud deberán adoptar un estilo de consulta que permita al joven adulto con epilepsia, familiares y cuidadores, según corresponda, participar como aliados en todas las decisiones acerca del cuidado de su salud y tener plenamente en cuenta su raza, cultura y cualquier necesidad específica.

2 Haciendo frente a la epilepsia

2.1 Los jóvenes y adultos con epilepsia, familiares y cuidadores deben ser empoderados para enfrentar su condición de la mejor manera posible.

2.2 Los adultos deben recibir información y educación adecuada sobre todos los aspectos de la epilepsia. La mejor forma de lograrlo y mantenerlo es mediante planes estructurados de auto-manejo.

2.3 La mejor forma de lograr el auto-manejo de la epilepsia en los jóvenes es a través de modelos e intervenciones activas de formación con enfoque en la niñez.

3. Información al paciente:

3.1 Los jóvenes y adultos con epilepsia, familiares y cuidadores deben recibir y tener acceso a fuentes de información, según corresponda, sobre:

- La epilepsia en general
- Diagnóstico y opciones de tratamiento
- Medicamentos y efectos adversos
- Tipos de crisis, factores desencadenantes y control de las crisis
- Manejo y auto-cuidado
- Manejo de riesgos

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	6 de 43		

5. RECOMENDACIONES

- Primeros auxilios, seguridad y prevención de lesiones en casa y en la escuela o en el trabajo
- Problemas psicológicos
- Beneficios de la seguridad social y servicios sociales
- Educación y cuidado de la salud en la escuela
- Empleo y vida independiente de los adultos
- Importancia de informar en el trabajo el diagnóstico de epilepsia, si es necesario para obtener mayor información o aclaración al respecto se debe contactar con organizaciones de voluntariado)
- Conducción de automóviles y la seguridad en la vía
- Pronóstico
- Muerte súbita por epilepsia (SUDEP)
- Estado epiléptico
- Estilo de vida, asuntos sociales y de entretenimiento, entre ellos el uso recreativo de las drogas, el consumo de alcohol, la actividad sexual y la privación del sueño
- Planificación familiar y embarazo
- Organizaciones voluntarias tales como grupos de apoyo y organizaciones de beneficencia y cómo contactarlos.

3.2 El momento en que se proporcione la información dependerá de la certeza sobre el diagnóstico y la necesidad de realizar exámenes confirmatorios.

3.3 La información debe ser proporcionada en un formato, idioma y forma adecuada a las necesidades del joven o adulto. Se debe tener en cuenta la edad de desarrollo, género, cultura y etapa de vida del individuo.

3.4 Si los jóvenes y adultos, familiares y cuidadores no han obtenido aún información de buena calidad mediante organizaciones voluntarias y otras fuentes, los profesionales les deberán informar sobre fuentes diversas (en internet, de ser apropiado).

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	7 de 43		

5. RECOMENDACIONES

- 3.5 Se debe disponer de un periodo de tiempo adecuado en la consulta para ofrecer información que debe retomarse durante consultas posteriores.
- 3.6 Se deben utilizar listas de chequeo para recordar a los jóvenes, adultos y a los profesionales de la salud, la información que deben abordar en las consultas.
- 3.7 Cualquier persona que proporcione atención o tratamiento a niños, jóvenes y adultos con epilepsia debe ser capaz de proporcionar información esencial.
- 3.8 El joven o adulto con epilepsia, familiares y cuidadores, según corresponda, deben saber cómo contactar a una persona designada para tal fin, cuando necesiten información. Dicha persona designada debe ser un miembro del equipo de atención en salud y tendrá la responsabilidad de asegurar que se atiendan las necesidades de información del joven o el adulto, familiares y cuidadores.
- 3.9 Se debe hablar sobre la posibilidad de que se presenten crisis y brindar información sobre la epilepsia antes de que los jóvenes y adultos con alto riesgo presenten una crisis, por ejemplo después de una lesión cerebral grave, o aquellos con trastornos de aprendizaje o con un marcado historial familiar de epilepsia.
- 3.10 Los jóvenes y adultos con epilepsia deben recibir información apropiada antes de tomar decisiones trascendentales, por ejemplo en cuanto al embarazo o al empleo.

Muerte súbita por epilepsia (SUDEP)

- 3.11 La información sobre la muerte súbita por epilepsia (SUDEP) debe incluirse en la literatura sobre la epilepsia para mostrar por qué es importante prevenir las crisis. La lista de verificación de la consejería a jóvenes y adultos, familiares y cuidadores, debe incluir información personalizada respecto al riesgo relativo de sufrir una muerte súbita por epilepsia.
- 3.12 El riesgo de SUDEP se puede minimizar mediante:
- La optimización del control de las crisis
 - El conocimiento sobre las posibles consecuencias de las crisis nocturnas.
- 3.13 La información personalizada y el diálogo entre el joven o adulto con epilepsia, familiares y cuidadores, según corresponda, y los profesionales de la salud deben tener en cuenta el bajo riesgo, pero inminente de SUDEP.
- 3.14 Si hay familiares o cuidadores afectados por la SUDEP, los profesionales de la salud deberán contactarles para brindar sus condolencias, invitarles a dialogar sobre el deceso y ofrecer remisión para el acompañamiento al duelo y a un grupo de apoyo sobre SUDEP.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	8 de 43		

5. RECOMENDACIONES

4.Después de la primera crisis

4.1 Los jóvenes y adultos que se presenten a un servicio de urgencias y accidentes después de la sospecha de una crisis, deben ser examinados inicialmente. Esto lo debe realizar un médico de adultos o pediatra con remisión posterior a un médico especialista [6] cuando se sospeche la posibilidad de una crisis epiléptica o existan dudas acerca del diagnóstico.

4.2 Deben existir protocolos establecidos para garantizar la valoración adecuada en la sala de urgencias a jóvenes y adultos que ingresen con una crisis epiléptica, bien sea sospechada o confirmada.

4.3 Se obtendrá información de un adulto, familiar o cuidador luego de que se presente una posible crisis

4.4 Se recomienda que todos los adultos que presenten una primera crisis sean valorados lo más pronto posible [7] por un especialista en manejo de epilepsias, a fin de asegurar un diagnóstico preciso y temprano, así como el inicio de una terapia adecuada a sus necesidades.

4.5 Se recomienda que todos los jóvenes que presenten una primera crisis no febril sean valorados lo más pronto posible por un especialista en manejo de epilepsias, a fin de asegurar un diagnóstico preciso y temprano así como el inicio de una terapia adecuada a sus necesidades.

4.6 Durante la primera valoración de la aparición de una crisis reciente, el especialista debe tener acceso a los exámenes apropiados.

4.7 En un joven o adulto que se presente con un ataque, se debe llevar a cabo un examen físico. Este debe enfocarse en su estado cardíaco, neurológico y mental y debe incluir una valoración del desarrollo, cuando sea apropiado.

4.8 La información esencial sobre cómo reconocer una crisis, los primeros auxilios y la importancia de reportar ataques posteriores, debe proporcionarse al joven o adulto que haya experimentado una posible crisis inicial y a su familiar, padre o cuidador, según corresponda. Esta información será proporcionada al joven o adulto, así como a familiares y cuidadores mientras que se espera un diagnóstico.

5.Diagnóstico

5.1 El diagnóstico de la epilepsia en los jóvenes y adultos debe realizarse por parte de un médico especialista con formación y conocimiento avanzado en epilepsia.

5.2 Los jóvenes y adultos, familiares y cuidadores deben tener la oportunidad de hablar sobre el diagnóstico con un profesional de la salud idóneo.

5.3 Debe recogerse un historial detallado de parte del niño, joven o adulto y de algún testigo del ataque, de ser posible, a fin de determinar si pudo haber ocurrido una crisis epiléptica.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	9 de 43		

5. RECOMENDACIONES

5.4 La determinación clínica de ocurrencia de una crisis epiléptica se basará en la combinación de la descripción del ataque y los diferentes síntomas. El diagnóstico no podrá basarse en la presencia o ausencia de características individuales.

5.5 Puede que no se pueda establecer un diagnóstico definitivo de epilepsia. Si el diagnóstico no se puede determinar de forma clara, se debe considerar la posibilidad de realizar exámenes adicionales, ver sección 6 y la remisión a un especialista terciario en epilepsia [8] (consulte la recomendación 10.2). Siempre se debe programar seguimiento.

5.6 Si se sospecha un trastorno de ataque no epiléptico deberá efectuarse una remisión adecuada a servicios psicológicos o psiquiátricos para exámenes y tratamiento adicional.

5.7 El registro prospectivo de los eventos, entre ellos, la grabación en video y La descripciones escritas serán muy útiles para conseguir un diagnóstico.

6. Exámenes

6.1 Se brindará información a los jóvenes y adultos, familiares y cuidadores, según corresponda, sobre los motivos para realizar pruebas, los resultados y su significado, los requisitos de exámenes específicos y los procedimientos para su obtención.

Electroencefalograma (EEG)

6.3 Los jóvenes y adultos que necesiten un EEG, se les debe realizar la prueba pronto, después de la solicitud [A]

6.4 Un EEG se realizará solamente para justificar un diagnóstico de epilepsia en adultos cuya historia clínica sugiera que la crisis pueda tener un origen epiléptico.

6.5 Un EEG se realizará solamente para justificar un diagnóstico de epilepsia en jóvenes. Si se considera necesario un EEG, este deberá realizarse después de la segunda crisis epiléptica pero en determinadas circunstancias valoradas por el especialista, se podrá considerar después de una primera crisis epiléptica.

6.6 No debe realizarse un EEG en caso de un posible síncope por la posibilidad de obtener un resultado falso-positivo.

6.7 El EEG no podrá utilizarse para descartar un diagnóstico de epilepsia en un joven o adulto, cuya presentación clínica soporte el diagnóstico de un evento no epiléptico.

6.8 El EEG no podrá utilizarse de forma aislada para diagnosticar la epilepsia.

6.9 Se puede usar un EEG para determinar el tipo de crisis y síndrome epiléptico en jóvenes y adultos con sospecha de epilepsia. Esto les permite obtener el pronóstico correcto.

6.10 En los jóvenes y adultos que presentan una crisis inicial no provocada, la actividad epileptiforme inequívoca en el EEG podrá ser utilizada para valorar el riesgo de recurrencia convulsiva.

6.11 En los jóvenes y adultos con sospecha de epilepsia, pero que presentan dificultades en el diagnóstico, debe existir la posibilidad de realizar exámenes especializados.

6.12 El EEG estándar seriado puede ser útil si no existe claridad respecto al diagnóstico de epilepsia o del síndrome. Sin embargo, si se ha establecido un diagnóstico, el EEG seriado probablemente no resulte útil.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	10 de 43		

5. RECOMENDACIONES

- 6.13 El EEG estándar seriado no debe preferirse sobre el EEG de sueño o con privación de sueño.
- 6.14 Si un EEG estándar no ha ayudado al diagnóstico o clasificación, se podrá realizar un EEG de sueño.
- 6.15 También se puede utilizar el EEG ambulatorio o el video-EEG de larga duración para la valoración de jóvenes y adultos de difícil diagnóstico posterior a la valoración clínica y al EEG estándar.
- 6.17 La provocación mediante sugestión puede ser utilizada en la valoración de un trastorno de ataque no epiléptico. Sin embargo, su función es limitada y puede llevar a resultados falso-positivos en algunos individuos.
- 6.18 El estímulo fótico y la hiperventilación deben continuar siendo parte de la valoración mediante EEG estándar. El joven o adulto, familiares y cuidadores deben saber que tales procedimientos de activación pueden inducir una crisis y tienen derecho a rechazarlos.

Neuroimágenes

- 6.19 Las neuroimágenes deben utilizarse para identificar las anomalías estructurales que causan ciertas epilepsias.
- 6.20 La imagen por resonancia magnética, IRM, debe ser el examen imagenológico de elección para jóvenes y adultos con epilepsia.
- 6.21 La IRM es de particular importancia para aquellos que:
- Desarrollen la epilepsia antes de la edad de 2 años o en su edad adulta
 - Quienes tengan alguna sugerencia de aparición focal a través de su historial, examen o EEG, salvo que exista evidencia clara de epilepsia focal benigna
 - Cuyas crisis continúen pese a la medicación de primera línea.
- 6.22 La imagen de resonancia magnética debe realizarse pronto a aquellos jóvenes y adultos que la requieran
- 6.23 Las neuroimágenes no serán solicitadas de forma rutinaria si existe un diagnóstico de epilepsia idiopática generalizada.
- 6.24 Se utilizará una tomografía computarizada (TC) para identificar una patología macroscópica subyacente si no hay disponibilidad de IRM, si existe contraindicación y en niños o jóvenes que requieran anestesia general para la IRM y no para la TC.
- 6.25 En una situación crítica se puede utilizar la TC para establecer si una crisis ha sido causada por una lesión o enfermedad neurológica aguda.

Otros exámenes

- 6.26 No se recomienda la medición de prolactina sérica para el diagnóstico de epilepsia.
- 6.27 En los adultos, se deben considerar pruebas de sangre adecuadas, tales como electrolitos en plasma, glucosa y calcio a fin de identificar posibles causas o factores importantes de co-morbilidad.
- 6.28 En los jóvenes, otros exámenes, entre ellos la química sanguínea y orina, se realizarán a discreción del especialista a fin de descartar otros diagnósticos y determinar la causa subyacente de la epilepsia.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	11 de 43		

5. RECOMENDACIONES

6.29 Un electrocardiograma (EKG) de 12 derivaciones se debe realizar en adultos con sospecha de epilepsia.

6.30 En niños y jóvenes, un EKG de 12 derivaciones se debe considerar en caso de diagnóstico incierto.

6.31 En casos de diagnóstico incierto, se debe considerar la remisión al cardiólogo.

Valoración neuropsicológica

6.32 Debe considerarse una valoración neuropsicológica de jóvenes y adultos en quienes es importante valorar trastornos de aprendizaje y disfunción cognitiva, especialmente respecto al lenguaje y memoria.

6.33 Se recomienda remisión para valoración neuropsicológica en los siguientes casos:

- Si un joven o adulto con epilepsia tiene dificultades de aprendizaje o de naturaleza ocupacional
- Si una IRM refleja anomalías en regiones cerebrales de relevancia cognitiva
- Si un joven o adulto se queja de un déficit de memoria u otro tipo de déficit o deterioro cognitivo.

7. Clasificación

7.1 Las crisis epilépticas y los síndromes epilépticos en los jóvenes y adultos deben clasificarse mediante un sistema diagnóstico multiaxial. Los ejes que se deben considerar son: la descripción de la crisis (fenomenología ictal), tipo de crisis, síndrome y etiología.

7.2 Se deben identificar los tipos de crisis y de síndrome epiléptico, etiología y comorbilidad puesto que la clasificación incorrecta del síndrome epiléptico puede llevar a un tratamiento inadecuado y persistencia de las crisis.

7.3 Los jóvenes y adultos con epilepsia deben recibir información acerca de los tipos de crisis y síndrome epiléptico así como del posible pronóstico.

8. Manejo

8.1 Los jóvenes y adultos con epilepsia deben contar con un punto de contacto accesible de servicios especializados.

8.2 Todos los jóvenes y adultos con epilepsia deben contar con un plan de atención integral acordado entre el individuo, familiares y cuidadores, según corresponda, así como con los prestadores en atención en centros de baja y mediana complejidad. Esto debe incluir temas de estilo de vida así como asuntos médicos.

8.3 Profesionales en enfermería especializados en epilepsia (ESN, por sus siglas en inglés) deben formar parte integral de la red de atención a jóvenes y adultos con epilepsia. Los roles claves de los ESN son el apoyo a los médicos generales y especializados en epilepsia, para asegurar el acceso a servicios de atención comunitaria e inter-institucional y ofrecer información, formación y apoyo al niño, joven o adulto, familiares, cuidadores y en el caso de los niños, a otras personas involucradas en su educación, protección y bienestar.

8.4 Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de educar a otros sobre la epilepsia a fin de reducir el estigma asociado a ella. Ellos deben ofrecer información acerca de la epilepsia a todas las personas que tengan contacto con jóvenes y adultos con epilepsia, entre ellos personal escolar, profesionales del servicio social y otros.

SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	12 de 43		

5. RECOMENDACIONES

9 Tratamiento farmacológico

Observación: consulte información adicional sobre el tratamiento farmacológico en el anexo C.

El Grupo desarrollador de la guía (GDG, por sus siglas en inglés) conoce las contraindicaciones respecto a la prescripción de carbamazepina a algunas personas de origen chino han o tailandés. Las recomendaciones de esta sección ofrecen alternativas y por lo tanto no se realizan recomendaciones específicas para estos grupos. El GDG también conoce los problemas específicos asociados a la prescripción del valproato sódico a niñas y mujeres en edad fértil. Las recomendaciones de esta sección ofrecen alternativas de prescripción para este grupo. Las recomendaciones 9.1.10, 9.17.3, 9.17.6, 9.17.9 y 15.1.4 proporcionan también importante información específica y adicional en caso de considerar la prescripción de fármacos antiepilépticos a mujeres en edad fértil.

NICE ha publicado además una guía sobre el uso de retigabina como una opción para el tratamiento adyuvante de la aparición de crisis parciales (se utiliza el término focal en esta guía), con o sin generalización secundaria en adultos de 18 años de edad o más con epilepsia en: Retigabina para el tratamiento adyuvante de las crisis de inicio parcial en la epilepsia (guía de evaluación de tecnologías NICE 232)

9.1 Información general sobre el tratamiento farmacológico

9.1.1 La información proporcionada sobre fármacos antiepilépticos debe presentarse en el contexto de lo que ofrece el fabricante, por ejemplo, indicaciones, efectos adversos y estado de autorización.

9.1.2 La estrategia de tratamiento con fármacos antiepilépticos debe individualizarse según el tipo de crisis, síndrome epiléptico, medicación concomitante y comorbilidad; estilo de vida del niño, joven o adulto y las preferencias del individuo, familiares y cuidadores, según corresponda.

9.1.3 El diagnóstico de la epilepsia debe evaluarse de forma crítica si los eventos continúan a pesar de la dosis óptima de un FAE de primera línea.

9.1.4 Se recomienda suministrar de manera consistente al niño, joven o adulto con epilepsia, un FAE preparado por una compañía farmacéutica específica salvo que el profesional que realice la prescripción, previa consulta con el niño, joven, adulto, familiares y cuidadores, según corresponda, considere que esto no constituye una preocupación. Las diferentes preparaciones de algunos FAE pueden variar en biodisponibilidad o perfil farmacocinético y se debe tener especial cuidado de evitar una disminución del efecto o demasiados efectos adversos. Consultar el Resumen de características de producto (SPC) y el 'Formulario nacional británico' (BNF, disponible en <http://bnf.org>) sobre biodisponibilidad y perfiles farmacocinéticos de cada FAE; debe tenerse en cuenta que estos no proporcionan información comparativa sobre biodisponibilidad de distintas preparaciones genéricas [11] [12].

Observación para el contexto colombiano: la recomendación anterior no es implementable en el entorno nacional, teniendo en cuenta la normatividad que rige el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). El capítulo IV, artículo 16, del decreto 2200 de 2005 se refiere a las características de la prescripción de medicamentos y estipula: Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico).

9.1.5 Se recomienda tratar a niños, jóvenes y adultos con un solo fármaco contra la epilepsia (monoterapia), siempre que sea posible. Si el tratamiento inicial no es exitoso, se podrá intentar la monoterapia con otro fármaco. Tomar precauciones durante el periodo de transición.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	13 de 43		

5. RECOMENDACIONES

9.1.6 Si un FAE fracasa debido a efectos adversos o crisis repetidas, iniciar un segundo fármaco (puede ser un fármaco alterno de primera o segunda línea), e incrementar la dosis hasta la dosis adecuada o máxima tolerada y después suspender de manera titulada el primer fármaco.

9.1.7 Si el segundo fármaco no resulta efectivo, suspender el primer o segundo fármaco, según la efectividad relativa, efectos adversos y tolerancia al fármaco, antes de iniciar otra medicación.

9.1.8 Se recomienda considerar la terapia combinada (terapia adyuvante o 'complementaria') cuando otros intentos de monoterapia con FAE no hayan librado al paciente de las crisis. Si los ensayos de terapia combinada no aportan beneficios significativos, será necesario volver a un régimen bien sea de monoterapia o de terapia combinada, que haya sido comprobada como la más aceptable para el niño, joven o adulto en la medida en que proporcione el mejor balance entre efectividad en reducción de la frecuencia de las crisis y tolerabilidad de los efectos adversos.

9.1.9 Si utiliza carbamazepina, proporcionar preparaciones con suministro controlado.

Observación para el contexto colombiano: para el contexto nacional, en donde se dispone dentro del Plan Obligatorio de Salud de la forma farmacéutica de ácido valproico, se recomienda la implementación de la forma farmacéutica de valproato sódico definida por la guía, por ser la que provee la evidencia que sustenta las recomendaciones en las cuales se encuentra indicado este medicamento.

9.1.10 Si se formula valproato sódico a mujeres y niñas en edad fértil, presente o futura, mencionar los posibles riesgos de malformación y dificultades de neurodesarrollo del niño no nacido, especialmente en altas dosis o utilizado como parte de una politerapia.

9.2 Inicio del tratamiento farmacológico

9.2.1 La terapia con FAE solo se debe iniciar cuando el diagnóstico de epilepsia esté confirmado, salvo en circunstancias excepcionales en que se necesite dialogar y llegar a un acuerdo entre el profesional que formula, el especialista y el joven o adulto, familiares y cuidadores, según corresponda.

9.2.2 La terapia con FAE deberá iniciarse en adultos por recomendación de un especialista.

9.2.3 Un especialista deberá iniciar la terapia con FAE en jóvenes.

9.2.4 La decisión de iniciar la terapia con FAE será tomada por el joven o adulto, familiares y cuidadores, según corresponda, con el especialista después de sostener una conversación detallada acerca de los riesgos y beneficios del tratamiento. Esta conversación tendrá en cuenta detalles del síndrome epiléptico, pronóstico y estilo de vida de la persona.

9.2.5 El tratamiento con FAE generalmente se recomienda después de una segunda crisis epiléptica.

9.2.6 En lo posible, seleccionar el FAE a suministrar con base en el síndrome epiléptico presente. Si el síndrome epiléptico no es claro en su presentación, fundamente su decisión en el tipo o tipos de crisis presentadas.

9.2.7 Considerar y analizar la terapia con FAE con los jóvenes, adultos, familiares y cuidadores, según corresponda, luego de una primera crisis no provocada, en los siguientes casos:

- El joven o adulto tiene un déficit neurológico
- El EEG indica actividad epiléptica inequívoca

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	14 de 43		

5. RECOMENDACIONES

- El joven o adulto, familiares y cuidadores consideran inaceptable el riesgo de volver a tener una crisis
- La imagen cerebral muestra anomalía estructural.

9.2.8 Es preciso tener en cuenta que algunos jóvenes y adultos, en algunos casos a través de familiares y cuidadores, pueden optar por no aceptar la terapia con FAE, tras una conversación detallada sobre sus riesgos y beneficios.

9.3 Tratamiento farmacológico de crisis focales

Tratamiento de primera línea en niños, jóvenes y adultos con crisis focales de diagnóstico reciente

9.3.1 Administrar carbamazepina o lamotrigina como tratamiento de primera línea a niños, jóvenes y adultos con crisis focales de diagnóstico reciente.

9.3.2 El levetiracetam no es costo efectivo según costos unitarios a junio de 2011. [C] Administrar levetiracetam, oxcarbazepina o valproato sódico siempre y cuando el costo del levetiracetam se reduzca por lo menos al 50 % del valor documentado en junio de 2011 por el National Health Service Drug Tariff de Inglaterra y Gales, en caso de que la carbamazepina y la lamotrigina resulten inadecuados o no sean bien tolerados. Formular uno de estos cinco FAE como alternativa, si el primer FAE no resulta efectivo. Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consulte la recomendación 9.1.10).

9.3.3 Considerar el tratamiento adyuvante si un segundo FAE, bien tolerado, resulta no efectivo (consultar las recomendaciones 9.3.1 y 9.3.2).

Observación al contexto colombiano: solamente en aquellos casos en los que no se encuentre disponible ninguno de los medicamentos de primera línea se considerará el uso de fenitoína o fenobarbital para el manejo de las crisis focales en adultos. En niños se prefiere el uso de carbamazepina, lamotrigina u oxcarbazepina y en adultos, el uso de levetiracetam y valproato sódico se prefiere en los casos en los que no se pueda iniciar alguna de las otras opciones recomendadas.

Tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con crisis focales refractarias

9.3.4 Administrar carbamazepina, clobazam [D], gabapentina [D], lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina, valproato sódico o topiramato como tratamiento adyuvante en niños, jóvenes y adultos con crisis focales, si los tratamientos de primera línea resultan no efectivos o no son bien tolerados (consultar las recomendaciones 9.3.1 , 9.3.2). Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

9.3.5 Si el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 9.3.4) no resulta efectivo o no es bien tolerado, analizar con un especialista en epilepsia en un mayor nivel de complejidad o remitir el paciente al mismo. Otros FAE que podrían ser considerados por el especialista en epilepsia son acetato de eslicarbazepina (*) [D], lacosamida, fenobarbital, fenitoína, pregabalina [D], tiagabina (*), vigabatrina y zonisamida (*) [D]. Analizar con atención la relación riesgo-beneficio al utilizar vigabatrina debido al riesgo de un daño irreversible en el campo visual.

(*) Observación al contexto colombiano: Este medicamento actualmente no tiene autorización para comercialización por parte de agentes reguladores (INVIMA)

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	15 de 43		

5. RECOMENDACIONES

9.4 Tratamiento farmacológico de las crisis tónico clónicas generalizadas (GTC) de diagnóstico reciente

Tratamiento de primera línea en jóvenes y adultos con crisis tónico clónicas generalizadas de diagnóstico reciente

9.4.1 Administrar valproato sódico como tratamiento de primera línea a jóvenes y adultos con crisis tónico clónicas generalizadas de diagnóstico reciente. Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

9.4.2 Administrar lamotrigina si el valproato sódico resulta inadecuado. Si la persona presenta crisis mioclónicas o se sospecha que sufra de epilepsia mioclónica juvenil (JME), tener en cuenta que la lamotrigina puede exacerbar las crisis mioclónicas.

9.4.3 Considerar el suministro de carbamazepina y oxcarbazepina [D] pero teniendo en cuenta el riesgo de exacerbación de las crisis de ausencias o mioclónicas.

Tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con crisis tónico clónicas generalizadas

9.4.4 Administrar clobazam [D], lamotrigina, levetiracetam, valproato sódico o topiramato como tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con crisis tónico clónicas generalizadas, si los tratamientos de primera línea resultan ineficaces o no son bien tolerados (consultar las recomendaciones 9.4.1, 9.4.2 y 9.4.3). Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10)

9.4.5 Si se presentan crisis de ausencia o mioclónicas, o si se sospecha una epilepsia mioclónica juvenil, no administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina o vigabatrina.

9.5 Tratamiento farmacológico de crisis de ausencia

Tratamiento de primera línea en jóvenes y adultos con crisis de ausencia

9.5.1 Administrar etosuximida (*) o valproato sódico como tratamiento de primera línea a jóvenes y adultos con crisis de ausencia. Si existe un alto riesgo de crisis tónico clónicas generalizadas, administrar primero valproato sódico salvo que sea inadecuado. Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

9.5.2 Administrar lamotrigina [D] si la etosuximida (*) y el valproato sódico resultan inadecuados, inefectivos o no son bien tolerados.

(*) Observación al contexto colombiano: Este medicamento actualmente no tiene autorización para comercialización por parte de agentes reguladores (INVIMA)

Tratamiento coadyuvante en jóvenes y adultos con crisis de ausencia

9.5.3 Considerar la combinación de dos de estos tres FAE, como tratamiento coadyuvante: etosuximida (*), lamotrigina [D] o valproato sódico, si dos de los FAE de primera línea (consultar las recomendaciones 9.5.1 y 9.5.2) resultan inefectivos en jóvenes y adultos con crisis de ausencia. Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

9.5.4 Cuando el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 9.5.3) resulte inefectivo o no sea bien tolerado, analizar con un especialista en epilepsia en un nivel de mayor complejidad o remitir el paciente al mismo y considerar la administración de clobazam [D], clonazepam, levetiracetam [D], topiramato [D] o zonisamida (*) [D].

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	16 de 43		

5. RECOMENDACIONES

9.5.5 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina o vigabatrina.

(*) Observación al contexto colombiano: Este medicamento actualmente no tiene autorización para comercialización por parte de agentes reguladores (INVIMA)

9.6 Tratamiento farmacológico de crisis mioclónicas

Tratamiento de primera línea en jóvenes y adultos con crisis mioclónicas

9.6.1 Administrar valproato sódico como tratamiento de primera línea a niños, jóvenes y adultos con crisis mioclónicas de diagnóstico reciente, salvo que resulte inadecuado. Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consulte la recomendación 9.1.10).

9.6.2 Considerar el levetiracetam [D] o el topiramato [D] si el valproato sódico resulta inadecuado o no es bien tolerado. Tenga en cuenta que el topiramato tiene un perfil de efectos adversos menos favorable que el del levetiracetam y valproato sódico.

Tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con crisis mioclónicas

9.6.3 Administrar levetiracetam, valproato sódico o topiramato [D] como tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con crisis mioclónicas si los tratamientos de primera línea resultan inefectivos o no son bien tolerados (consultar las recomendaciones 9.6.1 y 9.6.2). Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

9.6.4 Cuando el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 9.6.3) resulte inefectivo o no sea bien tolerado, analizar con un especialista terciario en epilepsia o remitir el paciente al mismo y considerar el clobazam [D], clonazepam, piracetam o zonisamida (*) [D]. 9.6.5 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina o vigabatrina.

(*) Observación al contexto colombiano: Este medicamento actualmente no tiene autorización para comercialización por parte de agentes reguladores (INVIMA)

9.7 Tratamiento farmacológico de crisis tónicas o atónicas

Tratamiento de primera línea en jóvenes y adultos con crisis tónicas o atónicas

9.7.1 Administrar valproato sódico como tratamiento de primera línea en jóvenes y adultos con crisis tónicas o atónicas. Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

Tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con crisis tónicas o atónicas

9.7.2 Administrar lamotrigina [D] como tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con crisis tónicas o atónicas si el tratamiento de primera línea con

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	17 de 43		

5. RECOMENDACIONES

valproato sódico resulta inefectivo o no es bien tolerado.

9.7.3 Analizar con un especialista en epilepsia en un mayor nivel de complejidad si el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 9.7.2) es inefectivo o no es bien tolerado. Otros FAE que el especialista en epilepsia podría considerar son rufinamida (*) [D] y topiramato [D].

9.7.4 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, pregabalina, tiagabina o vigabatrina.

(*) Observación al contexto colombiano: Este medicamento actualmente no tiene autorización para comercialización por parte de agentes reguladores (INVIMA)

9.8 Tratamiento farmacológico de la epilepsia idiopática generalizada (IEG)

Tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con epilepsia idiopática generalizada (IEG)

9.8.1 Administrar valproato sódico como tratamiento de primera línea a jóvenes y adultos con IEG de diagnóstico reciente, especialmente si se presenta una respuesta fotoparoxística durante el EEG. Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consulte la recomendación 9.1.110).

9.8.2 Administrar lamotrigina [D] si el valproato sódico resulta inadecuado o no es bien tolerado. Tenga en cuenta que la lamotrigina puede exacerbar las crisis mioclónicas. Si se sospecha una epilepsia mioclónica juvenil, consultar las recomendaciones 9.13.1 y 9.13.2.

9.8.3 Considerar el topiramato [D] teniendo en cuenta que su perfil de efectos adversos es menos favorable que el del valproato sódico y la lamotrigina [D].

Tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con epilepsia idiopática generalizada (IEG)

9.8.4 Administrar lamotrigina [D], levetiracetam [D], valproato sódico o topiramato [D] como tratamiento adyuvante en niños, jóvenes y adultos con IEG, si los tratamientos de primera línea resultan inefectivos o no son bien tolerados (consultar las recomendaciones 9.12.1, 9.12.2 y 9.12.3). Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

9.8.5 Cuando el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 9.12.4) resulte inefectivo o no sea bien tolerado, analizar con un especialista en epilepsia en un mayor nivel de complejidad o remitir el paciente al mismo y considerar el clobazam [D], clonazepam o zonisamida (*) [D].

9.8.6 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina o vigabatrina.

(*) Observación al contexto colombiano: Este medicamento actualmente no tiene autorización para comercialización por parte de agentes reguladores (INVIMA)

9.9 Tratamiento farmacológico de la epilepsia mioclónica juvenil (JME) Tratamiento de primera línea en jóvenes y adultos con epilepsia mioclónica juvenil (JME)

9.9.1 Administrar valproato sódico como tratamiento de primera línea a jóvenes y adultos con epilepsia mioclónica juvenil de diagnóstico reciente, salvo que resulte inadecuado. Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	18 de 43		

5. RECOMENDACIONES

9.9.2 Considerar lamotrigina [4], levetiracetam [D] o topiramato [D] si el valproato sódico resulta inadecuado o no es bien tolerado. Tenga en cuenta que el topiramato tiene un perfil de efectos adversos menos favorable que el de la lamotrigina, levetiracetam y valproato sódico y que la lamotrigina podría exacerbar las crisis mioclónicas.

Tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con epilepsia mioclónica juvenil (JME)

9.9.3 Administrar lamotrigina [D], levetiracetam, valproato sódico o topiramato [D] como tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con JME si los tratamientos de primera línea resultan ineficaces o no son bien tolerados (consultar las recomendaciones 9.13.1 y 9.13.2). Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

9.9.4 Cuando el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 9.13.3) resulte inefectivo o no sea bien tolerado, analizar con un especialista en epilepsia en un mayor nivel de complejidad o remitir el paciente al mismo y considerar el clobazam [D], clonazepam o zonisamida (*) [D].

9.9.5 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina o vigabatrina.

(*) Observación al contexto colombiano: Este medicamento actualmente no tiene autorización para comercialización por parte de agentes reguladores (INVIMA)

9.10 Tratamiento farmacológico de la epilepsia con crisis tónico clónicas (GTC) generalizadas únicamente

Tratamiento de primera línea en jóvenes y adultos con epilepsia con crisis tónico clónicas generalizadas únicamente

9.10.1 Administrar lamotrigina o valproato sódico como tratamiento de primera línea a jóvenes y adultos con epilepsia con crisis tónico clónicas generalizadas únicamente. Si se sospecha la existencia de crisis mioclónicas o epilepsia mioclónica juvenil, administrar primero valproato sódico, salvo que resulte inadecuado. Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

9.10.2 Considerar el suministro de carbamazepina y oxcarbazepina [D] pero teniendo en cuenta el riesgo de exacerbación de las crisis de ausencias o mioclónicas.

Tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con epilepsia con crisis tónico clónicas generalizadas únicamente

9.10.3 Administrar clobazam [D], lamotrigina, levetiracetam, valproato sódico o topiramato como tratamiento adyuvante a jóvenes y adultos con epilepsia con crisis tónico clónicas generalizadas únicamente, si los tratamientos de primera línea resultan inefectivos o no son bien tolerados (consultar las recomendaciones 9.14.1 y 9.14.2). Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	19 de 43		

5. RECOMENDACIONES

9.11 Tratamiento farmacológico de epilepsia de ausencia juvenil u otros síndromes de ausencia epiléptica

Tratamiento de primera línea en jóvenes y adultos con epilepsia de ausencias juvenil u otros síndromes de ausencia epiléptica

9.11.1 Administrar etosuximida (*) o valproato sódico como tratamiento de primera línea, jóvenes y adultos con síndromes de ausencias. Si existe un alto riesgo de crisis tónico clónicas generalizadas, administrar primero valproato sódico salvo que sea inadecuado. Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

9.11.2 Administrar lamotrigina [D] si la etosuximida (*) y el valproato sódico resultan inadecuados, inefectivos o no son bien tolerados. [Nuevo en 2012]

(*) Observación al contexto colombiano: Este medicamento actualmente no tiene autorización para comercialización por parte de agentes reguladores (INVIMA)

Tratamiento adyuvante en jóvenes y adultos con epilepsia de ausencias juvenil u otros síndromes de ausencia epiléptica

9.11.3 Considerar la combinación de dos de estos tres FAE, como tratamiento coadyuvante: etosuximida (*), lamotrigina [D] o valproato sódico, si dos de los FAE de primera línea (consultar las recomendaciones 9.15.1 y 9.15.2) resultan inefectivos en jóvenes y adultos con crisis de ausencias. Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 9.1.10).

9.11.4 Cuando el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 9.15.3) resulte inefectivo o no sea bien tolerado, analizar con un especialista en servicios de alta complejidad en epilepsia o remitir el paciente al mismo y considerar la administración de clobazam [D], clonazepam, levetiracetam [D], topiramato [D] o zonisamida (*) [D]

9.11.5 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina o vigabatrina.

(*) Observación al contexto colombiano: Este medicamento actualmente no tiene autorización para comercialización por parte de agentes reguladores (INVIMA)

9.12 Continuación del tratamiento farmacológico

9.12.1 Mantener un alto nivel de vigilancia de efectos adversos que puedan presentarse como consecuencia del tratamiento (por ejemplo, problemas neuropsiquiátricos y de la salud ósea [E]).

9.12.2 La continuidad de la terapia con FAE debe ser planificada por el especialista. Debe ser parte del plan de tratamiento acordado del joven o adulto, el cual debe incluir información detallada acerca la forma en qué se realizó la elección del medicamento, la dosificación del fármaco, los posibles efectos adversos y las acciones a tomar en caso de persistencia de las crisis.

9.12.3 Las necesidades del joven o adulto, sus familiares y cuidadores, según corresponda, deben tomarse en cuenta en el momento en que los profesionales de la salud asuman la responsabilidad de continuar con la fórmula.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	20 de 43		

5. RECOMENDACIONES

9.12.4 Si el manejo es directo, la continuación de la terapia con FAE puede ser formulada a través de la atención en centros de baja complejidad cuando las circunstancias locales y los mecanismos de autorización lo permitan.

9.12.5 El profesional que formula debe asegurar que el joven, adulto, familiares y cuidadores, según corresponda, reciban información completa sobre el tratamiento, incluyendo las acciones que se deben tomar en caso de omitir una dosis o después de un trastorno gastrointestinal.

9.12.6 La adherencia al tratamiento se puede optimizar de la siguiente forma:

- Educar a los jóvenes y adultos, familiares y cuidadores sobre el conocimiento acerca de su condición y la justificación del tratamiento
- Reducir el estigma asociado a la condición mediante el uso de regímenes simples de medicación
- Relaciones positivas entre los profesionales de la salud, el joven o adulto con epilepsia, sus familiares y cuidadores.

9.12.7 La monitorización habitual mediante pruebas de sangre en adultos no se recomienda de forma rutinaria y debe realizarse solo en caso de indicación clínica.

9.12.8 La monitorización habitual mediante pruebas de sangre en jóvenes no se recomienda de forma rutinaria y debe realizarse solo en caso de indicación clínica y de recomendación del especialista.

9.12.9 Indicaciones de monitorización de niveles de FAE en sangre:

- Detección de falta de adherencia a la medicación formulada
- Sospecha de toxicidad
- Ajuste de la dosis de fenitoína
- Manejo de interacciones farmacocinéticas (por ejemplo, cambios en biodisponibilidad, cambios en la eliminación y medicación concomitante con los fármacos en interacción)
- Condiciones clínicas específicas, por ejemplo, estado epiléptico, falla de órganos y situaciones específicas del embarazo (consultar la recomendación 15.3.19).

9.17.10 Los tipos de pruebas de sangre incluyen:

- Previo a una cirugía: estudios de coagulación en pacientes tratados con valproato sódico, [F]
- Hemograma completo, electrolitos, enzimas hepáticas, niveles de vitamina D y otras pruebas de metabolismo óseo (por ejemplo, calcio sérico, fosfatasa alcalina), cada 2 a 5 años en casos de adultos tratados con fármacos inductores enzimáticos.

9.17.11 Las anomalías menores asintomáticas en resultados de pruebas no son necesariamente una indicación de cambio en la medicación.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	21 de 43		

5. RECOMENDACIONES

9.18 Suspensión del tratamiento farmacológico

9.18.1 La decisión de continuar con un fármaco o suspenderlo debe ser tomada por el joven o adulto, sus familiares o cuidadores, según corresponda, y el especialista, luego de sostener una conversación detallada acerca de los riesgos y beneficios de la suspensión del medicamento. Al final de la conversación, los jóvenes y adultos, sus familiares o cuidadores, según corresponda, deberán entender el riesgo de recurrencia de las crisis con tratamiento y sin él. Esta conversación debe tener en cuenta detalles del síndrome epiléptico, pronóstico y estilo de vida del joven o adulto.

9.18.2 La suspensión de los FAE debe ser manejada por el especialista o debe efectuarse bajo su orientación.

9.18.3 Los riesgos y beneficios de continuar o suspender la terapia de FAE deben ser comentados con los jóvenes o adultos o con sus cuidadores, en los cuales haya pasado por lo menos dos años sin ninguna crisis con EEG normal. Individualizando el riesgo de recurrencia.

9.18.4 La suspensión del tratamiento con FAE en un joven o adulto libre de crisis, debe realizarse lentamente (por lo menos a lo largo de 2 a 3 meses) y debe suspenderse un solo fármaco a la vez.

9.18.5 Se debe tener especial cuidado al suspender las benzodiazepinas y los barbituratos, lo cual puede tomar hasta 6 meses adicionales, debido a la posibilidad de presentar síntomas de abstinencia asociados al fármaco y recurrencia de las crisis.

9.18.6 Debe existir un plan de respaldo acordado con los jóvenes y adultos y sus familiares y cuidadores, según corresponda, de forma que si se vuelven a presentar crisis, se revierta la última reducción de la dosis y se solicite orientación médica.

10 Remisión en caso de epilepsia compleja o refractaria

10.1 Todos los jóvenes y adultos con epilepsia deben tener acceso a través de su especialista a servicios de alta complejidad cuando las circunstancias lo exijan.

10.2 Si las crisis no son controladas o existen dudas sobre el diagnóstico o fracaso del tratamiento, los jóvenes y adultos deben ser remitidos pronto a servicios de alta complejidad para una valoración más profunda. La remisión debe considerarse cuando se presenten uno o más de los siguientes criterios:

- No se logra controlar la epilepsia con medicación durante 2 años
- El manejo no es exitoso después de usar dos fármacos
- Un joven o adulto padece o se encuentra en riesgo de padecer efectos adversos inaceptables como consecuencia de la medicación
- Existe una lesión estructural unilateral
- Existe co-morbilidad psicológica o psiquiátrica
- Hay un diagnóstico dudoso sobre la naturaleza de las crisis o síndrome convulsivo.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	22 de 43		

5. RECOMENDACIONES

10.3 En los niños, el diagnóstico y el manejo de la epilepsia dentro de los primeros años de vida puede presentar grandes dificultades. Por esta razón, los niños con sospecha de epilepsia deben ser remitidos pronto a atención de alta complejidad debido a los profundos efectos psicológicos, de desarrollo y comportamiento que pueden estar asociados a crisis continuas.

10.4 La regresión en el comportamiento o el desarrollo o la imposibilidad de identificar el síndrome epiléptico en un joven o adulto debe llevar a la remisión inmediata a atención de alta complejidad.

10.5 Los jóvenes y adultos con síndromes específicos como el síndrome de Sturge-Weber, síndromes hemisféricos, encefalitis de Rasmussen y hamartoma hipotalámico deben ser remitidos a atención de alta complejidad para la epilepsia.

10.6 La co-morbilidad psiquiátrica y los valores iniciales negativos no deben considerarse contraindicaciones para la remisión a una atención de alta complejidad [18].

10.7 La atención de alta complejidad debe incluir un equipo multidisciplinario, con experiencia en la valoración de jóvenes y adultos con epilepsia compleja y tener acceso adecuado a exámenes y tratamientos tanto médicos como quirúrgicos.

10.8 El conocimiento avanzado de los equipos multidisciplinarios involucrados en el manejo de la epilepsia compleja debe incluir psicología, psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional, consejería, neuroradiología, especialistas en enfermeras clínicas especialistas, neurofisiología, neurología, neurocirugía y neuroanestesia. Los equipos deben contar con servicios de resonancia magnética y video telemetría.

10.9 El neurocirujano del equipo multidisciplinario debe tener experiencia especializada y formación en cirugía de epilepsia y tener acceso a equipos de registro de EEG invasivo.

10.10 Se debe proporcionar información a los jóvenes y adultos y sus familiares y cuidadores, según corresponda, sobre las razones para considerar la cirugía. Se deben explicar de forma completa los riesgos y beneficios del procedimiento quirúrgico contemplado antes de obtener el consentimiento informado.

11. Intervenciones psicológicas

11.1 Las intervenciones psicológicas (relajación, terapia de comportamiento cognitivo, terapia de feedback) pueden ser usadas junto con la terapia con FAE en adultos si la persona o el especialista considera que el control de las crisis no es el adecuado con la terapia óptima de FAE. Este enfoque puede estar asociado a una mejor calidad de vida en algunas personas.

11.2 Las intervenciones psicológicas (relajación, terapia de comportamiento cognitivo) pueden ser utilizadas en jóvenes con epilepsia focal resistente a los fármacos.

11.3 Las intervenciones psicológicas pueden ser utilizadas como terapia adyuvante. Estas no tienen efectos demostrados sobre la frecuencia de las crisis y no son una alternativa al tratamiento farmacológico.

12. Dieta cetogénica

12.1 Remitir al especialista en epilepsia pediátrica en un mayor nivel de complejidad a los niños y jóvenes con epilepsia cuyas crisis no han respondido a los FAE adecuados, a fin de considerar el uso de una dieta cetogénica.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	23 de 43		

5. RECOMENDACIONES

13 Estimulación del nervio vago (ENV)

13.1 La estimulación del nervio vago está indicada como terapia adyuvante para la reducción de la frecuencia de las crisis en adultos refractarios a la medicación antiepiléptica y que no son aptos para cirugía resectiva. Entre ellos se incluyen los adultos en cuya condición epiléptica predominan las crisis focales [19] (con o sin generalización secundaria) o crisis generalizadas.

13.2 La estimulación del nervio vago está indicada como terapia adyuvante para la reducción de la frecuencia de las crisis en jóvenes refractarios a la medicación antiepiléptica y que no son aptos para cirugía resectiva. Entre ellos se incluyen los niños y jóvenes en cuya condición epiléptica predominan las crisis focales [19] (con o sin generalización secundaria) o crisis generalizadas[20].

14 Mujeres y niñas con epilepsia

14.1 Información y asesoría para mujeres y niñas con epilepsia

14.1.1 A fin de facilitar la toma de decisiones y elecciones informadas y de reducir malentendidos, las mujeres y niñas con epilepsia y sus parejas, según corresponda, deben recibir información y asesoría precisa sobre la anticoncepción, la concepción, el embarazo, el cuidado de los niños, la lactancia y la menopausia.

14.1.2 Las mujeres y niñas deben recibir información acerca de la anticoncepción, concepción, embarazo o menopausia antes del inicio de su vida sexual, embarazo o menopausia y esta información debe adaptarse a sus necesidades personales. Dicha información también debe proporcionarse según la necesidad, a las personas estrechamente involucradas con mujeres y niñas con epilepsia. Entre estas personas se incluyen familiares y cuidadores.

14.1.3 Todos los profesionales de la salud encargados del tratamiento, atención o apoyo a las mujeres y niñas con epilepsia deben conocer la información importante y la disponibilidad de consejería.

14.1.4 Analizar con las mujeres y las niñas en edad fértil (incluyendo las niñas jóvenes que seguramente necesitarán tratamiento en sus años fértiles) y sus padres o cuidadores, según corresponda, el riesgo de malformaciones y posibles deficiencias de neurodesarrollo del feto como consecuencia del uso de los FAE. Evaluar los riesgos y beneficios del tratamiento con cada fármaco. Existe información limitada sobre los riesgos del feto asociados a fármacos más recientes. Analizar de manera específica el riesgo del uso continuo del valproato sódico para el feto, teniendo en cuenta que las dosis más altas de valproato sódico (más de 800 mg por día) y la politerapia, especialmente con valproato sódico están asociadas a un riesgo mayor.

14.1.5 Tener en cuenta los datos más recientes sobre los riesgos del feto asociados al uso de terapias con FAE, al formular medicamentos a mujeres y niñas en edad fértil presente y futura.

14.1.6 Se deben administrar 5 mg de ácido fólico diario a todas las mujeres y niñas que reciban FAE, ante cualquier posibilidad de embarazo.

14.1.7 Consulte el SPC y el BNF, (disponibles en <http://bnf.org>) para obtener orientación acerca de la interacción individual entre cada fármaco, el reemplazo hormonal y la anticoncepción.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	24 de 43		

5. RECOMENDACIONES

14.2 Anticoncepción

14.2.1 En el caso de mujeres en edad fértil se debe analizar la posibilidad de interacción con anticonceptivos orales y se debe efectuar una valoración de los riesgos y beneficios del tratamiento con cada fármaco.

14.2.2 En el caso de niñas en edad fértil, incluidas las niñas jóvenes con posibilidad de requerir tratamiento en sus años fértiles, se debe analizar con la niña y su cuidador, la posible interacción con anticonceptivos orales y evaluar los riesgos y beneficios del tratamiento con cada fármaco.

14.2.3 En el caso de mujeres y niñas en edad fértil se deben analizar los riesgos y beneficios de los distintos métodos anticonceptivos, entre ellos los dispositivos intrauterinos liberadores de hormonas.

14.2.4 Las mujeres o niñas en tratamiento con FAE inductores enzimáticos que decidan utilizar terapias combinadas con anticonceptivos orales deben consultar la dosificación en el SPC y versión actualizada de BNF (disponible en <http://bnf.org>).

14.2.5 No se recomienda el uso de anticonceptivos orales de solo progestágeno como anticoncepción segura para mujeres y niñas en tratamiento con FAE inductores enzimáticos.

14.2.6 No se recomienda el uso de implantes de progestágeno para mujeres y niñas en tratamiento con FAE inductores enzimáticos.

14.2.7 Se debe analizar el uso de métodos adicionales de barrera en mujeres y niñas en tratamiento con FAE inductores enzimáticos y anticonceptivos orales o a quienes se hayan aplicado inyecciones de depósito de progestágenos

14.2.8 Si una mujer o niña en tratamiento con FAE inductor enzimático requiere anticoncepción de emergencia, el tipo y la dosis se administrará acorde con el SPC y la edición actualizada del BNF (disponible en <http://bnf.org>).

14.2.9 Discutir con las mujeres y niñas en tratamiento con lamotrigina sobre una posible reducción significativa en los niveles de lamotrigina con el uso simultáneo de cualquier anticonceptivo a base de estrógenos y una consecuente pérdida de control de las crisis. Si una mujer o niña inicia o suspende el tratamiento con estos anticonceptivos, la dosis de lamotrigina debe ser ajustada.

14.3 Embarazo

14.3.1 Las mujeres y niñas con epilepsia necesitan recibir información precisa durante el embarazo y se debe analizar la posibilidad del estado epiléptico y de la muerte súbita por epilepsia en todas las mujeres y niñas que planeen suspender la terapia con FAE

14.3.2 Se debe invitar a todas las mujeres y niñas con epilepsia y en estado de embarazo a notificarlo o permitir que su médico lo notifique.

14.3.3 El médico debe dialogar con las mujeres y niñas sobre los beneficios y riesgos relativos de realizar un ajuste a la dosis del fármaco, y permitirles así tomar una decisión informada. Se consultará con el especialista encargado de la mujer o niña, si corresponde.

14.3.4 Las mujeres y niñas con crisis tónico clónicas generalizadas deben recibir información acerca del relativo mayor riesgo de lesión para el feto durante una crisis, aunque el riesgo absoluto sigue siendo muy bajo y su nivel puede depender de la frecuencia de las crisis.

14.3.5 Asegurar que las mujeres y niñas entiendan que no hay evidencia de que las crisis focales de ausencia y mioclónicas afecten la gestación o causen un desarrollo adverso en el feto salvo que una caída produzca una lesión.

14.3.6 Asegurar que las mujeres y niñas entiendan que un aumento en la frecuencia de las crisis es poco probable en general durante el embarazo o en los primeros meses después del nacimiento.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	25 de 43		

5. RECOMENDACIONES

14.3.7 En general, se puede asegurar a las mujeres que el riesgo de una crisis tónico clónica durante el parto y las 24 horas posteriores es baja (de 1 % a 4%).]

14.3.8 Se debe informar a las mujeres y niñas con epilepsia que aunque es muy posible que su embarazo sea normal, el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto es mayor que el de las mujeres y niñas sin epilepsia.

14.3.9 La atención a las mujeres y niñas gestantes debe ser compartida entre el obstetra y el especialista.

14.3.10 Se debe realizar una ecografía de alta resolución a las mujeres y niñas gestantes en tratamiento con FAE a fin de detectar anomalías estructurales. Esta ecografía debe realizarse durante la semana 18 a 20 de la gestación por un ecógrafo con formación adecuada; sin embargo la escanografía más temprana puede permitir la detección anticipada de malformaciones graves.

14.3.11 El riesgo de crisis durante el parto es bajo pero es suficiente para formular una recomendación de un parto en una unidad obstétrica con equipos de reanimación materna y neonatal y de atención a crisis maternas.

14.3.12 Todos los hijos de madres en tratamiento con FAE inductores enzimáticos deben recibir 1 mg de vitamina K por vía parenteral al nacer.

14.3.13 Se debe considerar la consejería genética si un miembro de la pareja tiene epilepsia, en particular si este tiene epilepsia idiopática y un historial positivo familiar de epilepsia.

14.3.14 Aunque existe un riesgo mayor de crisis en hijos de padres con epilepsia, se debe informar a los niños, jóvenes y adultos con epilepsia que la probabilidad de que un hijo se vea afectado es generalmente baja. Sin embargo, esto dependerá de la historia familiar.

14.3.15 La planificación anticipada, que incluye el desarrollo de protocolos locales de atención debe ser implementada en las unidades obstétricas que atiendan partos de mujeres y niñas con epilepsia.

14.3.16 Las clínicas de atención integral de obstetricia y epilepsia pueden resultar convenientes para las madres y los profesionales de la salud pero no hay evidencia suficiente para recomendar su uso de rutina.

14.3.17 Sin embargo, es importante que haya seguimiento constante, planificación del parto y comunicación entre el especialista o el equipo de epilepsia, obstetra o partera.

14.3.18 Procurar que no se presenten crisis antes de la concepción y durante el embarazo, especialmente en mujeres y niñas con crisis tónico clónicas generalizadas pero se debe tener en cuenta el riesgo de efectos adversos de los FAE y utilizar la mínima dosis efectiva de cada FAE, evitando en lo posible, la politerapia.

14.3.19 No efectúe monitorización de niveles de FAE de manera rutinaria durante el embarazo. Si las crisis aumentan o existe la posibilidad de que aumenten, la monitorización de los niveles de FAE puede ser útil para ajustar las dosis (en particular de los niveles de lamotrigina y fenitoína, los cuales pueden verse afectados durante el embarazo).

14.4 Lactancia

14.4.1 Se debe promover la lactancia de todas las mujeres y niñas con epilepsia, excepto en muy raras circunstancias. Para la mayor parte de las mujeres y niñas en tratamiento con FAE la lactancia es generalmente segura y se debe promover. Sin embargo, cada madre debe ser apoyada en su elección del método de alimentación que resulte mejor para ella y su familia.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	26 de 43		

5. RECOMENDACIONES

14.4.2 Los profesionales que formulan deben consultar las recomendaciones para cada uno de los fármacos en la SPC y BNF (disponibles en <http://bnf.org>) [23] al prescribir FAE a mujeres y niñas que se encuentren lactando. La decisión acerca de la terapia con FAE y la lactancia debe tomarse entre la mujer o niña y el encargado de la prescripción, con base en los riesgos y beneficios de la lactancia frente a los posibles riesgos de que el fármaco afecte al niño.

14.5 Después del nacimiento

14.5.1 Los padres de los recién nacidos o niños pequeños deben recibir información sobre algunas precauciones simples de seguridad que pueden reducir de manera significativa el riesgo de accidentes y minimizar la ansiedad. La cercanía del nacimiento puede ser la oportunidad ideal para la revisión y análisis de las mejores y más útiles medidas a fin de garantizar la máxima seguridad tanto para la madre como para el bebé.

14.5.2 Se debe proporcionar información a todos los padres sobre precauciones de seguridad que se deben tomar en la atención al bebé

14.5.3 Se debe asegurar a los padres que el riesgo de lesión en un bebé a causa de una crisis materna es bajo.

15 Jóvenes y adultos con trastornos del aprendizaje

15.1 Diagnóstico

15.1.1 El diagnóstico de la epilepsia en jóvenes y adultos con trastornos del aprendizaje puede ser complicado y se debe tener la precaución de obtener un historial clínico completo. Se pueden presentar confusiones entre comportamientos estereotípicos o de otra índole y actividad convulsiva.

15.1.2 Es importante contar con un relato de un observador complementado con evidencia corroborativa, por ejemplo un registro en video, de ser posible.

15.1.3 Es esencial contar con información clara e imparcial. Los testigos pueden necesitar orientación para describir sus observaciones de manera precisa.

15.2 Exámenes

15.2.1 Las personas con trastornos del aprendizaje podrían requerir atención y cuidado especial para soportar los exámenes.

15.2.2 Se debe contar con equipos para imagenología bajo anestesia, de ser necesario.

15.2.3 Se deben realizar exámenes tendientes a establecer las causas subyacentes en niños o jóvenes con epilepsia y trastornos del aprendizaje.

15.3 Manejo

15.3.1 Permitir a los jóvenes y adultos con trastornos del aprendizaje, sus familiares y cuidadores, según corresponda, participar activamente en el desarrollo de un plan de atención personalizada para el tratamiento de su epilepsia teniendo en cuenta todas las co-morbilidades.

15.3.2 Asegurar un tiempo adecuado de consulta para lograr un manejo efectivo de la epilepsia en jóvenes y adultos con trastornos del aprendizaje.

15.3.3 Al elaborar un plan de atención a un joven o adulto con trastornos de aprendizaje y epilepsia, prestar especial atención a los posibles efectos

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	27 de 43		

5. RECOMENDACIONES

adversos cognitivos y de comportamiento de la terapia con FAE.

15.3.4 Las recomendaciones sobre la elección del tratamiento y la importancia de la monitorización habitual de la efectividad y tolerabilidad son iguales tanto para aquellos con trastornos del aprendizaje como para la población en general.

15.3.5 No discriminar a los jóvenes y adultos con trastornos de aprendizaje y ofrecer los mismos servicios, exámenes y terapias a estos y a la población en general.

15.3.6 Cada opción terapéutica debe ser explorada en los jóvenes y adultos con epilepsia en presencia o ausencia de trastornos de aprendizaje.

15.3.7 Los profesionales de la salud deben ser conscientes del mayor riesgo de mortalidad en jóvenes y adultos con trastornos del aprendizaje y epilepsia y analizarlos con ellos, sus familiares y cuidadores.

15.3.8 Todos los jóvenes y adultos con epilepsia y trastornos del aprendizaje deben pasar por una valoración de riesgo de las siguientes actividades:

- El baño y la ducha
- Preparación de alimentos
- Uso de aparatos eléctricos
- Manejo de crisis prolongadas o consecutivas
- Impacto de la epilepsia en el entorno social
- Muerte súbita por epilepsia
- La pertinencia de la vida independiente, donde los derechos del niño, joven o adulto se deben equilibrar con el rol del cuidador.

16 Jóvenes con epilepsia

16.1 Las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los jóvenes con epilepsia siempre han de tenerse en cuenta por parte de los profesionales de la salud. Se debe prestar atención a las relaciones con la familia, los amigos y en la escuela.

16.2 Los profesionales de la salud deben adoptar un estilo de consulta que permita al joven con epilepsia participar como un compañero en la consulta.

16.3 Las decisiones sobre la medicación y los temas de estilo de vida deben basarse tanto en el conocimiento experto del profesional de la salud y las experiencias, creencias y deseos del joven con epilepsia así como de sus familiares y cuidadores.

16.4 Durante la adolescencia, un médico designado debe asumir la responsabilidad del manejo continuo del joven con epilepsia y asegurar una transición sin inconvenientes a la atención para adultos, teniendo en cuenta la necesidad de un apoyo interinstitucional continuo.

16.5 Los servicios interinstitucionales proporcionados conjuntamente por especialistas adultos y pediátricos tienen un rol clave en la atención de jóvenes con epilepsia. Esto puede facilitar la transición de servicios pediátricos a adultos y ayudar a la divulgación de la información.

16.6 Antes de realizar la transición a los servicios adultos, se debe revisar el diagnóstico, manejo y se debe facilitar el acceso a organizaciones de voluntariado como grupos de apoyo y fundaciones de epilepsia.

SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	28 de 43		

5. RECOMENDACIONES

16.7 La información proporcionada a los jóvenes debe abarcar la epilepsia en general, su diagnóstico y tratamiento, el impacto y control adecuado de las crisis, las opciones de tratamiento incluyendo los efectos adversos y riesgos así como los riesgos de lesión. Otros temas importantes que se deben abordar son las posibles consecuencias de la epilepsia en el estilo de vida y las oportunidades y decisiones futuras de carrera; temas relacionados con la conducción de automóviles y seguros de conducción, seguridad social y beneficios, muerte súbita e importancia de seguir los regímenes de medicación. La información sobre aspectos de estilo de vida debe incluir el uso recreativo de drogas, alcohol, actividad sexual y privación de sueño.

16.8 El diagnóstico y el manejo de la epilepsia debe revisarse en la adolescencia.

17 Adultos mayores con epilepsia

17.1 No discriminar a los adultos mayores y ofrecer los mismos servicios, exámenes y terapias disponibles para la población en general.

17.2 Prestar atención especial a los aspectos de farmacocinética y farmacodinamia con polifarmacéutica y co-morbididades en adultos mayores con epilepsia. Considerar el uso de dosis inferiores de FAE y si usa carbamazepina, ofrecer preparaciones de carbamazepina con suministro controlado.

18 Jóvenes y adultos de grupos afrodescendientes y minorías étnicas

18.1 Los jóvenes y adultos de grupos afrodescendientes y minorías étnicas pueden tener necesidades culturales y de comunicación diferentes y estas deben tenerse en cuenta durante el diagnóstico y manejo. Debe tenerse en cuenta la necesidad de interpretación así como otros medios para asegurar que se satisfagan adecuadamente las necesidades de la persona.

18.2 El intérprete debe tener conocimientos tanto culturales como médicos. Los intérpretes de la familia en general no son adecuados por asuntos de confidencialidad, privacidad, dignidad personal y precisión de la traducción.

18.3 La información, incluida aquella sobre los derechos a tener un empleo y a conducir deben estar disponibles en un formato adecuado o a través de otros medios adecuados para los jóvenes y adultos que no puedan hablar ni leer en español o en inglés.

19 Seguimiento

19.1 Los jóvenes y adultos con epilepsia deben acudir a un control periódico y estructurado y debe realizarse en una consulta médica general.

19.2 Los adultos deben acudir a un control periódico estructurado con su médico general, pero dependiendo de la preferencia del paciente, las circunstancias y el tipo de epilepsia, este control debe ser realizado por el especialista.

19.3 Los jóvenes deben acudir a un control periódico y estructurado con un especialista.

19.4 Para los adultos, el intervalo máximo entre controles debe ser de 1 año pero la frecuencia de tales controles será determinada por el tipo de epilepsia del paciente y sus preferencias.

19.5 Para los jóvenes, el intervalo máximo entre controles debe ser de 1 año, pero su frecuencia será determinada por el tipo de epilepsia del joven, sus preferencias y las de sus familiares y cuidadores. El intervalo entre controles se acordará entre el el joven, sus familiares y cuidadores, según corresponda, y el especialista, pero seguramente se realizará en lapsos de 3 a 12 meses.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	29 de 43		

5. RECOMENDACIONES

19.6 Los adultos deben acudir a controles periódicos. Además, el acceso a la atención en centros de mediana y alta complejidad debe estar disponible para asegurar un diagnóstico, exámenes y tratamientos adecuados si el paciente o el médico determinan que la epilepsia no ha sido controlada adecuadamente.

19.7 Los adultos con epilepsia bien controlada pueden tener problemas médicos o de estilo de vida específicos, como embarazo o suspensión del fármaco, que pueden requerir el concepto del especialista.

19.8 Si el control estructurado debe ser realizado por el especialista, el mejor lugar para hacerlo es en el contexto de una clínica especializada.

19.9 El tratamiento debe ser revisado regularmente para asegurar que los jóvenes y adultos con epilepsia no permanezcan largos periodos en tratamientos ineficaces o poco tolerados y asegurar que se mantenga la concordancia con los fármacos prescritos.

19.10 El control anual debe incluir la consulta sobre efectos adversos y un análisis del plan de tratamiento para asegurar concordancia y adhesión a la medicación.

19.11 Durante el control, jóvenes y adultos deben tener acceso a información escrita y visual, servicios de consejería, información sobre organizaciones de voluntariado, enfermeras especializadas en epilepsia, exámenes oportunos y adecuados, remisión a atención en centros de alta complejidad, que puede incluir la cirugía, de resultar adecuada.

[A] El Grupo Desarrollador de la Guía considera que 'pronto' implica recibir atención en un plazo de 4 semanas.

[B] La autorización para el uso de la melatonina en el Reino Unido ha cambiado desde que la recomendación fue publicada en el año 2004. Se ha actualizado la recomendación en consecuencia y se ha eliminado la nota de pie de página que contenía la información anterior.

[C] El costo estimado de una dosis de 1500 mg diarios era de £2,74 a junio de 2011. Costos tomados del National Health Service Drug Tariff de Inglaterra y Gales, disponibles en www.ppa.org.uk/ppa/edt_intro.htm

[D] En el momento de publicación, enero de 2012, este fármaco no contaba con autorización de comercialización en el Reino Unido para esta indicación terapéutica o población (consultar información detallada en el anexo c). Se debe obtener y documentar el consentimiento informado.

[E] El tratamiento con los FAE se asocia a un pequeño riesgo de pensamientos y actitudes suicidas; los datos disponibles sugieren que el riesgo en aumento aplica a todos los FAE y puede observarse desde la primera semana después de iniciado el tratamiento. Disponible en: www.mhra.gov.uk/PrintPreview/DefaultSplashPP/

[F] Por favor tenga en cuenta que 'valproato' ha sido sustituido por 'valproato sódico' a fin de mantener la coherencia con la terminología utilizada en esta actualización.

[G] En el momento de publicación, enero de 2012, este fármaco no contaba con autorización de comercialización en el Reino Unido para esta indicación terapéutica o población (consultar información detallada en el anexo E de la guía original). Se debe obtener y documentar el consentimiento informado de acuerdo con los estándares habituales de atención de urgencias.

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	30 de 43		

5. RECOMENDACIONES

ANEXO A: DIETA CETOGENICA

Introducción

La dieta cetogénica es una opción terapéutica que ha demostrado reducción de frecuencia de crisis convulsivas en adultos con diagnóstico de epilepsia refractaria. Se trata de una dieta alta en grasa, baja en carbohidratos que consta de triglicéridos saturados de cadena larga con una relación grasa: carbohidrato + proteína de 3:1 o 4:1.

Se han propuesto cuatro mecanismos de acción de la dieta cetogénica para la prevención de convulsiones:

1. Incremento en la síntesis de GABA
2. Incremento en la inhibición neuronal mediada por adenosina trifosfato
3. Incremento en la actividad de los canales de potasio sensibles a ATP, resultando en hiperpolarización de la membrana
4. Reducción en el transporte de glutamato por las vesículas sinápticas, resultando en disminución de la liberación sináptica de glutamato.

Para pacientes adultos la dieta cetogénica clásica no es fácil de seguir y es más común el uso de la dieta tipo Atkins Modificada, que se basa en el mismo principio de la dieta clásica pero es menos restringida (20 /día de carbohidratos, relación grasa: carbohidrato + proteína de 0.9:1).

Además de sus propios mecanismos antiepilépticos, la dieta cetogénica ha demostrado sinergismo con algunos fármacos antiepilépticos y en muchos pacientes ha mostrado mejora en la función psicosocial, alertamiento y concentración. Las principales limitantes de la dieta son la poca tolerabilidad y el miedo a sus efectos adversos (hiperlipidemia, nefrolitiasis, insuficiencia renal) que por lo general son leves.

Indicación

La indicación temprana es para epilepsias asociados a deficiencia de piruvato deshidrogenasa y síndrome de deficiencia de transportador de la glucosa tipo 1. Por lo general, estos pacientes vienen siendo manejados por el equipo de Neuropediatria.

En aquellas epilepsias donde la causa no es un defecto congénito del metabolismo, la dieta cetogénica será considerada si existe refractariedad a los fármacos antiepilépticos. Estos pacientes adultos con diagnóstico de epilepsia refractaria o encefalopatía epiléptica deben ser remitidos a la Clínica de Epilepsia para considerar la dieta cetogénica como alternativa terapéutica.

Valoración pre-dieta

La valoración debe realizarse por el neurólogo epileptólogo y el nutricionista para la realización de una historia clínica completa e integral.

La siguiente tabla muestra las contraindicaciones absolutas para el uso de dieta cetogénica:

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	31 de 43		

5. RECOMENDACIONES		
Contraindicaciones ABSOLUTAS	Contraindicaciones RELATIVAS	
Deficiencia (primaria) de carnitina Deficiencia de carnitina palmitoiltransferasa (CPT) I o II Defectos de la B-oxidación *Deficiencia de acil deshidrogenasa de cadena media (MCAD) *Deficiencia de acil deshidrogenasa de cadena larga (LCAD) *Deficiencia de acil deshidrogenasa de cadena corta (SCAD) *Deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA de cadena larga *Deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA de cadena media Deficiencia de piruvato carboxilasa Porfiria	Incapacidad para mantener una nutrición adecuada Foco quirúrgico identificado por neuroimágenes y monitorización por videoelectroencefalografía Desacuerdo por parte del paciente o su cuidador	
Laboratorios: Todos los pacientes adultos considerados candidatos al inicio de dieta cetogénica deben tener: Perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos) Transaminasas, fosfatasa alcalina Creatinina, BUN Glicemia basal Hemograma Electrolitos: Sodio, potasio, bicarbonato, calcio, cloro, niveles vitamina D, fósforo y magnesio. B-HCG en mujeres premenopáusicas Creatinina en orina Calcio en orina Otros paraclínicos: - Ecografía renal y valoración por Nefrología: Pacientes con antecedentes personal o familiar en primer grado para litiasis renal. - Todos los pacientes que asisten a la Clínica de Epilepsia para inicio de dieta cetogénica deben contar con resonancia cerebral y electroencefalograma.		

SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	32 de 43		

5. RECOMENDACIONES

Inicio de dieta

Antes de iniciar una dieta cetogénica se entregarán las recomendaciones al paciente y su familia sobre el principio de las terapias dietéticas cetogénicas, la monitorización en el hogar de cetonas en sangre u orina, la frecuencia de futuros controles médicos y exámenes paraclínicos necesarios. Se ofrecerán además recetas cetogénicas, listas de intercambio de alimentos, posibles efectos adversos y recomendaciones de qué hacer en caso emergencia, por ejemplo reconocer y tratar la hipercetosis, la acidosis metabólica e hipoglucemia.

Se deben discutir las expectativas del paciente y su familia en relación a la reducción de crisis y medicamentos. Se deben identificar las posibles barreras psicosociales y revisar el contenido de carbohidratos en los fármacos antiepilépticos que el paciente recibe.

La EVALUACIÓN NUTRICIONAL debe incluir el peso basal, talla y peso ideal para la talla, además del índice de masa corporal (IMC). Se recomienda un diario de ingesta de los últimos 3 días, además de preferencias alimentarias, alergias e intolerancias. Se debe decidir en conjunto con el Epileptólogo el tipo de dieta que se va a iniciar y hacer un cálculo de calorías, ingesta de líquido y tasa cetogénica. Finalmente, se recomienda establecer la pertinencia del uso de productos nutricionales suplementarios para mejorar adherencia al tratamiento.

El primer contacto del paciente con la dieta será una pre-dieta cetogénica, elaborada por el equipo de Nutrición donde se evaluará tolerancia y adherencia del paciente por un periodo de 20-30 días. Es importante llevar un diario de convulsiones antes de iniciar la predieta, y en mujeres en edad fértil se debe incluir el periodo menstrual. La pre-dieta cetogénica puede garantizar una mejor adherencia del paciente adulto a las restricciones alimentarias ofrecidas. El inicio de la dieta Atkins Modificada puede realizarse en el ámbito ambulatorio, sin previo ayuno. La dieta inicia con un consumo diario de 20 g de carbohidratos e ingesta libre de grasas. Se ofrecerán complementos de minerales y oligoelementos que pueden ofrecerse en tabletas multivitamínicas idealmente libres de carbohidratos. Se debe además garantizar el aporte de calcio y vitamina D ya que la dieta cetogénica es pobre en estos minerales. Se recomienda adecuada hidratación durante la dieta. En pacientes con antecedentes de litiasis renal se considerará el uso de citratos orales. También pueden considerarse suplementos nutricionales como carnitina, laxantes, aceite de triglicéridos de cadena mediana, aceite de coco, sodio y fórmulas de dieta cetogénica, según el criterio del médico tratante.

El uso de fórmulas para dieta cetogénica será obligatorio en pacientes incapaces de ingerir alimentos sólidos y opcional en los demás casos, teniendo en cuenta que la adherencia a la dieta es más fácil con el uso de estas fórmulas.

El paciente debe anotar la frecuencia de sus convulsiones, además se recomienda la medición de cetonas en orina cada día hasta alcanzar 40 mg/dL, después cada dos semanas. El paciente debe pesarse cada semana, y por esta razón se recomienda en el primer mes una visita semanal con el equipo de Nutrición.

Se recomienda el uso de Fórmula Nutricional en pacientes con sospecha de baja adherencia a la dieta. Como, Formulas que contenga una relación 4:1 (grasas : carbohidratos + proteínas) que contengan aceites vegetales refinados (palma, soja y girasol), proteínas de la leche de vaca, fibras dietarias (celulosa, oligofructosa, inulina, goma arábiga, almidón resistente, polisacáridos de soja) y aceite vegetal alto en ácido docosahexanoico de células simples

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	33 de 43		

5. RECOMENDACIONES

(DHA), carbohidratos, vitaminas, minerales y elementos traza. (KETOCAL), también se puede usar formula nutricional a base de grasas y Triglicéridos de cadena Media con Relación 4:1 (KETOVOLVE).

Seguimiento

Durante el primer mes de inicio de la dieta, se debe tener un contacto semanal con el nutricionista y seguimiento presencial cada 15 días para ajustar un estado cetosico óptimo, adherencia y manejo de efectos adversos. Se puede implementar el uso de tirillas de orina medidoras de cetonas para un control estricto en las primeras semanas de dieta (3 veces cada semana por los primeros 3 meses, después una vez cada semana) posterior el seguimiento se realizara con Cetonas en sangre después del tercer mes de iniciado la dieta (Medición cada 2 meses).

El primer control con el Epileptólogo o neurólogo debe hacerse un mes después de iniciada la pre-dieta y después a los 3 y 6 meses, posteriormente puede hacerse cada año. En los controles es importante registrar frecuencia de crisis, cetonas en orina, adherencia a la dieta, cambios en el IMC y efectos adversos.

El control de laboratorios para dieta tipo Atkins Modificada debe hacerse por primera vez 3 meses después de iniciada la dieta y después cada año excepto en casos particulares que requieran un control más temprano. Estos laboratorios deben incluir:

Panel metabólico (Electrolitos, función hepática)

Hemograma

Perfil lipídico (primera toma 3 meses después de iniciada la dieta)

Niveles antiepilépticos

Vitamina D, zinc, selenio, niveles de carnitina libres y totales

Si se sospecha nefrolitiasis se solicitará ecografía renal.

Si hay historia de enfermedad cardiaca EKG

Si están elevadas las pruebas de perfil lipídico se solicitará ecografía carotidea.

Scan de densidad osea cada 5 años.

La dieta debe continuar por un periodo mínimo de 3 meses antes de considerar detenerla, a menos que las convulsiones empeoren o se presente un efecto adverso grave, con el fin de poder evaluar una mejoría en las convulsiones. Los pacientes no deben cambiar medicamentos antiepilépticos durante este tiempo para evaluar el efecto de la dieta.

Los adultos con hiperlipidemia que responden bien a las terapias dietéticas cetogénicas pueden considerar el aumento de las fuentes de grasa de omega 3, como suplementos de aceite de pescado y la adición de aceite de lino o de nuez. Estos pacientes deben continuar el uso de estatinas, cuyas dosis podrán modificarse en caso de aumento en las cifras del perfil lipídico.

La adherencia se evaluará mediante:

La información del paciente y su familia

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	34 de 43		

5. RECOMENDACIONES

Medición de β -hidroxibutirato sérico
Medición de acetoacetato de orina

Duración de tratamiento

Los pacientes por lo general siguen una dieta cetogénica aproximadamente durante dos años, si es bien tolerada y muestra reducción en la frecuencia ictal. El tratamiento puede continuar más tiempo en pacientes adherentes y satisfechos con el tratamiento siguiendo las recomendaciones médicas y los controles anuales de laboratorios.

ANEXO B: MANEJO QUIRÚRGICO DE LA EPILEPSIA

Aproximadamente 30-40 % de los pacientes con diagnóstico de epilepsia no alcanzan un adecuado control de crisis convulsivas a pesar de un adecuado manejo farmacológico. Estos pacientes se benefician de ser valorados por un epileptólogo, pues hasta un 5% de puede beneficiarse un manejo quirúrgico. La cirugía de epilepsia busca eliminación o disminución de las crisis epilépticas mediante la resección de la zona epileptogénica (cirugía resectiva). En algunos pacientes la cirugía resectiva no es ideal y debe considerarse la cirugía paliativa como las resecciones subpiales múltiples, callosotomía o la neuroestimulación (estimulación vagal o la estimulación cerebral profunda(13). La cirugía de epilepsia puede mostrar reducción de síntomas hasta en el 65 % de los pacientes (14).

Indicación

Se debe considerar el tratamiento quirúrgico en pacientes con diagnóstico de epilepsia que:

- Cumplan criterios de epilepsia refractaria
- Tengan crisis que interfieran con su vida diaria (crisis incapacitantes) por su alta frecuencia (15) y/o por efectos secundarios de FAE
- Tengan una lesión en la resonancia cerebral que se correlacione con la semiología de las crisis, y hallazgos neurofisiológicos (videotelemetría) (13,16)
- En caso de epilepsia no lesional con correlación entre la clínica y los hallazgos en la videotelemetría

Se considerará cirugía temprana (incluso si no cumplen criterios de refractariedad) en pacientes con epilepsia focal en quienes existe una clara correlación entre la semiología de crisis, registro videotelemetría y resonancia cerebral. (13,16,18)

Contraindicaciones para cirugía de Epilepsia:

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	35 de 43		

5. RECOMENDACIONES

- Epilepsia primaria
- Epilepsia primaria progresiva
- Crisis convulsivas que no deterioran la calidad de vida(16)
- Enfermedad neurológica progresiva (13,16)
- Enfermedades médicas concomitantes que comprometan el pronóstico vital o funcional del paciente.(13,16)
- Enfermedades psiquiátricas no controladas.(13,16)
- Diferente tipos de crisis
- No congruencia entre semiología de crisis y hallazgos en el estudio de videotelemetria y/o resonancia cerebral.

Los siguientes factores serán tenidos sugieren buen control de crisis después de cirugía resectiva (14):

- IRM anormal (lesión localizada)
- Resección quirúrgica completa
- Presencia de esclerosis temporal mesial
- Concordancia entre los hallazgos de resonancia cerebral y estudios de neurofisiología
- Ausencia de displasia cortical focal / malformación del desarrollo cortical
- Presencia de tumor(5)
- Resecciones de hemisferio derecho
- Anormalidades unilaterales en los estudios neurofisiológicos

Factores de mal pronóstico para control de crisis posterior a cirugía(14)

- Presencia de descargas epileptiformes en el registro electroencefalografico postoperatorio
- Monitoreo intracraneal
- Lesiones difusas

Selección de pacientes

Todo paciente con diagnóstico de epilepsia refractario debe ser valorado por la clínica de epilepsia. También será valorado por el servicio de neurocirugía y será llevado a una junta multidisciplinaria para el procedimiento quirúrgico.

- Todos los pacientes considerados para cirugía de epilepsia deben tener
 - Resonancia cerebral simple y contrastada

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	36 de 43		

5. RECOMENDACIONES

- Videotelemetria
- En caso de sospecha de lesión tumoral: Resonancia cerebral con espectroscopia
- Si la resonancia cerebral es no muestra lesiones congruentes con la semiología de crisis y los hallazgos electroencefalograficos se solicitara PET scan cerebral
- Si el foco epileptogénico y/o la lesión están ubicados en el lóbulo temporal izquierdo se realizara un Test de Wada (13,16)
- En caso que el test de Wada sea no concluyente realizar una resonancia magnética cerebral funcional
- Valoración por Neuropsicología
- Valoración por Psiquiatría
- Valoración por oftalmología
- Valoración de Trabajo Social (16)

ANEXO C. MANEJO FARMACOLOGICO

TIPO DE CONVULSION	PRIMERA LINEA DE FAE	TERAPIA ADYUVANTE	OTROS FAE QUE PUEDEN SER CONSIDERADOS O REFERENCIA A CUIDADO TERCARIO	NO USAR FAE (PODRIAN EMPEORAR LAS CONVULSIONES)
TONICO CLONICA GENERALIZADA	CARBAMAZEPINA, LAMOTRIGINA OXCARBAZEPINA, VALPROATO DE SODIO	CLOBAZAM LAMOTRIGINA, LEVETIRACETAM VALPROATO DE SODIO TOPIRAMATO		(SI SE PRESENTA CON AUSENCIA O MIOCLONIAS, O SE SOSPECHA EPILEPSIA MIOCLONICA JUVENIL CARBAMAZEPINA, GABAPENTIN, OXCARBAZEPINA, FENITOINA, PREGABALINA, TIAGABINE, VIGABATRIN
TONICA O ATONICA	VALPROATO DE SODIO	LAMOTRIGINA	RUFINAMIDA TOPIRAMATO	CARBAMAZEPINA, GABAPENTIN, OXCARBAZEPINA, PREGABALINA, TIAGABINE, VIGABATRIN

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	37 de 43		

5. RECOMENDACIONES				
AUSENCIA	ETOSUXIMIDA, LAMOTRIGINA, VALPROATO DE SODIO	ETOSUXIMIDA, LAMOTRIGINA, VALPROATO DE SODIO	CLOBAZAM CLONAZEPAM, LAMOTRIGINA VALPROATO DE SODIO	CARBAMAZEPINA, GABAPENTIN, OXCARBAZEPINA, FENITOINA, PREGABALINA, TIAGABINE, VIGABATRIN
MIOCLONIA	LEVETIRACETAM, VALPROATO DE SODIO, TOPIRAMATO	LEVETIRACETAM, VALPROATO DE SODIO, TOPIRAMATO	CLOBAZAM CLONAZEPAM PIRACETAM ZONISAMIDA	CARBAMAZEPINA, GABAPENTIN, OXCARBAZEPINA, FENITOINA, PREGABALINA, TIAGABINE, VIGABATRIN
FOCAL	CARBAMAZEPINA, LAMOTRIGINA, LEVETIRACETAM, OXCARBAZEPINA, VALPROATO DE SODIO	CARBAMAZEPINA, CLOBAZAM, GABAPENTIN, LAMOTRIGINA, LEVETIRACETAM, OXCARBAZEPINA, VALPROATO DE SODIO, TOPIRAMATO	ACETATO DE ESLICARBAZEPINA LACOSAMIDA FENOBARBITAL FENITOINA PREGABALINA TIAGABINA VIGABATRIN ZONISAMIDA	

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	38 de 43		

5. RECOMENDACIONES				
CONVULSIONES PROLONGADAS O REPETIDAS Y ESTATUS CONVULSIVO EN LA COMUNIDAD	MIDAZOLAM BUCAL, DIAZEPAM RECTAL, LORAZEPAM INTRAVENOSO			
ESTATUS CONVULSIVO EN EL HOSPITAL	LORAZEPAM IV DIAZEPAM IV MIDAZOLAM BUCAL	FENOBARBITAL IV FENIOTINA		
ESTATUS CONVULSIVO REFRACTARIO	MIDAZOLAM IV PROPOFOL (NO EN NIÑOS) TIOPENTAL SODIOC			
OPCIONES DE FAE POR SINDROME				
SINDROME EPILEPTICO	PRIMERA LINEA DE FAE	TERAPIA ADYUVANTE	OTROS FAE QUE PUEDEN SER CONSIDERADOS O REFERENCIA A CUIDADO TERCARIO	NO USAR FAE (PODRIAN EMPEORAR LAS CONVULSIONES)
EPILEPSIA TIPO AUSENCIA JUVENIL U OTROS SINDROMES DE AUSENCIA	ETOSUXIMIDA LAMOTRIGINA VALPROATO DE SODIO	ETOSUXIMIDA LAMOTRIGINA VALPROATO DE SODIO	CLOBAZAM CLONAZEPAM LEVETIRACETAM	CARBAMAZEPINA GABAPENTIN OXCARBASEPINA

SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

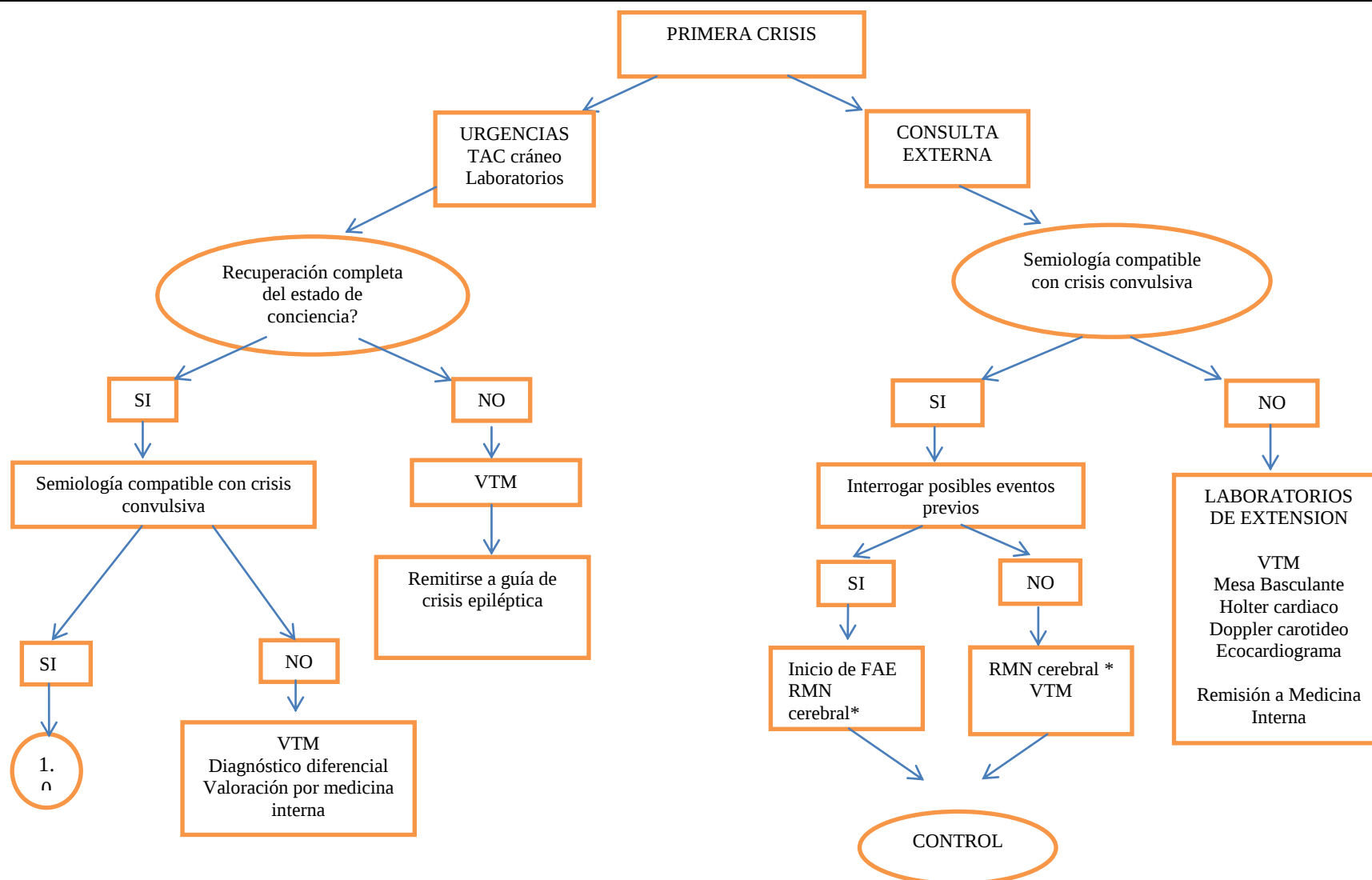
FT-CLDD-05 V3

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	39 de 43		

5. RECOMENDACIONES				
			TOPIRAMATO ZONISAMIDA	FENITOINA, PREGRABALINA TIAGABINA, VIGABATRIN
EPILEPSIA MIOCLONICA JUVENIL	LAMOTRIGINA LEVETIRACETAM VALPROATO DE SODIO TOPIRAMATO	LAMOTRIGINA LEVETIRACETAM VALPROATO DE SODIO TOPIRAMATO	CLOBAZAM CLONAZEPAM ZONISAMIDA	CARBAMAZEPINA GABAPENTIN OXCARBASEPINA FENITOINA, PREGRABALINA TIAGABINA, VIGABATRIN
EPILEPSIA CON CRISIS TONICO CLONICAS SOLAMENTE	CARBAMAZEPINA LAMOTRIGINA OXCARBASEPINA VALPROATO DE SODIO	CLOBAZAM LAMOTRIGINA LEVETIRACETAM VALPROATO DE SODIO TOPIRAMATO		
EPILEPSIA IDIOPATICA GENERALIZADA	LAMOTRIGINA VALPROATO DE SODIO TOPIRAMATO	LAMOTRIGINA LEVETIRACETAM VALPROATO DE SODIO TOPIRAMATO	CLOBAZAM CLONAZEPAM ZONISAMIDA	CARBAMAZEPINA GABAPENTIN OXCARBASEPINA FENITOINA, PREGRABALINA TIAGABINA, VIGABATRIN

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	40 de 43		

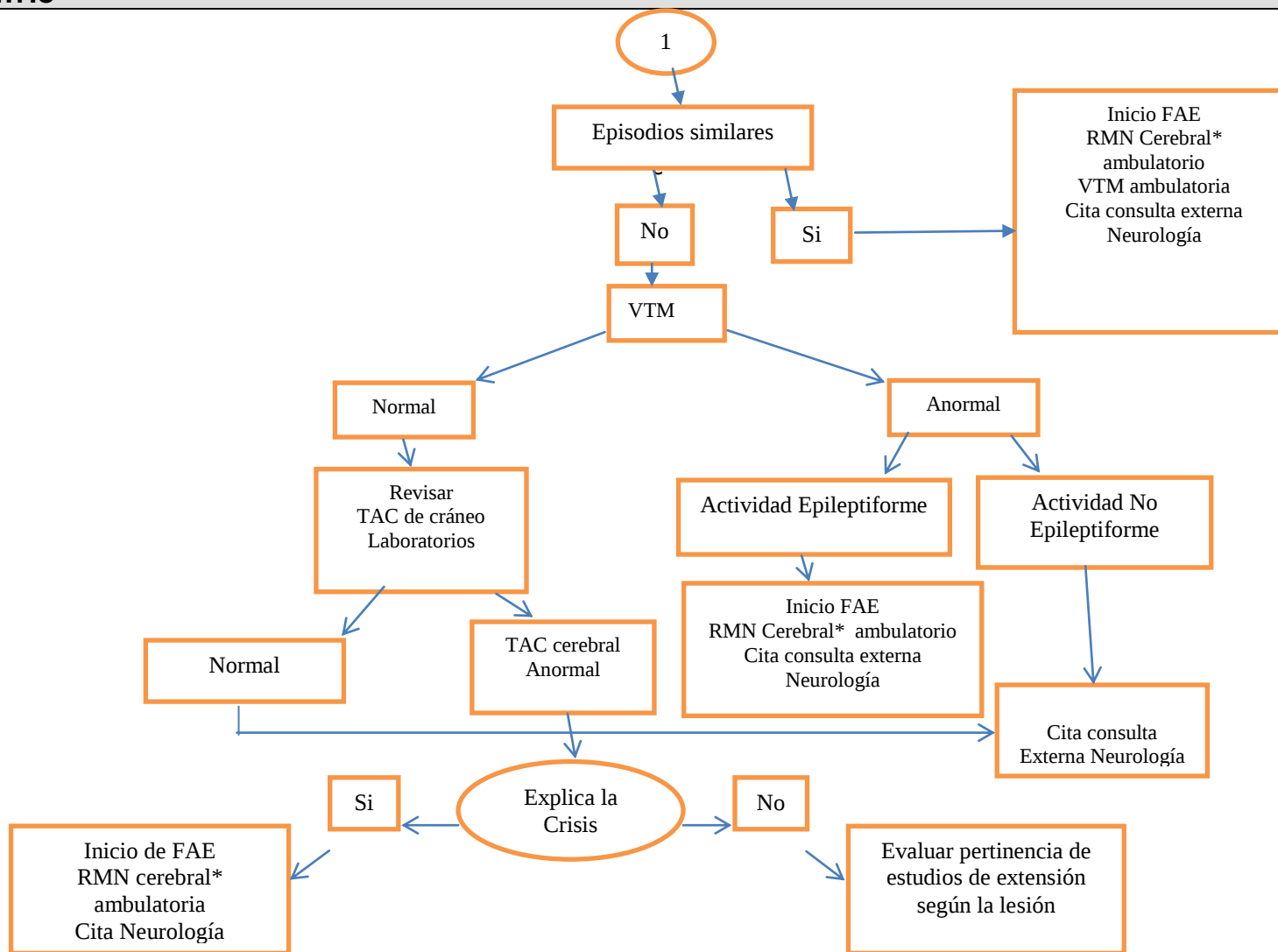
6. ALGORITMO



SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	41 de 43		

6. ALGORITMO

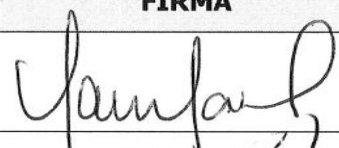


GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	42 de 43		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
-				

8. ANEXOS				
BIBLIOGRAFÍA				
(1) Guías SEN . sociedad Española de Neurología 2012 (2) A practical clinical definition of epilepsy. Epilepsia, 55(4):475–482, 2014 (3) Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure typesEpilepsia, **(*) :1–12, 2017 (4) Epilepsies: diagnosis and management. Guías NICE 2016 (5) Ketogenic dietary therapies in adults with epilepsy: a practical guideSchoeler NE, Cross JH. Pract Neurol 2016;16:208–214. doi:10.1136/practneurol-2015-001288 (6) Dietary Treatment of Intractable Epilepsy Mackenzie C. Cervenka, MD; Eric H. Kossoff, MD. Continuum journal, june 2013 (7) Dietary therapy is the best option for refractory nonsurgical epilepsy. Elizabeth A. Felton and Mackenzie C. Cervenka Epilepsia, 56(9):1325–1329, 2015 (8) Dietary treatment in adults with refractory epilepsy. Klein P. Chir MGG, Tyrlikova I. Mathews G. Neurology 2014;83:1978-1985 (9) What are the minimum requirements for ketogenic diet services in resource-limited regions? Recommendations from the International League Against Epilepsy Task Force for Dietary Therapy. Kossoff E et al. Epilepsia 2015 56(9):1337-1342 (10) Bergqvist AG et al. Vitamin D status in children with intractable epilepsy, and impact of the ketogenic diet. Epilepsia 2007;48:66-71 (11) Kossoff EH, Zupec-Kania BA et al. Optimal clinical management of children receiving the ketogenic diet: Recommendations of the International Ketogenic Diet Study Group. Epilepsia 50(2):304-315 (12) Cervenka M, Henry BJ, et al. Establishing an Adult Epilepsy Diet Center: Experience, efficacy and challenges. Epilepsy and Behavior 58 (2016): 61-68 (13) Guías Diagnosticas y Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2011 (14) Surgery for epilepsy .2015 The Cochrane (15) Resective focal epilepsy surgery C.-S. Kwon et al. / Epilepsy Research122(2016)37–43 (16) Concept of epilepsy surgery and presurgical evaluation,Epileptic Disord, Vol. 17, No. 1, March 2015 (17) Epilepsy-related brain tumors , Seizure 44 (2017) 93–97 (18) Early and late epilepsy surgelley in focal epilepsies associated with long term epilepsy associated tumors. journal of neurosurgery january 13,2017.				

GUIA DE MANEJO	EPILEPSIA	CODIGO	HP-NEUR-GM-02	VERSION	02
		Página:	43 de 43		

APROBACIÓN				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Dra. Paula Martínez	Neuróloga - Epileptóloga	Enero de 2018	
REVISÓ	Dr. Gabriel Centanaro	Neurólogo Líder Área de Neurología	Enero de 2018	
	Dra. Eliana Patricia Ramirez Cano	Jefe de Unidad del Sector Defensa-Unidad Medico Hospitalaria	Enero de 2018	
APROBÓ	BG.MD. Carlos Alberto Rincon Arango	Oficial MD. Subdirector del Sector Defensa- Subdirector Médico Hospital Militar Central	Enero de 2018	
PLANEACIÓN –CALIDAD Revisión Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad	Enero de 2018	