

Guía de práctica clínica (GPC) sobre diagnóstico y tratamiento de epilepsia

Revisión sistemática y adopción

2014 GPC- 2014 – 46

Ministerio de Salud y Protección Social
Organización Panamericana de la Salud

Directivos

Dra. Gina Elizabeth Watson Lewis
Representante OPS/OMS Colombia

Lic. Hernán Vásquez
Administrador OPS/OMS

Dr. Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Dr. Luis Fernando Ruiz Gomez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Dra. Martha Lucía Ospina
Directora Epidemiología y Demografía - MSPS

Dr. Elkin De Jesús Osorio
Director Promoción y Prevención – MSPS

Dr. Luis Fernando Correa
Jefe de Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Delegados Comité Técnico del Convenio

**Por el Ministerio de Salud
y Protección Social**

Por la OPS/OMS

Dra. Adriana Estrada
Subdirectora Salud Ambiental

Dr. Luis Fernando Correa
Jefe Oficina Emergencias y Desastres

Dr. Fernando Ramírez
Subdirector Enf. No Transmisibles

Dr. José Fernando Valderrama
Subdirector Enf. Transmisibles

Dra. Ma. Mercedes Muñoz
Coordinadora del Grupo de VSP

Dr. Teófilo Monteiro
Asesor Salud Ambiental y Entornos

Dr. Alejandro Santander
**Asesor Subregional Emergencias y
Desastres**

Dr. Guillermo Guibovich
Asesor Evidencias en Salud

Dr. Dilberth Cordero
Asesor Familia Género y Curso Vida

Dr. Armando Guemes
Asesor Sistemas de Salud

Ing. Henry Hernández
Asesor Regional Agua y Saneamiento en Emergencias

Dra. Bertha Gómez
Asesora Regional en VIH/SIDA

Dr. Elkin Osorio
Supervisor del Convenio MSPS

Dr. César Jaramillo
Supervisor Delegado MSPS

Dra. Lucy Arciniegas Millán
Oficial de Programas y Gestión de Proyectos OPS/OMS

Dra. Patricia Vega Moreno
Administradora del Convenio OPS/OMS

Referentes técnicos de Salud Mental

Dr. Armando Güemes
Asesor Sistemas de Salud –OPS/OMS

Dra. Carolina Pineda
Consultor Nacional –OPS/OMS

Dr. Fernando Ramírez
Coordinador Subdirección Nacional Enfermedades no Transmisibles - MSPS

Dra. Maria Inés Bohorquez
Coordinadora de Grupo de Gestión del Riesgo en Salud Mental - MSPS

Dra. Nubia Bautista
Médica Psiquiatra Grupo de Gestión del Riesgo en Salud Mental - MSPS

Consultor(es)

INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD
Equipo técnico

Dr. Héctor Eduardo Castro Jaramillo
Director Ejecutivo

Dra. Ángela Viviana Pérez Gómez
Epidemióloga Senior

Dr. Javier Orlando Contreras
Subdirector de Producción de GPC

Dra. Lorena Andrea Cañón
Epidemióloga Junior

Dr. Aurelio Mejía Mejía
Subdirector de Evaluación de Tecnologías en Salud

Ena Cristina Fernández
Especialista en Participación

Dra. Diana Esperanza Rivera
Subdirectora de Participación y Deliberación

Carolina Pérez Lastra
Analista Técnico – Subdirección de GPC

Dra. Laura Catalina Prieto Pinto
Epidemióloga Junior

Angélica María Rengifo Gómez
Analista de Participación y Deliberación

Expertos temáticos

Dr. Iván Darío Flórez Gómez
*Experto metodológico: MD, Pediatra, MSc
Epidemiología*

Rodrigo Andrés Solarte Mila
*Médico Especialista en Neurología Clínica, Sub-
especialista en Epileptología*

Orlando Carreño
Médico, Neurólogo Pediatra

Luis Carlos Mayor
Médico, Neurólogo y Epileptólogo

Liliana Correa
Directora Asociación Colombiana de Neurología

Daniel Nariño González
Médico, Neurólogo-Neurofisiólogo

Blanca Doris Rodríguez
Médica, Especialista en Neuropediatría

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 310 de 2013 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos ni reproducidos sin el consentimiento previo expreso de las mismas.

Exclusión de responsabilidad:

El presente documento es una traducción adaptada del contenido del documento CG 137. The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care (NICE Guidance) publicado por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en 2012 (modificado en 2013). La publicación original se encuentra disponible en <http://guidance.nice.org.uk/CG137>. Esta traducción adaptada no ha sido revisada o aprobada por NICE para asegurar que refleje de manera precisa la publicación original de NICE y no se establece garantía por parte de NICE en relación a la precisión de la traducción adaptada. La guía NICE con la cual se basa esta adaptación fue desarrollada para el Servicio Nacional de Salud en Inglaterra y Gales y la guía NICE no aplica para Colombia.

Contenido

Antecedentes	8
Introducción.....	9
1. Metodología	10
1.1 Revisión sistemática de literatura y selección	11
1.1.1 Búsqueda de guías de práctica clínica	11
1.1.2 Preselección de guías de práctica clínica	12
1.2 Evaluación de calidad de guías mediante el Instrumento AGREE II	12
1.3 Selección de la GPC	12
1.4 Traducción de las recomendaciones de la GPC	13
1.5 Redacción de documento final y ruta crítica	13
Siglas	14
2. Guía clínica NICE 137. Epilepsias: diagnóstico y manejo de las epilepsias en adultos y niños, en la atención primaria y secundaria	15
2.1 Observaciones sobre el alcance de la guía	16
2.2 Cómo se desarrolló esta guía	16
2.3 Guía completa	16
2.4 Actualización de la guía	17
3. Atención centrada en el individuo	17
4. Recomendaciones clave para implementación	17
5. Guía	19
5.1 El principio de toma de decisión	19
5.2 Haciendo frente a la epilepsia	20
5.3 Información	20
5.4 Después de la primera crisis	22
5.5 Diagnóstico	23
5.6 Exámenes	24
5.7 Clasificación	26
5.8 Manejo	27
5.9 Tratamiento farmacológico	27
5.9.1 Información general sobre el tratamiento farmacológico	28

5.9.2	Inicio del tratamiento farmacológico	29
5.9.3	Tratamiento farmacológico de crisis focales	30
5.9.4	Tratamiento farmacológico de las crisis tónico clónicas generalizadas (GTC) de diagnóstico reciente	31
5.9.5	Tratamiento farmacológico de crisis de ausencia	32
5.9.6	Tratamiento farmacológico de crisis mioclónicas	33
5.9.7	Tratamiento farmacológico de crisis tónicas o atónicas	34
5.9.8	Tratamiento farmacológico de espasmos infantiles	34
5.9.9	Tratamiento farmacológico del síndrome de Dravet	35
5.9.10	Tratamiento farmacológico del síndrome de Lennox-Gastaut	35
5.9.11	Tratamiento farmacológico de epilepsia benigna con puntas centrotemporales, síndrome Panayiotopoulos o epilepsia occipital de la niñez de inicio tardío (tipo Gastaut)	36
5.9.12	Tratamiento farmacológico de la epilepsia idiopática generalizada (IEG)	37
5.9.13	Tratamiento farmacológico de la epilepsia mioclónica juvenil (JME)	38
5.9.14	Tratamiento farmacológico de la epilepsia con crisis tónico clónicas (GTC) generalizadas únicamente	39
5.9.15	Tratamiento farmacológico de epilepsia de ausencia infantil, epilepsia de ausencia juvenil u otros síndromes de ausencia epiléptica	40
5.9.16	Otros síndromes epilépticos	41
5.9.17	Continuación del tratamiento farmacológico	41
5.9.18	Suspensión del tratamiento farmacológico	42
5.10	Remisión en caso de epilepsia compleja o refractaria	43
5.11	Intervenciones psicológicas	44
5.12	Dieta cetogénica	44
5.13	Estimulación del nervio vago (ENV)	45
5.14	Crisis prolongadas o repetidas y en estado epiléptico convulsivo	45
5.14.2	Tratamiento de niños, jóvenes y adultos con estado epiléptico convulsivo en el hospital	46
5.14.3	Status epiléptico no convulsivo	47
5.15	Mujeres y niñas con epilepsia	48
5.15.1	Información y asesoría para mujeres y niñas con epilepsia	48
5.15.2	Anticoncepción	49
5.15.3	Embarazo	49

5.15.4	Lactancia	51
5.15.5	Después del nacimiento	52
5.16	Niños, jóvenes y adultos con trastornos del aprendizaje	52
5.16.1	Diagnóstico	52
5.16.2	Exámenes	52
5.16.3	Manejo	53
5.17	Jóvenes con epilepsia	53
5.18	Adultos mayores con epilepsia	54
5.19	1.19 Niños, jóvenes y adultos de grupos afrodescendientes y minorías étnicas	55
5.20	Seguimiento	55
6.	Ruta Crítica de atención.....	58
7.	Tabla de indicadores de seguimiento	65
	Bibliografía	66

Antecedentes

La alta prevalencia de la epilepsia y su impacto en desenlaces en salud críticos y calidad de vida, así como los costos que genera para el sistema de salud, definen para el país la necesidad urgente de contar con una guía de práctica clínica que sirva como herramienta para la toma de decisiones a niveles macro, meso y micro.

A pesar que Colombia cuenta con un proceso estructurado de desarrollo de guías, con una metodología sistemática, establecida a través de la *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano*, la cual recomienda el desarrollo de guías de novo, se genera la necesidad por solicitud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de disponer de una guía de práctica clínica para la toma de decisiones rápidas en un corto periodo de tiempo.

Dada la falta de disponibilidad de una guía y ante la necesidad establecida, se decide realizar un proceso sistemático de búsqueda, identificación y calificación de calidad, con el propósito de seleccionar para la adopción por parte del MSPS la guía de mejor calidad metodológica, libre de conflictos de intereses, y con un proceso participativo que permitiera seleccionar la mejor evidencia disponible; el resultado de dicho proceso es la selección de la guía clínica 137 del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), a partir de la cual se desarrolla el siguiente documento.

Para la introducción del presente documento se expone la epidemiología y la carga de la enfermedad para el país y no se utiliza la introducción de la guía de NICE, dada la necesidad de contextualizar dicha información al entorno colombiano; si se desea acceder a la introducción de la guía original, consultar el siguiente link:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg137/resources/guidance-the-epilepsies-the-diagnosis-and-management-of-the-epilepsies-in-adults-and-children-in-primary-and-secondary-care-pdf>

Introducción

La epilepsia es el trastorno neurológico crónico más común, caracterizado, de acuerdo con la definición de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) por crisis e interrupciones recurrentes de la actividad cerebral normal, llamadas crisis epilépticas (1). La epilepsia es responsable del 1% de la carga de enfermedad global y afecta aproximadamente a 50 millones de personas en el mundo, de las cuales cerca del 80% proceden de regiones en desarrollo (2).

La incidencia de epilepsia en países desarrollados es de 24 - 53 por cada 100,000 personas de la población general y aunque existen pocos estudios de incidencia para países en desarrollo, éstos muestran tasas que oscilan entre 49.3 a 190 por cada 100,000 personas. La prevalencia de epilepsia activa ha demostrado ser uniforme, siendo de 4 -10 por 1,000 personas de la población general. (2) En Colombia, según el estudio de Vélez, 2006 (3) se estima una prevalencia de 10.1 por 1,000 personas, con poca variación entre regiones. Según el informe sobre la epilepsia en Latinoamérica de la Organización Panamericana de la Salud de 2008 (4), al menos el 60% de los pacientes en Latinoamérica y el Caribe no son diagnosticados o no reciben un tratamiento, para lo cual deben considerar factores como la falta de adherencia al tratamiento, dificultades en la disponibilidad y acceso a los medicamentos, así como el hecho que los profesionales de la salud en los primeros niveles de atención muchas veces no poseen los conocimientos suficientes en el diagnóstico y manejo adecuado de esta patología. Dicha situación, genera la necesidad de contar con una guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la epilepsia en niños y adultos dentro de una estrategia de manejo integral.

Ante la identificación de este requerimiento, y en el marco del convenio de cooperación técnica 310/13 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) desarrolla el proceso metodológico de búsqueda, identificación y selección de la guía que cumpliera con los mejores estándares de calidad metodológica y con el alcance definido, correspondiente al diagnóstico y manejo de la epilepsia en niños y adultos con énfasis en los primeros niveles de atención.

Con el fin de contextualizar las recomendaciones a la realidad del país y al sistema de salud nacional, se decide realizar un proceso de armonización a través de reuniones con expertos clínicos. En aquellas recomendaciones en las que se identificó la imposibilidad de acoger completamente la recomendación por razones propias del contexto colombiano, disponibilidad de medicamentos, aprobación de agencias regulatorias, acceso y arquitectura del sistema de salud, dicha recomendación no fue modificada; se realizó una anotación en un cuadro aparte, identificada como “observaciones para el contexto colombiano” para los usuarios que tendrán acceso a ellas.

1. Metodología

Se realizó inicialmente la revisión sistemática de literatura, cuyo objetivo fue identificar las guías basadas en evidencia de la mejor calidad y rigor metodológico, con el fin de seleccionar la guía de práctica clínica (GPC) para ser adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en adultos y niños, con énfasis en el primer nivel de atención y que estuviera dirigida al personal de salud como médicos generales, médicos de Atención Primaria en Salud (APS), neurólogos, y neurólogos pediatras.

1.1 Revisión sistemática de literatura y selección

1.1.1 Búsqueda de guías de práctica clínica

El objetivo de este paso fue identificar las GPC disponibles en diferentes fuentes (organismos desarrolladores y compiladores de guías). Se realizó una búsqueda con una metodología reproducible, en las principales fuentes de guías de alta calidad, y una búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas (Medline, Embase, TripDatabase). Todo el proceso se acogió a los estándares de calidad internacional utilizados en revisiones sistemáticas de la literatura. Las búsquedas fueron llevadas a cabo por personal previamente entrenado.

Las búsquedas se realizaron sin restricción de idioma, con restricción en fecha de publicación entre 2008 y 2014.

Inicialmente se combinaron los resultados de la búsqueda en bases de datos electrónicas y la búsqueda mediante otros métodos, y se realizó una remoción de duplicados utilizando el programa EndNote X6®. Las referencias fueron tamizadas por LP, revisando los títulos y resúmenes en EndNote X6®. Se evaluó el tópico, idioma y tipo de documento.

En caso de duda sobre el cumplimiento de los criterios se revisó el texto completo para orientar la decisión.

Resultados de búsquedas

- Número de referencias identificadas mediante la búsqueda en bases de datos electrónicas n= 116
- Número de referencias identificadas mediante otros métodos de búsqueda (organismos, recopiladores, productores, guías iberoamericanas, búsqueda manual) n= 141
- Total de referencias identificadas n=257
- Número de referencias después de remover los duplicados n=126
- Número de referencias para preselección n= 23

1.1.2 Preselección de guías de práctica clínica

Una vez realizada la búsqueda, se aplicó un filtro general mediante la herramienta 7 recomendada por la *Guía Metodológica para elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano* (5), excluyendo aquellas GPC que no cumplían con los criterios para considerarse como basadas en evidencia, no cumplen con los objetivos del proyecto, o tienen una fecha de publicación mayor a 4 años; de esta manera se seleccionaron aquellas guías que continuaron en el proceso de evaluación.

La herramienta fue aplicada a 23 referencias identificadas en la búsqueda, posterior a la eliminación de duplicados.

El resultado de la preselección inicial fueron 13 referencias candidatas para evaluación de calidad. Teniendo en cuenta que 3 referencias conformaban los 3 capítulos de un solo proyecto, se clasificaron como un documento individual para la evaluación con el instrumento AGREE II.

1.2 Evaluación de calidad de guías mediante el Instrumento AGREE II

Una vez seleccionadas las 9 guías candidatas, resultado de la aplicación de la herramienta 7 de la guía metodológica, se evaluó su calidad, aplicando el instrumento AGREE II, con el fin de determinar aquellas que harían parte del subproceso de selección final. Esta selección tiene como objetivo principal seleccionar aquellas guías de alta calidad, principalmente en los dominios correspondientes al rigor metodológico e independencia editorial, cuya puntuación, de acuerdo con las recomendaciones de la guía metodológica debe ser superior al 60%.

El instrumento AGREE II (6) fue diseñado para evaluar el rigor metodológico y la transparencia con la cual son desarrolladas las guías de práctica clínica. Así mismo, proporciona criterios y pautas para su desarrollo y presentación.

Dos epidemiólogos, con experiencia en el uso del instrumento (LC, LP), evaluaron la calidad de cada una de las 9 guías candidatas de manera independiente.

1.3 Selección de la GPC

Posterior a la calificación de calidad de las guías seleccionadas se realiza la primera reunión con expertos clínicos, con el fin de presentar el proceso metodológico y los resultados consolidados de las calificaciones mediante el instrumento AGREE II.

El resultado de la revisión y discusión del proceso, definió que la GPC que cumplía con los mejores estándares de calidad metodológica y que coincidía con los alcances del proyecto corresponde a la guía: **CG 137. *The epilepsies: the diagnosis and***

management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care, publicada por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en 2012

1.4 Traducción de las recomendaciones de la GPC

Una vez seleccionada la guía, se solicitó autorización y aprobación para la traducción de las recomendaciones de la referencia original, y a través de traducción certificada se obtiene el documento final para adopción.

1.5 Redacción de documento final y ruta crítica

Con el fin de contextualizar las recomendaciones a la realidad del país y al sistema de salud nacional, se lleva a cabo un proceso de armonización a través de un segundo proceso participativo con expertos clínicos y metodológicos. En aquellas recomendaciones en las que se identificó la imposibilidad de acoger completamente la recomendación por razones propias del contexto colombiano, disponibilidad de medicamentos, aprobación de agencias regulatorias, acceso y arquitectura del sistema de salud, dicha recomendación no fue modificada; se realizó una anotación en un cuadro aparte, identificada como “observaciones para el contexto colombiano”.

Adicionalmente, con el fin de facilitar la implementación de las recomendaciones a través de un manejo integral de los pacientes con epilepsia, se presenta la propuesta y se define la ruta crítica de atención, mediante la discusión con expertos clínicos, metodológicos y representante del MSPS, con el propósito de identificar y abordar barreras propias del contexto colombiano y del sistema.

Siglas

APS	Atención Primaria en Salud
BECTS	Epilepsia benigna con puntas centrotemporales
BNF	Formulario nacional británico
DIU	Dispositivo intrauterino
ECG	Electrocardiograma
EEG	Electroencefalograma
EIG	Epilepsia idiopática generalizada
ENV	Estimulación del nervio vago
ESN	Enfermeras especialistas en epilepsia
FAE	Fármaco antiepiléptico
GPC	Guía de Práctica Clínica
GTC	Crisis tónico clónicas generalizadas
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IRM	Imagen de resonancia magnética
JME	Epilepsia mioclónica juvenil
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
SPC	Resumen de características de productos
SUDEP	Muerte súbita por epilepsia
TC	Tomografía computarizada

2. Guía clínica NICE 137. Epilepsias: diagnóstico y manejo de las epilepsias en adultos y niños, en la atención primaria y secundaria

Publicado: enero de 2012.

Última modificación efectuada en diciembre de 2013

Guía clínica NICE 137

Link a la guía original: <http://guidance.nice.org.uk/CG137>

Esta guía actualiza y sustituye la guía clínica NICE 20. Esta guía también actualiza y sustituye las evaluaciones de tecnologías NICE 76 (2004) y NICE 79 (2004).

Se han agregado nuevas recomendaciones para el tratamiento farmacológico de pacientes con epilepsia, incluido el uso de la dieta cetogénica (consulte [Acerca de esta guía](#) para obtener mayor información).

Teniendo en cuenta que actualmente se formulan nuevos fármacos antiepilépticos (FAE) de mayor costo y ante la posibilidad del incremento en los costos de tratamiento en los próximos años, es fundamental asegurar la identificación de FAE de efectividad clínica y costo-efectividad comprobada. La evidencia utilizada en el desarrollo de Las epilepsias (Guía clínica NICE 20), Fármacos más recientes para la epilepsia en adultos (guía de evaluación de tecnologías NICE 76) y Fármacos más recientes para la epilepsia en la niñez (Guía de evaluación de tecnologías NICE 79) indicaba que no existía diferencia entre la efectividad de los FAE más recientes y los anteriores o entre los medicamentos más recientes para el control de las crisis, en forma de monoterapia. Sin embargo, un extenso ensayo clínico multicéntrico reciente (el ensayo SANAD) evaluó los últimos fármacos en nuevos casos diagnosticados de epilepsia y sugirió, admitiendo ciertas limitaciones, que el valproato sódico debería ser el fármaco de preferencia en casos de epilepsia generalizada o epilepsia no clasificada y la lamotrigina, en casos de epilepsias focales. Por lo tanto se consideró necesario analizar nuevas evidencias sobre los FAE, como parte de una actualización de la guía clínica NICE 20, publicada en el año 2004.

La guía da por sentado que los encargados de formular, utilizarán el resumen de características de producto, correspondiente al fármaco, a fin de comunicar las decisiones tomadas con cada paciente, de manera individual.

Esta guía recomienda algunos fármacos para indicaciones terapéuticas que no cuentan con autorización de comercialización en el Reino Unido; si es que existe suficiente evidencia que justifique su uso. En caso de efectuarse recomendaciones sobre el uso de fármacos diferente al uso autorizado ('uso off-label'), estos fármacos aparecen con una nota de pie de página en las recomendaciones.

Observaciones para el contexto colombiano: para aquellos medicamentos recomendados por la guía, que no cuentan con autorización de comercialización para Colombia por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) se hará una anotación al final de la recomendación.

2.1 Observaciones sobre el alcance de la guía

Las guías NICE son desarrolladas de conformidad con el alcance que define qué y qué no cubre la guía. El alcance de esta guía se encuentra disponible [aquí](#), con un clic en 'Cómo se produjo esta guía'.

La guía aborda el diagnóstico, tratamiento y manejo de la epilepsia en niños, jóvenes y adultos. Esta guía no incluye el diagnóstico, tratamiento o manejo de la epilepsia en neonatos ni el diagnóstico o manejo de las crisis febriles.

La guía hace recomendaciones referentes a la atención ofrecida por profesionales de la salud que tienen contacto directo con o que toman decisiones sobre la atención de individuos con epilepsia. En ella se aborda la atención en servicios de baja, mediana y alta complejidad; la atención integrada de la epilepsia puede cruzar todos estos sectores. La realización de procedimientos de alta complejidad tales como técnicas quirúrgicas no se han incluido. La guía también será relevante para aquellos que trabajan en servicios de salud ocupacional, servicios sociales, educativos o del sector del voluntariado, aunque no incluya tales prácticas.

En el año 2012 se actualizaron las secciones de manejo farmacológico de la guía.

2.2 Cómo se desarrolló esta guía

NICE comisionó al National Clinical Guideline Centre [Centro Nacional de Guías Clínicas] para el desarrollo de esta guía. El centro estableció un Grupo Desarrollador de Guías (consulte el [anexo A](#) del documento original), que revisó la evidencia y desarrolló las recomendaciones. Un Panel de revisión de guías independiente supervisó el desarrollo de la guía (consulte el [anexo B](#) del documento original).

Más información acerca de [cómo se desarrollan las guías clínicas NICE](#) se encuentra disponible en el sitio web NICE. La cartilla, 'Cómo se desarrollan las guías clínicas NICE: generalidades para grupos de interés, público en general y Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) también se encuentra disponible.

2.3 Guía completa

La guía completa "Epilepsias: diagnóstico y manejo de epilepsias en adultos y niños en la atención en servicios de baja y mediana complejidad (actualización parcial de la guía

clínica 20)" incluye información detallada de los métodos y evidencia utilizada para desarrollar la guía. Esta ha sido publicada por el Centro Nacional de Guías Clínicas y está disponible en el sitio web <http://www.nice.org.uk/guidance/cg137/resources/cg137-epilepsy-full-guideline3>

2.4 Actualización de la guía

Las guías clínicas NICE se actualizan a fin de que las recomendaciones tengan en cuenta la información reciente de importancia. La nueva evidencia se verifica 3 años después de su publicación y se consulta la opinión de los profesionales de la salud y de los pacientes al respecto. Utilizamos esta información para decidir si solo una parte o la guía completa requieren actualización. Si en otro momento se publica nueva e importante evidencia, podría tomarse la decisión de actualizar algunas recomendaciones antes de lo previsto. Para obtener información acerca de la actualización de esta guía, por favor consulte nuestro sitio web.

3. Atención centrada en el individuo

Esta guía aconseja buenas prácticas de atención a niños, jóvenes y adultos con epilepsia. El tratamiento y la atención deben tener en cuenta las necesidades y preferencias de los individuos. Los pacientes con epilepsia deben contar con la oportunidad de tomar decisiones informadas acerca de su atención y tratamiento, en conjunto con los profesionales encargados del cuidado de su salud.

Es esencial la buena comunicación entre los profesionales de la salud y los individuos con epilepsia, familiares y cuidadores. Ésta se debe sustentar en información escrita basada en evidencia y ajustada a las necesidades del individuo. El tratamiento, la atención y la información que al respecto se proporcione a los individuos, debe ser culturalmente adecuada. Esta también debe ser accesible a individuos con necesidades adicionales, tales como discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje.

Si el individuo acepta, los familiares y cuidadores deben tener la posibilidad de involucrarse en las decisiones sobre tratamiento y atención. También se debe proporcionar la información y el apoyo necesario a familiares y cuidadores.

Los equipos encargados de la atención pediátrica y de adultos, deben trabajar juntos para ofrecer asesoría y servicios a los jóvenes con epilepsia. El diagnóstico y el manejo debe ser analizado a lo largo del proceso de transición y debe existir claridad acerca de quién es el médico encargado de garantizar la continuidad de la atención.

4. Recomendaciones clave para implementación

Se han identificado las siguientes recomendaciones como prioridades de implementación.

- **Diagnóstico**

Todos los niños, jóvenes y adultos que tengan crisis sospechosas, de aparición reciente, deben ser atendidos de manera urgente [1] por un especialista [2]. Esto a fin de asegurar un diagnóstico preciso y temprano, así como el inicio de una terapia adecuada a sus necesidades. [2004]

- **Manejo**

Los profesionales de la salud deberán adoptar un estilo de consulta que permita al niño, joven o 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. [2004]

Todos los niños, jóvenes y adultos con epilepsia, deben contar con un plan de atención integral acordado entre el individuo, familiares y cuidadores, según corresponda, así como prestadores en centros de atención de baja y mediana complejidad. [2004]

La estrategia de tratamiento con fármacos antiepilépticos debe individualizarse según el tipo de crisis, el síndrome epiléptico, la medicación concomitante y comorbilidades, el estilo de vida del niño, joven o adulto y las preferencias del individuo, familiares y cuidadores, según corresponda. [2004]

- **Convulsiones prolongadas o recurrentes y estado epiléptico convulsivo**

Formular midazolam bucal o diazepam en presentación rectal [3] únicamente para uso extra-hospitalario en niños, jóvenes y adultos que hayan tenido un episodio previo de convulsiones prolongadas o consecutivas. [Nuevo en 2012]

Administrar midazolam bucal como tratamiento extra-hospitalario de primera línea a niños, jóvenes y adultos con convulsiones prolongadas o recurrentes. Administrar diazepam en presentación rectal [3] si se prefiere, o en caso que el midazolam bucal no esté disponible. Administrar lorazepam intravenoso si ya se ha establecido el acceso intravenoso y se cuenta con equipos de reanimación. [Nuevo en 2012]

- **Consideraciones especiales en mujeres y niñas en edad fértil**

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. [2004]

- **Valoración y remisión**

Todos los niños, jóvenes y adultos con epilepsia deben acudir a una valoración periódica y estructurada. En el caso de los niños y jóvenes, esta valoración debe realizarse por lo menos una vez al año, aunque puede realizarse en periodos de 3 a 12 meses, mediante acuerdo previo y por parte de un especialista. En los adultos, esta valoración se debe

llevar a cabo por lo menos una vez al año, bien sea por parte de un médico general o especialista, con base en qué tan bien controlada esté la epilepsia y si existen problemas específicos de estilo de vida. [2004]

En esta valoración, los niños, 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 de alta complejidad, que incluye la cirugía, de ser apropiada. [2004]

Si las convulsiones no son controladas o existen dudas sobre el diagnóstico o fracaso del tratamiento, los niños, jóvenes y adultos deben ser remitidos pronto a servicios de alta complejidad para una valoración más profunda [4]. [2004]

[1] El Grupo Desarrollador de la Guía establece que "de manera urgente" implica recibir atención en un plazo de 2 semanas.

[2] En el caso de los adultos, un especialista se define en general, como un médico con formación y conocimiento avanzado en epilepsia. En el caso de niños y jóvenes, un especialista se define en general como un médico con formación y conocimiento avanzado en epilepsia.

[3] 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 (consulte información detallada en el anexo E). Se debe obtener y documentar el consentimiento informado de acuerdo con los estándares habituales de atención de urgencias.

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

5. Guía

La siguiente guía se basa en la mejor evidencia disponible. La [guía completa](#) proporciona detalles sobre los métodos y la evidencia utilizados para desarrollar la guía.

En esta guía, el término "adultos" se utiliza para referirse a personas de 18 años o más y "niños" para aquellas personas entre 28 días y 11 años de edad. "Jóvenes" son aquellos entre los 12 y 17 años de edad. Por 'adultos mayores' se hace referencia a las personas de 65 años de edad o más. Este rango de edad se basa en evidencia analizada por el Grupo de Desarrollo de la Guía. Sin embargo, se reconoce que existe un rango de edad variable, entre 15 y 19 años de edad, durante los cuales la atención se transfiere entre servicios de salud para niños y adultos por parte de fideicomisos de sistemas de salud locales y organizaciones prestadoras de atención en centros de baja complejidad.

Consulte en el [Anexo G](#) de la guía original las definiciones de las siglas y un glosario de los términos utilizados a lo largo de esta guía.

5.1 El principio de toma de decisión

Los profesionales de la salud deberán adoptar un estilo de consulta que permita al niño, 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. [2004]

5.2 Haciendo frente a la epilepsia

- 5.2.1** Los niños, jóvenes y adultos con epilepsia, familiares y cuidadores deben ser empoderados para enfrentar su condición de la mejor manera posible. [2004]
- 5.2.2** 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. [2004]
- 5.2.3** La mejor forma de lograr el auto-manejo de la epilepsia en los niños y jóvenes es a través de modelos e intervenciones activas de formación con enfoque en la niñez. [2004]

5.3 Información

5.3.1 Los niños, 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
- 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
- problemas con los seguros
- 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. [2004]
- 5.3.2 El momento en que se proporcione la información dependerá de la certeza sobre el diagnóstico y la necesidad de realizar exámenes confirmatorios. [2004]
- 5.3.3 La información debe ser proporcionada en un formato, idioma y forma adecuada a las necesidades del niño, joven o adulto. Se debe tener en cuenta la edad de desarrollo, género, cultura y etapa de vida del individuo. [2004]
- 5.3.4 Si los niños, 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). [2004]
- 5.3.5 Se debe disponer de un periodo de tiempo adecuado en la consulta para ofrecer información que debe retomarse durante consultas posteriores. [2004]
- 5.3.6 Se deben utilizar listas de chequeo para recordar a los niños, jóvenes, adultos y a los profesionales de la salud, la información que deben abordar en las consultas. [2004]
- 5.3.7 Cualquier persona que proporcione atención o tratamiento a niños, jóvenes y adultos con epilepsia debe ser capaz de proporcionar información esencial. [2004]
- 5.3.8 El niño, 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 niño, el joven o el adulto, familiares y cuidadores. [2004]
- 5.3.9 Se debe hablar sobre la posibilidad de que se presenten crisis y brindar información sobre la epilepsia antes de que los niños, 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. [2004]
- 5.3.10 Los niños, jóvenes y adultos con epilepsia deben recibir información apropiada antes de tomar decisiones trascendentales, por ejemplo en cuanto al embarazo o al empleo. [2004]

Muerte súbita por epilepsia (SUDEP)

- 5.3.11 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 niños, jóvenes y adultos, familiares y cuidadores, debe incluir información personalizada respecto al riesgo relativo de sufrir una muerte súbita por epilepsia. [2004]
- 5.3.12 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. [2004]
- 5.3.13 La información personalizada y el diálogo entre el niño, 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. [2004]
- 5.3.14 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. [2004]

5.4 Después de la primera crisis

- 5.4.1 Los niños, 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. [2004]
- 5.4.2 Deben existir protocolos establecidos para garantizar la valoración adecuada en la sala de urgencias a niños, jóvenes y adultos que ingresen con una crisis epiléptica, bien sea sospechada o confirmada. [2004]
- 5.4.3 En el Anexo D (de la guía original) se incluye la información que se debe obtener de un adulto, familiar o cuidador luego de que se presente una posible crisis. [2004]
- 5.4.4 En el Anexo D (de la guía original) se incluye la información que se debe obtener de un niño, joven, padre de familia o cuidador luego de que se presente una posible crisis. [2004]
- 5.4.5 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. [2004]
- 5.4.6 Se recomienda que todos los niños y 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. [2004]

- 5.4.7 Durante la primera valoración de la aparición de una crisis reciente, el especialista debe tener acceso a los exámenes apropiados. [2004]
- 5.4.8 En un niño, 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. [2004]
- 5.4.9 La información esencial sobre cómo reconocer una crisis, los primeros auxilios y la importancia de reportar ataques posteriores, debe proporcionarse al niño, joven o adulto que haya experimentado una posible crisis inicial y a su familiar, padre o cuidador, según corresponda. Esta información será proporcionada al niño, joven o adulto, así como a familiares y cuidadores mientras que se espera un diagnóstico. [2004]

5.5 Diagnóstico

- 5.5.1 El diagnóstico de la epilepsia en los adultos debe realizarse por parte de un médico especialista con formación y conocimiento avanzado en epilepsia. [2004]
- 5.5.2 El diagnóstico de la epilepsia en los niños y jóvenes debe realizarse por parte de un médico pediatra con formación y conocimiento avanzado en epilepsia. [2004]
- 5.5.3 Los niños, jóvenes y adultos, familiares y cuidadores deben tener la oportunidad de hablar sobre el diagnóstico con un profesional de la salud idóneo. [2004]
- 5.5.4 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. [2004]
- 5.5.5 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. [2004]
- 5.5.6 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 5.6 y la remisión a un especialista terciario en epilepsia [8] (consulte la recomendación 5.10.2). Siempre se debe programar seguimiento. [2004]
- 5.5.7 Si se sospecha un trastorno de ataque no epiléptico deberá efectuarse una remisión adecuada a servicios psicológicos o psiquiátricos para exámenes y tratamiento adicional. [2004]

- 5.5.8 El registro prospectivo de los eventos, entre ellos, la grabación en video y las descripciones escritas serán muy útiles para conseguir un diagnóstico. [2004]

5.6 Exámenes

- 5.6.1 Se brindará información a los niños, 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. [2004]
- 5.6.2 Todos los exámenes practicados a un niño deberán realizarse en un entorno adecuado. [2004]

Electroencefalograma (EEG)

- 5.6.3 A los niños, jóvenes y adultos que necesiten un EEG, se les debe realizar la prueba pronto, después de la solicitud [9] [2004]
- 5.6.4 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. [2004]
- 5.6.5 Un EEG se realizará solamente para justificar un diagnóstico de epilepsia en niños y 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. [2004]
- 5.6.6 No debe realizarse un EEG en caso de un posible síncope por la posibilidad de obtener un resultado falso-positivo. [2004]
- 5.6.7 El EEG no podrá utilizarse para descartar un diagnóstico de epilepsia en un niño, joven o adulto, cuya presentación clínica soporte el diagnóstico de un evento no epiléptico. [2004]
- 5.6.8 El EEG no podrá utilizarse de forma aislada para diagnosticar la epilepsia. [2004]
- 5.6.9 Se puede usar un EEG para determinar el tipo de crisis y síndrome epiléptico en niños, jóvenes y adultos con sospecha de epilepsia. Esto les permite obtener el pronóstico correcto. [2004]
- 5.6.10 En los niños, 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. [2004]
- 5.6.11 En los niños, jóvenes y adultos con sospecha de epilepsia, pero que presentan dificultades en el diagnóstico, debe existir la posibilidad de realizar exámenes especializados. [2004]

- 5.6.12 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. [2004]
- 5.6.13 El EEG estándar seriado no debe preferirse sobre el EEG de sueño o con privación de sueño. [2004]
- 5.6.14 Si un EEG estándar no ha ayudado al diagnóstico o clasificación, se podrá realizar un EEG de sueño. [2004]
- 5.6.15 En niños y jóvenes un EEG de sueño se obtiene de manera óptima a través de la privación de sueño o mediante el uso de melatonina. [10] [2004, enmendado en 2012]
- 5.6.16 También se puede utilizar el EEG ambulatorio o el video-EEG de larga duración para la valoración de niños, jóvenes y adultos de difícil diagnóstico posterior a la valoración clínica y al EEG estándar. [2004]
- 5.6.17 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. [2004]
- 5.6.18 El estímulo fótico y la hiperventilación deben continuar siendo parte de la valoración mediante EEG estándar. El niño, joven o adulto, familiares y cuidadores deben saber que tales procedimientos de activación pueden inducir una crisis y tienen derecho a rechazarlos. [2004]

Neuroimágenes

- 5.6.19 Las neuroimágenes deben utilizarse para identificar las anomalías estructurales que causan ciertas epilepsias. [2004]
- 5.6.20 La imagen por resonancia magnética, IRM, debe ser el examen imagenológico de elección para niños, jóvenes y adultos con epilepsia. [2004]
- 5.6.21 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. [2004]
- 5.6.22 La imagen de resonancia magnética debe realizarse pronto a aquellos niños, jóvenes y adultos que la requieran [2004]
- 5.6.23 Las neuroimágenes no serán solicitadas de forma rutinaria si existe un diagnóstico de epilepsia idiopática generalizada. [2004]
- 5.6.24 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. [2004]

5.6.25 En una situación crítica se puede utilizar la TC para establecer si una crisis ha sido causada por una lesión o enfermedad neurológica aguda. [2004]

Otros exámenes

5.6.26 No se recomienda la medición de prolactina sérica para el diagnóstico de epilepsia. [2004]

5.6.27 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. [2004]

5.6.28 En los niños y 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. [2004]

5.6.29 Un electrocardiograma (EKG) de 12 derivaciones se debe realizar en adultos con sospecha de epilepsia. [2004]

5.6.30 En niños y jóvenes, un EKG de 12 derivaciones se debe considerar en caso de diagnóstico incierto. [2004]

5.6.31 En casos de diagnóstico incierto, se debe considerar la remisión al cardiólogo. [2004]

Valoración neuropsicológica

5.6.32 Debe considerarse una valoración neuropsicológica de niños, jóvenes y adultos en quienes es importante valorar trastornos de aprendizaje y disfunción cognitiva, especialmente respecto al lenguaje y memoria. [2004]

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

- si un niño, 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 niño, joven o adulto se queja de un déficit de memoria u otro tipo de déficit o deterioro cognitivo. [2004]

5.7 Clasificación

5.7.1 Las crisis epilépticas y los síndromes epilépticos en los niños, 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. [2004]

- 5.7.2 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. [2004]
- 5.7.3 Los niños, jóvenes y adultos con epilepsia deben recibir información acerca de los tipos de crisis y síndrome epiléptico así como del posible pronóstico. [2004]

5.8 Manejo

- 5.8.1 Los niños, jóvenes y adultos con epilepsia deben contar con un punto de contacto accesible de servicios especializados. [2004]
- 5.8.2 Todos los niños, 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. [2004]
- 5.8.3 Profesionales en enfermería especializados en epilepsia (ESN, por sus siglas en inglés) deben formar parte integral de la red de atención a niños, 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. [2004]
- 5.8.4 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 niños, jóvenes y adultos con epilepsia, entre ellos personal escolar, profesionales del servicio social y otros. [2004]

5.9 Tratamiento farmacológico

Observación: consulte información adicional sobre el tratamiento farmacológico en el [anexo E](#) de la guía original

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 5.9.1.10, 5.9.17.3, 5.9.17.6, 5.9.17.9 y 5.15.1.4 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).

5.9.1 Información general sobre el tratamiento farmacológico

- 5.9.1.1 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. [2004]
- 5.9.1.2 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. [2004]
- 5.9.1.3 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. [2004]
- 5.9.1.4 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]. [Nuevo en 2012]

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).

- 5.9.1.5 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. [2004]
- 5.9.1.6 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. [2004]
- 5.9.1.7 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. [2004]
- 5.9.1.8 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. [2004]
- 5.9.1.9 Si utiliza carbamazepina, proporcionar preparaciones con suministro controlado. [Nuevo en 2012]

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 valpróico, 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.

- 5.9.1.10 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. [Nuevo en 2012]

5.9.2 Inicio del tratamiento farmacológico

- 5.9.2.1 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 niño, joven o adulto, familiares y cuidadores, según corresponda. [2004]

5.9.2.2 La terapia con FAE deberá iniciarse en adultos por recomendación de un especialista. [2004]

5.9.2.3 Un especialista deberá iniciar la terapia con FAE en niños y jóvenes. [2004]

5.9.2.4 La decisión de iniciar la terapia con FAE será tomada por el niño, 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. [2004]

5.9.2.5 El tratamiento con FAE generalmente se recomienda después de una segunda crisis epiléptica. [2004]

5.9.2.6 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. [Nuevo en 2012]

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

- el niño, joven o adulto tiene un déficit neurológico
- el EEG indica actividad epiléptica inequívoca
- el niño, joven o adulto, familiares y cuidadores consideran inaceptable el riesgo de volver a tener una crisis
- la imagen cerebral muestra anomalía estructural. [2004]

5.9.2.8 Es preciso tener en cuenta que algunos niños, 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. [2004]

5.9.3 Tratamiento farmacológico de crisis focales

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

5.9.3.1 Administrar carbamazepina o lamotrigina como tratamiento de primera línea a niños, jóvenes y adultos con crisis focales de diagnóstico reciente. [Nuevo en 2012]

5.9.3.2 El levetiracetam no es costo efectivo según costos unitarios a junio de 2011. [13] 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 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]

5.9.3.3 Considerar el tratamiento adyuvante si un segundo FAE, bien tolerado, resulta no efectivo (consultar las recomendaciones 5.9.3.1 y 5.9.3.2). [Nuevo en 2012]

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 niños, jóvenes y adultos con crisis focales refractarias

5.9.3.4 Administrar carbamazepina, clobazam [14], gabapentina [14], 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 5.9.3.1 y 5.9.3.2). Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]

5.9.3.5 Si el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 5.9.3.4) 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 (*) [14], lacosamida, fenobarbital, fenitoína, pregabalina [14], tiagabina (*), vigabatrina y zonisamida (*) [14]. Analizar con atención la relación riesgo-beneficio al utilizar vigabatrina debido al riesgo de un daño irreversible en el campo visual. [Nuevo en 2012]

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

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

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

- 5.9.4.1 Administrar valproato sódico como tratamiento de primera línea a niños, jóvenes y adultos con crisis tónico clónicas generalizadas de diagnóstico reciente. Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]
- 5.9.4.2 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. [Nuevo en 2012]
- 5.9.4.3 Considerar el suministro de carbamazepina y oxcarbazepina [14] pero teniendo en cuenta el riesgo de exacerbación de las crisis de ausencias o mioclónicas. [Nuevo en 2012]

Tratamiento adyuvante en niños, jóvenes y adultos con crisis tónico clónicas generalizadas

- 5.9.4.4 Administrar clobazam [14], lamotrigina, levetiracetam, valproato sódico o topiramato como tratamiento adyuvante en niños, jóvenes y adultos con crisis tónico clónicas generalizadas, si los tratamientos de primera línea resultan ineficaces o no son bien tolerados (consultar las recomendaciones 5.9.4.1, 5.9.4.2 y 5.9.4.3). Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]
- 5.9.4.5 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. [Nuevo en 2012]

5.9.5 Tratamiento farmacológico de crisis de ausencia

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

- 5.9.5.1 Administrar etosuximida (*) o valproato sódico como tratamiento de primera línea a niños, 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 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]
- 5.9.5.2 Administrar lamotrigina [14] 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 coadyuvante en niños, jóvenes y adultos con crisis de ausencia

- 5.9.5.3 Considerar la combinación de dos de estos tres FAE, como tratamiento coadyuvante: etosuximida (*), lamotrigina [14] o valproato sódico, si dos de los FAE de primera línea (consultar las recomendaciones 5.9.5.1 y 5.9.5.2) resultan inefectivos en niños, jóvenes y adultos con crisis de ausencia. Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]
- 5.9.5.4 Cuando el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 5.9.5.3) 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 [14], clonazepam, levetiracetam [14], topiramato [14] o zonisamida (*) [14]. [Nuevo en 2012]
- 5.9.5.5 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina o vigabatrina. [Nuevo en 2012]

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

5.9.6 Tratamiento farmacológico de crisis mioclónicas

Tratamiento de primera línea en niños, jóvenes y adultos con crisis mioclónicas

- 5.9.6.1 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 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]
- 5.9.6.2 Considerar el levetiracetam [14] o el topiramato [14] 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. [Nuevo en 2012]

Tratamiento adyuvante en niños, jóvenes y adultos con crisis mioclónicas

- 5.9.6.3 Administrar levetiracetam, valproato sódico o topiramato [14] como tratamiento adyuvante en niños, jóvenes y adultos con crisis mioclónicas si los tratamientos de primera línea resultan inefectivos o no son bien tolerados (consultar las recomendaciones 5.9.6.1 y 5.9.6.2). Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]
- 5.9.6.4 Cuando el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 5.9.6.3) resulte inefectivo o no sea bien tolerado, analizar con un especialista terciario en epilepsia o remitir el paciente al mismo y considerar el clobazam [14], clonazepam, piracetam o zonisamida (*) [14]. [Nuevo en 2012]

5.9.6.5 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina o vigabatrina. [Nuevo en 2012]

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

5.9.7 Tratamiento farmacológico de crisis tónicas o atónicas

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

5.9.7.1 Administrar valproato sódico como tratamiento de primera línea en niños, jóvenes y adultos con crisis tónicas o atónicas. Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]

Tratamiento adyuvante en niños, jóvenes y adultos con crisis tónicas o atónicas

5.9.7.2 Administrar lamotrigina [14] como tratamiento adyuvante en niños, jóvenes y adultos con crisis tónicas o atónicas si el tratamiento de primera línea con valproato sódico resulta inefectivo o no es bien tolerado. [Nuevo en 2012]

5.9.7.3 Analizar con un especialista en epilepsia en un mayor nivel de complejidad si el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 3.9.7.2) es inefectivo o no es bien tolerado. Otros FAE que el especialista en epilepsia podría considerar son rufinamida (*) [14] y topiramato [14]. [Nuevo en 2012]

5.9.7.4 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, pregabalina, tiagabina o vigabatrina. [Nuevo en 2012]

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

5.9.8 Tratamiento farmacológico de espasmos infantiles

Tratamiento de primera línea en niños con espasmos infantiles

5.9.8.1 Si un niño presenta espasmos infantiles, analizar el caso con un especialista en epilepsia pediátrica en un mayor nivel de complejidad o remitir al mismo. [Nuevo en 2012]

5.9.8.2 Administrar un esteroide (prednisolona o tetracosactida [14] o vigabatrina como tratamiento de primera línea a niños con espasmos infantiles que no estén asociados a esclerosis tuberosa. Analizar con atención la relación riesgo-beneficio al utilizar vigabatrina o esteroides. [Nuevo en 2012]

5.9.8.3 Administrar vigabatrina como tratamiento de primera línea a bebés con espasmos infantiles asociados a la esclerosis tuberosa. Si la vigabatrina resulta inefectivo, administrar un esteroide (prednisolona o tetracosactida. Analizar con atención la relación riesgo-beneficio al utilizar vigabatrina o esteroides. [Nuevo en 2012]

5.9.9 Tratamiento farmacológico del síndrome de Dravet

Tratamiento de primera línea en niños con síndrome de Dravet

5.9.9.1 Analizar con un especialista en epilepsia pediátrica en un mayor nivel de complejidad o remitir al mismo, a los niños con sospecha de padecer el síndrome de Dravet. [Nuevo en 2012]

5.9.9.2 Considerar el valproato sódico o el topiramato[14] como tratamiento de primera línea en niños con síndrome de Dravet. [Nuevo en 2012]

Tratamiento adyuvante en niños, jóvenes y adultos con síndrome de Dravet

5.9.9.3 Analizar con un especialista en epilepsia en un mayor nivel de complejidad si los tratamientos de primera línea (consultar la recomendación 5.9.9.2) en niños, jóvenes y adultos con síndrome de Dravet resultan inefectivos o no son bien tolerados y considerar el clobazam [14] o estiripentol (*) como tratamiento adyuvante. [Nuevo en 2012]

5.9.9.4 No administrar carbamazepina, gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina o vigabatrina. [Nuevo en 2012]

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

5.9.10 Tratamiento farmacológico del síndrome de Lennox-Gastaut

Tratamiento de primera línea en niños con síndrome de Lennox-Gastaut

5.9.10.1 Analizar con un especialista en epilepsia pediátrica en un mayor nivel de complejidad o remitir al mismo, a los niños con sospecha de padecer el síndrome de Lennox-Gastaut. [Nuevo en 2012]

5.9.10.2 Administrar valproato sódico como tratamiento de primera línea en niños con síndrome de Lennox-Gastaut. Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]

Tratamiento adyuvante en niños, jóvenes y adultos con síndrome de Lennox-Gastaut

- 5.9.10.3 Administrar lamotrigina como tratamiento adyuvante en niños, jóvenes y adultos con síndrome de Lennox-Gastaut si el tratamiento de primera línea con valproato sódico resulta inefectivo o no es bien tolerado. [Nuevo en 2012]
- 5.9.10.4 Analizar con un especialista terciario en epilepsia si el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 5.9.10.3) es inefectivo o no es bien tolerado. Otros FAE que el especialista terciario en epilepsia podría considerar son rufinamida y topiramato. [Nuevo en 2012]
- 5.9.10.5 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, pregabalina, tiagabina o vigabatrina. [Nuevo en 2012]
- 5.9.10.6 Administrar felbamato [14] en centros de atención especializados en epilepsia, únicamente después de comprobar que el tratamiento con todos los FAE listados en las recomendaciones 3.9.10.3 y 3.9.10.4 no son efectivos o bien tolerados. [Nuevo en 2012]

5.9.11 Tratamiento farmacológico de epilepsia benigna con puntas centrotemporales, síndrome Panayiotopoulos o epilepsia occipital de la niñez de inicio tardío (tipo Gastaut)

Tratamiento de primera línea en niños y jóvenes con epilepsia benigna con puntas centrotemporales, síndrome Panayiotopoulos o epilepsia occipital de la niñez de inicio tardío (tipo Gastaut)

- 5.9.11.1 Analizar con el niño o el joven y sus familiares y cuidadores, si el tratamiento con FAE es el indicado para la epilepsia benigna con puntas centrotemporales, el síndrome Panayiotopoulos o la epilepsia occipital de la niñez de inicio tardío (tipo Gastaut). [Nuevo en 2012]
- 5.9.11.2 Administrar carbamazepina [14] o lamotrigina [14] como tratamiento de primera línea en niños y jóvenes con epilepsia benigna con puntas centrotemporales, síndrome Panayiotopoulos o epilepsia occipital de la niñez de inicio tardío (tipo Gastaut). [Nuevo en 2012]
- 5.9.11.3 El levetiracetam no es costo efectivo según costos unitarios a junio de 2011.[13] Administrar levetiracetam [14], oxcarbazepina [14] 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 lamotrigina resulten inadecuadas o no sean bien toleradas. Formular uno de estos cinco FAE como alternativa, si el primer FAE resulta inefectivo. Tener en cuenta que la carbamazepina y oxcarbazepina pueden exacerbar o revelar puntas y ondas continuas durante el sueño lento, que pueden ocurrir en

algunos niños con epilepsia benigna de puntas centrotemporales. Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 3.9.1.10). [Nuevo en 2012]

- 5.9.11.4 Considerar el tratamiento adyuvante si un segundo FAE, bien tolerado, resulta no efectivo (consultar las recomendaciones 5.9.11.2 y 5.9.11.3). [Nuevo en 2012]

Tratamiento adyuvante en niños y jóvenes con epilepsia benigna con puntas centrotemporales, síndrome Panayiotopoulos o epilepsia occipital de la niñez de inicio tardío (tipo Gastaut)

- 5.9.11.5 Administrar carbamazepina [14], clobazam [14], gabapentina, [14] lamotrigina [14], levetiracetam [14], oxcarbazepina [14], valproato sódico o topiramato [14] como tratamiento adyuvante en niños y jóvenes con epilepsia benigna de puntas centrotemporales, síndrome Panayiotopoulos o epilepsia occipital de la niñez de inicio tardío (tipo Gastaut) si los tratamientos de primera línea (consultar recomendaciones 5.9.11.2 y 5.9.11.3) son inefectivas o no son bien toleradas. Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]

- 5.9.11.6 Si el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 5.9.11.5) resulta inefectivo 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 son acetato de eslicarbazepina (*) [14], lacosamida [14], fenobarbital, fenitoína, pregabalina [14], tiagabina (*) [14], vigabatrina [14] y zonisamida (*) [14]. Analizar con atención la relación riesgo-beneficio al utilizar vigabatrina debido al riesgo de un daño irreversible en el campo visual. [Nuevo en 2012]

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

5.9.12 Tratamiento farmacológico de la epilepsia idiopática generalizada (IEG)

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

- 5.9.12.1 Administrar valproato sódico como tratamiento de primera línea a niños, 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 5.9.1.110). [Nuevo en 2012]

- 5.9.12.2 Administrar lamotrigina [14] 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 5.9.13.1 y 5.9.13.2. [Nuevo en 2012]
- 5.9.12.3 Considerar el topiramato [14] teniendo en cuenta que su perfil de efectos adversos es menos favorable que el del valproato sódico y la lamotrigina [14]. [Nuevo en 2012]

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

- 5.9.12.4 Administrar lamotrigina [14], levetiracetam [14], valproato sódico o topiramato [14] 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 5.9.12.1, 5.9.12.2 y 5.9.12.3). Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]
- 5.9.12.5 Cuando el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 5.9.12.4) 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 [14], clonazepam o zonisamida (*) [14]. [Nuevo en 2012]
- 5.9.12.6 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina o vigabatrina. [Nuevo en 2012]

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

5.9.13 Tratamiento farmacológico de la epilepsia mioclónica juvenil (JME)

Tratamiento de primera línea en niños, jóvenes y adultos con epilepsia mioclónica juvenil (JME)

- 5.9.13.1 Administrar valproato sódico como tratamiento de primera línea a niños, 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 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]
- 5.9.13.2 Considerar lamotrigina [4], levetiracetam [14] o topiramato [14] 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. [Nuevo en 2012]

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

- 5.9.13.3 Administrar lamotrigina [14], levetiracetam, valproato sódico o topiramato [14] como tratamiento adyuvante en niños, jóvenes y adultos con JME si los tratamientos de primera línea resultan ineficaces o no son bien tolerados (consultar las recomendaciones 3.9.13.1 y 3.9.13.2). Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 3.9.1.10). [Nuevo en 2012]
- 5.9.13.4 Cuando el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 3.9.13.3) 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 [14], clonazepam o zonisamida (*) [14]. [Nuevo en 2012]
- 5.9.13.5 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina o vigabatrina. [Nuevo en 2012]

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

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

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

- 5.9.14.1 Administrar lamotrigina o valproato sódico como tratamiento de primera línea a niños, 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 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]
- 5.9.14.2 Considerar el suministro de carbamazepina y oxcarbazepina [14] pero teniendo en cuenta el riesgo de exacerbación de las crisis de ausencias o mioclónicas. [Nuevo en 2012]

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

5.9.14.3 Administrar clobazam [14], lamotrigina, levetiracetam, valproato sódico o topiramato como tratamiento adyuvante a niños, 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 5.9.14.1 y 5.9.14.2). Tener en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]

5.9.15 Tratamiento farmacológico de epilepsia de ausencia infantil, epilepsia de ausencia juvenil u otros síndromes de ausencia epiléptica

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

5.9.15.1 Administrar etosuximida (*) o valproato sódico como tratamiento de primera línea a niños, 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 1.9.1.10). [Nuevo en 2012]

5.9.15.2 Administrar lamotrigina [14] 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 niños, jóvenes y adultos con epilepsia de ausencias infantil, epilepsia de ausencias juvenil u otros síndromes de ausencia epiléptica

5.9.15.3 Considerar la combinación de dos de estos tres FAE, como tratamiento coadyuvante: etosuximida (*), lamotrigina [14] o valproato sódico, si dos de los FAE de primera línea (consultar las recomendaciones 5.9.15.1 y 5.9.15.2) resultan inefectivos en niños, jóvenes y adultos con crisis de ausencias. Tenga en cuenta los riesgos teratogénicos del valproato sódico (consultar la recomendación 5.9.1.10). [Nuevo en 2012]

5.9.15.4 Cuando el tratamiento adyuvante (consultar la recomendación 3.9.15.3) 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 [14], clonazepam, levetiracetam [14], topiramato [14] o zonisamida (*) [14] [Nuevo en 2012]

5.9.15.5 No administrar carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina o vigabatrina. [Nuevo en 2012]

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

5.9.16 Otros síndromes epilépticos

5.9.16.1 Remitir a un especialista pediátrico terciario en epilepsia a todos los niños y jóvenes con puntas y ondas continuas durante el sueño lento, síndrome Landau–Kleffner o epilepsia mioclónica astática [Nuevo en 2012]

5.9.17 Continuación del tratamiento farmacológico

5.9.17.1 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 [15]). [Nuevo en 2012]

5.9.17.2 La continuidad de la terapia con FAE debe ser planificada por el especialista. Debe ser parte del plan de tratamiento acordado del niño, 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. [2004]

5.9.17.3 Las necesidades del niño, 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. [2004]

5.9.17.4 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. [2004]

5.9.17.5 El profesional que formula debe asegurar que el niño, 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. [2004]

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

- educar a los niños, 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 niño, joven o adulto con epilepsia, sus familiares y cuidadores. [2004]

5.9.17.7 La monitorización habitual mediante pruebas de sangre en adultos no se recomienda de forma rutinaria y debe realizarse solo en caso de indicación clínica. [2004]

- 5.9.17.8 La monitorización habitual mediante pruebas de sangre en niños y jóvenes no se recomienda de forma rutinaria y debe realizarse solo en caso de indicación clínica y de recomendación del especialista. [2004]
- 5.9.17.9 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 5.15.3.19). [2012]
- 5.9.17.10 Los tipos de pruebas de sangre incluyen:
- previo a una cirugía: estudios de coagulación en pacientes tratados con valproato sódico, [16]
 - 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. [2004]
- 5.9.17.11 Las anomalías menores asintomáticas en resultados de pruebas no son necesariamente una indicación de cambio en la medicación. [2004]

5.9.18 Suspensión del tratamiento farmacológico

- 5.9.18.1 La decisión de continuar con un fármaco o suspenderlo debe ser tomada por el niño, 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 niños, 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 niño, joven o adulto. [2004]
- 5.9.18.2 La suspensión de los FAE debe ser manejada por el especialista o debe efectuarse bajo su orientación. [2004]
- 5.9.18.3 Los riesgos y beneficios de continuar o suspender la terapia de FAE deben ser comentados con los niños, jóvenes y adultos, que hayan pasado por lo menos dos años sin ninguna crisis (consulte el anexo H [17] de la guía completa) y sus familiares y cuidadores, según corresponda, . [2004]

- 5.9.18.4 La suspensión del tratamiento con FAE en un niño, 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. [2004]
- 5.9.18.5 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. [2004]
- 5.9.18.6 Debe existir un plan de respaldo acordado con los niños, 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. [2004]

5.10 Remisión en caso de epilepsia compleja o refractaria

- 5.10.1 Todos los niños, jóvenes y adultos con epilepsia deben tener acceso a través de su especialista a servicios de alta complejidad cuando las circunstancias lo exijan. [2004]
- 5.10.2 Si las crisis no son controladas o existen dudas sobre el diagnóstico o fracaso del tratamiento, los niños, 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
 - el niño es menor de 2 años de edad
 - un niño, 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. [2004]
- 5.10.3 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. [2004]
- 5.10.4 La regresión en el comportamiento o el desarrollo o la imposibilidad de identificar el síndrome epiléptico en un niño, joven o adulto debe llevar a la remisión inmediata a atención de alta complejidad. [2004]
- 5.10.5 Los niños, 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. [2004]

- 5.10.6 La co-morbilidad psiquiátrica y los valores iniciales negativos no deben considerarse contraindicaciones para la remisión a una atención de alta complejidad [18]. [2004]
- 5.10.7 La atención de alta complejidad debe incluir un equipo multidisciplinario, con experiencia en la valoración de niños, jóvenes y adultos con epilepsia compleja y tener acceso adecuado a exámenes y tratamientos tanto médicos como quirúrgicos. [2004]
- 5.10.8 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. [2004]
- 5.10.9 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. [2004]
- 5.10.10 Se debe proporcionar información a los niños, 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. [2004]

5.11 Intervenciones psicológicas

- 5.11.1 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. [2004]
- 5.11.2 Las intervenciones psicológicas (relajación, terapia de comportamiento cognitivo) pueden ser utilizadas en niños y jóvenes con epilepsia focal resistente a los fármacos. [2004]
- 5.11.3 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. [2004]

5.12 Dieta cetogénica

5.12.1 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. [Nuevo en 2012]

5.13 Estimulación del nervio vago (ENV)

5.13.1 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. [2004, enmendado en 2012]

5.13.2 La estimulación del nervio vago está indicada como terapia adyuvante para la reducción de la frecuencia de las crisis en niños y 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]. [2004, enmendado en 2012]

5.14 Crisis prolongadas o repetidas y en estado epiléptico convulsivo

5.14.1 Tratamiento extra-hospitalario de primera línea para niños, jóvenes y adultos, con crisis generalizadas, prolongadas o repetidas (tónico clónicas, tónicas o clónicas)

5.14.1.1 Proporcionar atención y tratamiento extra-hospitalario inmediato de emergencia a niños, jóvenes y adultos, con crisis convulsivas prolongadas (de 5 minutos o más de duración) o recurrentes (tres o más durante una hora). [2012]

5.14.1.2 Formular únicamente midazolam bucal o diazepam en presentación rectal [21] para uso extra-hospitalario para niños, jóvenes y adultos que hayan tenido un episodio previo de crisis prolongadas o recurrentes. [Nuevo en 2012]

5.14.1.3 Administrar midazolam bucal como tratamiento extra-hospitalario de primera línea a niños, jóvenes y adultos con crisis prolongadas o recurrentes. Administrar diazepam en presentación rectal [21] si se prefiere o en caso de que el midazolam bucal no esté disponible. Administrar lorazepam intravenoso si ya se ha establecido el acceso intravenoso y se cuenta con equipos de reanimación. [Nuevo en 2012]

Observaciones para el contexto colombiano:

Solo en caso de no disponer de los medicamentos recomendados (midazolam bucal o diazepam en presentación rectal), se recomienda la administración de midazolam intramuscular (IM)

- 5.14.1.4 El tratamiento debe ser administrado por personal clínico capacitado o por miembros de la familia o cuidadores con la formación adecuada, si así lo especifica un protocolo acordado de forma personalizada con el especialista. [2004]
- 5.14.1.5 Se debe tener especial cuidado de asegurar la vía aérea del niño, joven o adulto y valorar su función respiratoria y cardíaca. [2004]
- 5.14.1.6 Según la respuesta al tratamiento, la situación de la persona y el plan de atención personalizado, solicitar una ambulancia, especialmente en los siguientes casos:
- la crisis continúa 5 minutos después de haber administrado el medicamento de emergencia
 - la persona tiene un historial de episodios frecuentes de crisis consecutivas o tiene un estado epiléptico convulsivo o si este es el primer episodio que requiere de tratamiento de emergencia o
 - existen inquietudes o dificultades para controlar la vía aérea, la respiración, la circulación u otros signos vitales del paciente. [Nuevo en 2012]

5.14.2 Tratamiento de niños, jóvenes y adultos con estado epiléptico convulsivo en el hospital

Estado epiléptico convulsivo

- 5.14.2.1 En niños, jóvenes y adultos hospitalizados con crisis tónico clónicas generalizadas continuas (estado epiléptico convulsivo), de inmediato:
- asegurar la vía aérea
 - proporcionar oxígeno de alta concentración
 - valorar las funciones cardíaca y respiratoria
 - valorar los niveles de glucosa en sangre y
 - asegurar el acceso intravenoso en una vena grande.

Consultar también los protocolos sugeridos en el anexo F de documento original [Nuevo en 2012]

- 5.14.2.2 Administrar lorazepam intravenoso como tratamiento de primera línea a niños, jóvenes y adultos hospitalizados con crisis tónico clónicas generalizadas continuas (estado epiléptico convulsivo). Administrar diazepam intravenoso si no hay lorazepam intravenoso o midazolam bucal cuando sea imposible

asegurar el acceso intravenoso de manera inmediata. Administrar máximo dos dosis del tratamiento de primera línea, incluyendo el tratamiento pre-hospitalario. Consultar también los protocolos sugeridos en el [anexo E](#). [Nuevo en 2012]

- 5.14.2.3 Si las crisis continúan, administrar fenobarbital o fenitoína por vía intravenosa como tratamiento de segunda línea a niños, jóvenes y adultos hospitalizados con crisis tónico clónicas generalizadas continuas (estado epiléptico convulsivo). Consultar también los protocolos sugeridos en el [anexo E](#). [Nuevo en 2012]

Observación: *si el paciente en estado epiléptico tiene diagnóstico previo de epilepsia, y no responde al lorazepam intravenoso o diazepam intravenoso se debe reiniciar su medicación de base por vía intravenosa si se tiene disponibilidad a la misma.*

Estado epiléptico convulsivo refractario

- 5.14.2.4 Seguir los protocolos sugeridos en el [anexo F](#) para tratar el estado epiléptico convulsivo refractario en centros de atención de mediana complejidad. [2012]
- 5.14.2.5 Administrar midazolam [21], propofol [21] o tiopental sódico [21] intravenoso para el tratamiento de adultos con estado epiléptico convulsivo refractario. Se requiere la monitorización adecuada de niveles de FAE en sangre y sistemas de soporte vital crítico. Consultar también los protocolos sugeridos en el [anexo E](#). [Nuevo en 2012]
- 5.14.2.6 Administrar midazolam [21] o tiopental sódico [21] por vía intravenosa para tratar a niños y jóvenes con estado epiléptico convulsivo refractario. Se requiere la monitorización adecuada de niveles de FAE en sangre y sistemas de soporte vital crítico. Consultar también los protocolos sugeridos en el [anexo E](#). [2012]
- 5.14.2.7 Si la vía de tratamiento progresa, se debe contar con el conocimiento experto de un anestesiólogo o intensivista. [2004]
- 5.14.2.8 En caso de requerirse un protocolo completo o cuidados intensivos, se acudirá a servicios de alto nivel de complejidad. [2004]
- 5.14.2.9 Continuar administrando los FAE habituales en dosis óptimas e investigar las causas del estado epiléptico. [2004]
- 5.14.2.10 Una vía de tratamiento personalizado debe formularse para los niños, jóvenes y adultos con estado convulsivo epiléptico recurrente. [2004]

5.14.3 Status epiléptico no convulsivo

5.14.3.1 El estado epiléptico no convulsivo es poco común y su manejo es menos urgente. Consultar la guía sugerida en el anexo F. [2004]

5.15 Mujeres y niñas con epilepsia

5.15.1 Información y asesoría para mujeres y niñas con epilepsia

5.15.1.1 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. [2004]

5.15.1.2 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. [2004]

5.15.1.3 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. [2004]

5.15.1.4 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. [Nuevo en 2012]

5.15.1.5 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. [2012]

5.15.1.6 Se deben administrar 5 mg de ácido fólico diario a todas las mujeres y niñas que reciban FAE, ante cualquier posibilidad de embarazo. [2004]

5.15.1.7 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. [Nuevo en 2012]

5.15.2 Anticoncepción

- 5.15.2.1 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. [2004]
- 5.15.2.2 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. [2004]
- 5.15.2.3 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. [2004]
- 5.15.2.4 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>). [2004, enmendado en 2012]
- 5.15.2.5 No se recomienda el uso de anticonceptivos orales de solo progestágeno [22] como anticoncepción segura para mujeres y niñas en tratamiento con FAE inductores enzimáticos. [2004, enmendado en 2012]
- 5.15.2.6 No se recomienda el uso de implantes de progestágeno [22] para mujeres y niñas en tratamiento con FAE inductores enzimáticos. [2004, enmendado en 2012]
- 5.15.2.7 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[22]. [2004, enmendado en 2012]
- 5.15.2.8 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>). [2004, enmendado en 2012]
- 5.15.2.9 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. [Nuevo en 2012]

5.15.3 Embarazo

- 5.15.3.1 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 (consulte la sección 1.9.18). [2004]

- 5.15.3.2 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. [2004]
- 5.15.3.3 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. [2004]
- 5.15.3.4 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. [2004]
- 5.15.3.5 Asegurar que las mujeres y niñas entiendan que no hay evidencia de que las crisis focales [19] de ausencia y mioclónicas afecten la gestación o causen un desarrollo adverso en el feto salvo que una caída produzca una lesión. [2004, enmendado en 2012]
- 5.15.3.6 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. [2004]
- 5.15.3.7 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 %). [2004]
- 5.15.3.8 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. [2004]
- 5.15.3.9 La atención a las mujeres y niñas gestantes debe ser compartida entre el obstetra y el especialista. [2004]
- 5.15.3.10 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. [2004]
- 5.15.3.11 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. [2004]
- 5.15.3.12 Todos los hijos de madres en tratamiento con FAE inductores enzimáticos deben recibir 1 mg de vitamina K por vía parenteral al nacer. [2004]
- 5.15.3.13 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. [2004]

- 5.15.3.14 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. [2004]
- 5.15.3.15 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. [2004]
- 5.15.3.16 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. [2004]
- 5.15.3.17 Sin embargo, es importante que haya seguimiento constante, planificación del parto y comunicación entre el especialista o el equipo de epilepsia, obstetra o partera. [2004]
- 5.15.3.18 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. [Nuevo en 2012]
- 5.15.3.19 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). [Nuevo en 2012]

5.15.4 Lactancia

- 5.15.4.1 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. [2004]
- 5.15.4.2 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. [2004, enmendado en 2012]

5.15.5 Después del nacimiento

- 5.15.5.1 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. [2004]
- 5.15.5.2 Se debe proporcionar información a todos los padres sobre precauciones de seguridad que se deben tomar en la atención al bebé (consultar el anexo D[24] de la guía completa). [2004]
- 5.15.5.3 Se debe asegurar a los padres que el riesgo de lesión en un bebé a causa de una crisis materna es bajo. [2004]

5.16 Niños, jóvenes y adultos con trastornos del aprendizaje

5.16.1 Diagnóstico

- 5.16.1.1 El diagnóstico de la epilepsia en niños, 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. [2004]
- 5.16.1.2 Es importante contar con un relato de un observador complementado con evidencia corroborativa, por ejemplo un registro en video, de ser posible. [2004]
- 5.16.1.3 Es esencial contar con información clara e imparcial. Los testigos pueden necesitar orientación para describir sus observaciones de manera precisa. [2004]

5.16.2 Exámenes

- 5.16.2.1 Las personas con trastornos del aprendizaje podrían requerir atención y cuidado especial para soportar los exámenes. [2004]
- 5.16.2.2 Se debe contar con equipos para imagenología bajo anestesia, de ser necesario. [2004]
- 5.16.2.3 Se deben realizar exámenes tendientes a establecer las causas subyacentes en niños o jóvenes con epilepsia y trastornos del aprendizaje. [2004]

5.16.3 Manejo

- 5.16.3.1 Permitir a los niños, 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. [Nuevo en 2012]
- 5.16.3.2 Asegurar un tiempo adecuado de consulta para lograr un manejo efectivo de la epilepsia en niños, jóvenes y adultos con trastornos del aprendizaje. [Nuevo en 2012]
- 5.16.3.3 Al elaborar un plan de atención a un niño, joven o adulto con trastornos de aprendizaje y epilepsia, prestar especial atención a los posibles efectos adversos cognitivos y de comportamiento de la terapia con FAE. [2004]
- 5.16.3.4 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. [2004]
- 5.16.3.5 No discriminar a los niños, jóvenes y adultos con trastornos de aprendizaje y ofrecer los mismos servicios, exámenes y terapias a estos y a la población en general. [Nuevo en 2012]
- 5.16.3.6 Cada opción terapéutica debe ser explorada en los niños, jóvenes y adultos con epilepsia en presencia o ausencia de trastornos de aprendizaje. [2004]
- 5.16.3.7 Los profesionales de la salud deben ser conscientes del mayor riesgo de mortalidad en niños, jóvenes y adultos con trastornos del aprendizaje y epilepsia y analizarlos con ellos, sus familiares y cuidadores. [2004]
- 5.16.3.8 Todos los niños, 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. [2004]

5.17 Jóvenes con epilepsia

- 5.17.1 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. [2004]

- 5.17.2 Los profesionales de la salud deben adoptar un estilo de consulta que permita al joven con epilepsia participar como un compañero en la consulta. [2004]
- 5.17.3 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. [2004]
- 5.17.4 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. [2004]
- 5.17.5 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. [2004]
- 5.17.6 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. [2004]
- 5.17.7 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. [2004]
- 5.17.8 El diagnóstico y el manejo de la epilepsia debe revisarse en la adolescencia. [2004]

5.18 Adultos mayores con epilepsia

- 5.18.1 No discriminar a los adultos mayores y ofrecer los mismos servicios, exámenes y terapias disponibles para la población en general. [Nuevo en 2012]
- 5.18.2 Prestar atención especial a los aspectos de farmacocinética y farmacodinamia con polifarmacéutica y co-morbilidades en adultos mayores con epilepsia. Considerar el uso de dosis inferiores de FAE y si usa carbamazepina, ofrecer preparaciones de carbamazepina con suministro controlado. [Nuevo en 2012]

5.19 1.19 Niños, jóvenes y adultos de grupos afrodescendientes y minorías étnicas

- 5.19.1 Los niños, 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. [2004]
- 5.19.2 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. [2004]
- 5.19.3 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 niños, jóvenes y adultos que no puedan hablar ni leer inglés. [2004]

5.20 Seguimiento

- 5.20.1 Los niños, jóvenes y adultos con epilepsia deben acudir a un control periódico y estructurado y debe realizarse en una consulta médica general. [2004]
- 5.20.2 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. [2004]
- 5.20.3 Los niños y los jóvenes deben acudir a un control periódico y estructurado con un especialista. [2004]
- 5.20.4 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. [2004]
- 5.20.5 Para los niños y jóvenes, el intervalo máximo entre controles debe ser de 1 año, pero su frecuencia será determinada por el tipo de epilepsia del niño o joven, sus preferencias y las de sus familiares y cuidadores. El intervalo entre controles se acordará entre el niño o el joven, sus familiares y cuidadores, según corresponda, y el especialista, pero seguramente se realizará en lapsos de 3 a 12 meses. [2004]
- 5.20.6 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. [2004]

- 5.20.7 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. [2004]
- 5.20.8 Si el control estructurado debe ser realizado por el especialista, el mejor lugar para hacerlo es en el contexto de una clínica especializada. [2004]
- 5.20.9 El tratamiento debe ser revisado regularmente para asegurar que los niños, 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. [2004]
- 5.20.10 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. [2004]
- 5.20.11 Durante el control, los niños, 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. [2004]

[5] La dirección de esta web cambió desde la publicación de la recomendación en 2004 y ha sido actualizada.

[6] En el caso de los adultos, un especialista se define en general, como un médico con formación y conocimiento avanzado en epilepsia. En el caso de niños y jóvenes, un especialista se define en general como un médico con formación y conocimiento avanzado en epilepsia.

[7] El Grupo Desarrollador de Guías considera que con una crisis sospechada de aparición reciente las remisiones deben ser de urgencia, es decir los pacientes deben ser atendidos en un lapso de 2 semanas.

[8] En esta recomendación, 'centro' ha sido reemplazado por 'especialista' en aras de la consistencia entre recomendaciones.

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

[10] 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.

[11] En noviembre de 2013, la MHRA [Agencia regulatoria de medicamentos y salud] emitió una nueva advertencia sobre el uso de los FAE de administración oral y el intercambio entre distintas marcas de un fármaco en particular. Tras una revisión de evidencia disponible, la Comisión de Medicinas Humanas (CHM, por sus siglas en inglés) ha clasificado los FAE en 3 categorías según el nivel de posibles problemas relacionados con el intercambio entre distintas marcas de un fármaco. Consultar las advertencias de MHRA para obtener mayor información.

[12] Las recomendaciones 5.1.1, 5.2.2, 5.3.3, 5.3.5 y 5.3.10 describen los principios de toma de decisión y las mejores prácticas relacionadas con la consulta efectiva y adecuada entre profesionales de la salud y niños, jóvenes y adultos con epilepsia.

[13] 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

[14] 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). Se debe obtener y documentar el consentimiento informado.

[15] 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/

[16] 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.

[17] El anexo H de la guía completa proporciona las tablas de pronóstico de superación de las crisis en adultos.

[18] En esta recomendación, 'centro' ha sido reemplazado por 'servicio' en aras de la consistencia entre recomendaciones.

[19] En esta recomendación, 'crisis parciales' ha sido reemplazado por 'crisis focales' a fin de reflejar el cambio en terminología puesto que la guía original fue publicada en 2004.

[20] Evidencia obtenida de Estimulación del nervio vago contra la epilepsia refractaria infantil, guía de procedimiento de intervención NICE 50 (2004).

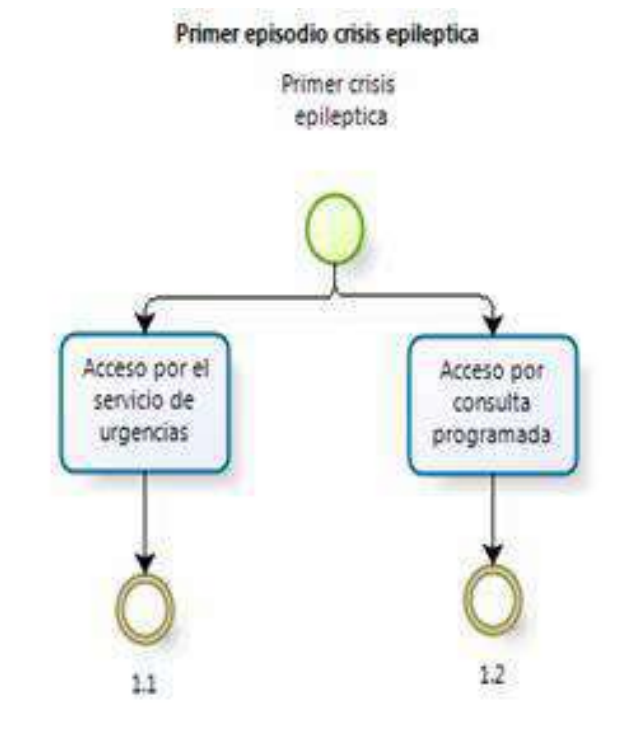
[21] En el momento de publicación, enero de 2012, este fármaco no contaba con autorización de comercialización en el Reino Unido para esta indicación terapéutica o población (consultar información detallada en el anexo E de la guía original). Se debe obtener y documentar el consentimiento informado de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

[22] En esta recomendación, 'progesterona' ha sido reemplazado por 'progestágeno' a fin de reflejar el cambio en terminología puesto que la guía original fue publicada en 2004.

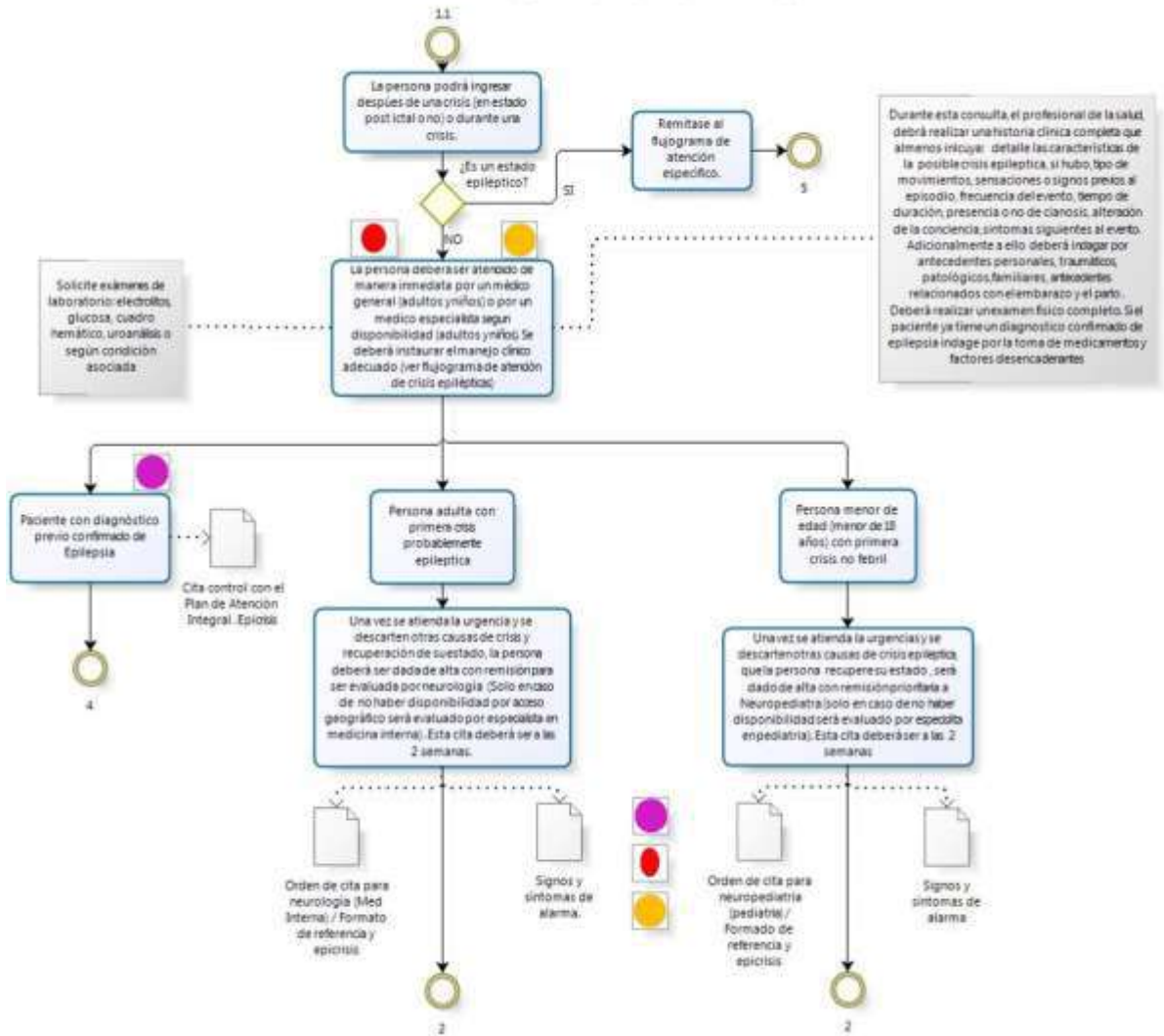
[23] La referencia original de esta recomendación al anexo 5 de BNF se ha sustituido por un material de referencia de una fuente más actualizada puesto que este anexo ya no existe y resulta obsoleto en tanto que la guía original fue publicada en 2004.

[24] El anexo D de la guía completa proporciona una lista de chequeo de las necesidades de información de las mujeres y niñas con epilepsia así como información práctica para las madres con epilepsia.

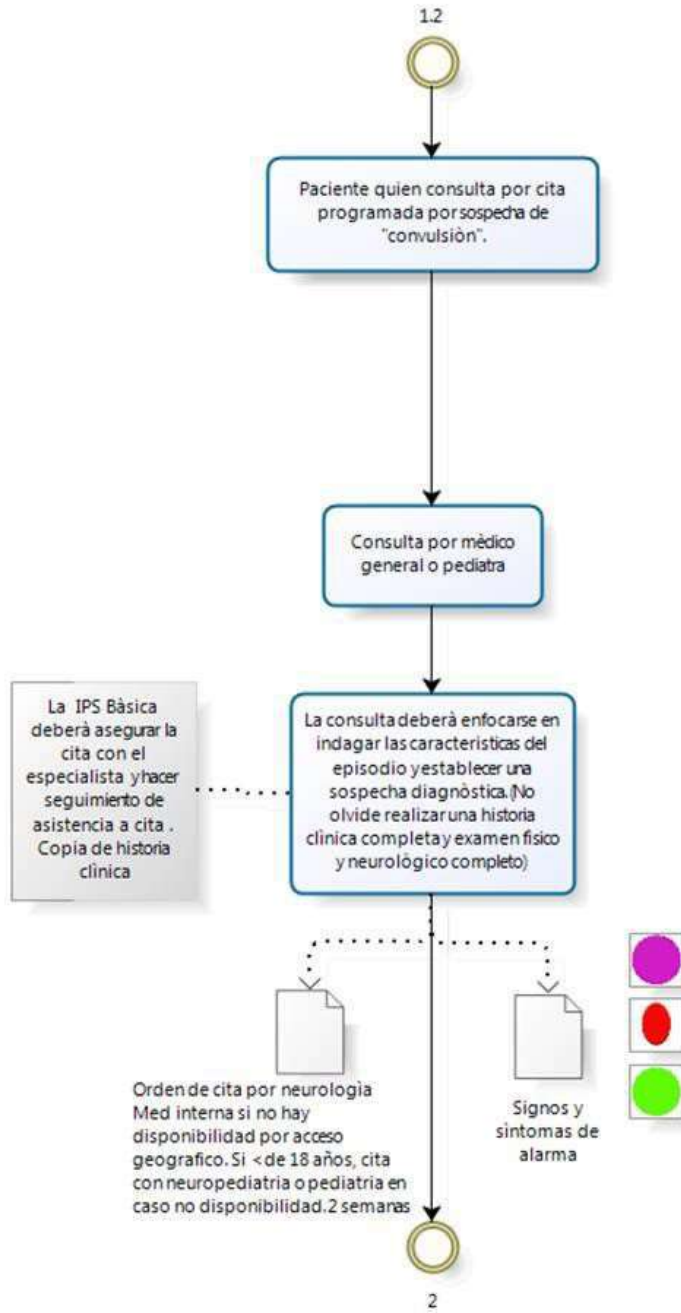
6. Ruta Crítica de atención



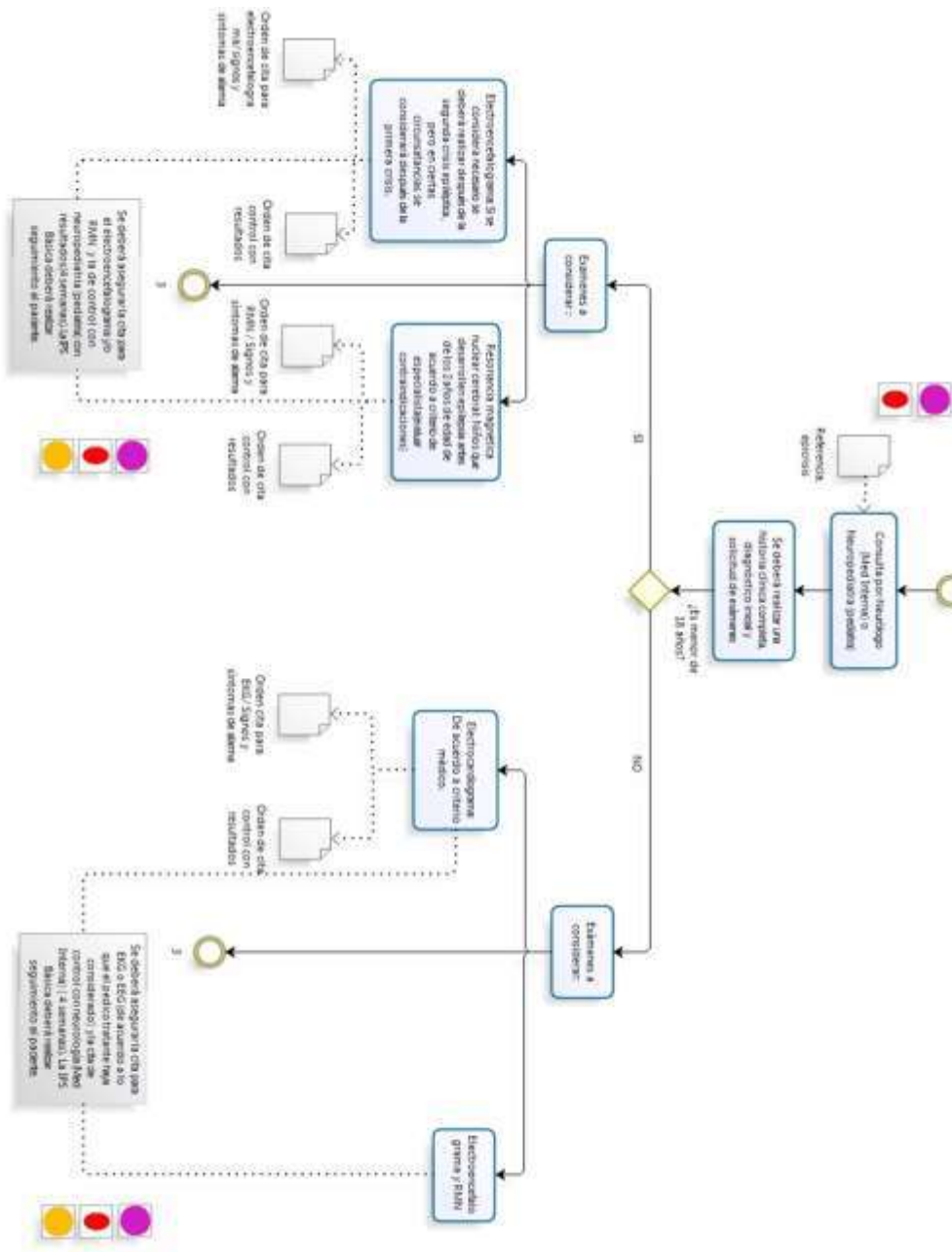
Servicio de Urgencias: sospecha de primer episodio crisis epiléptica

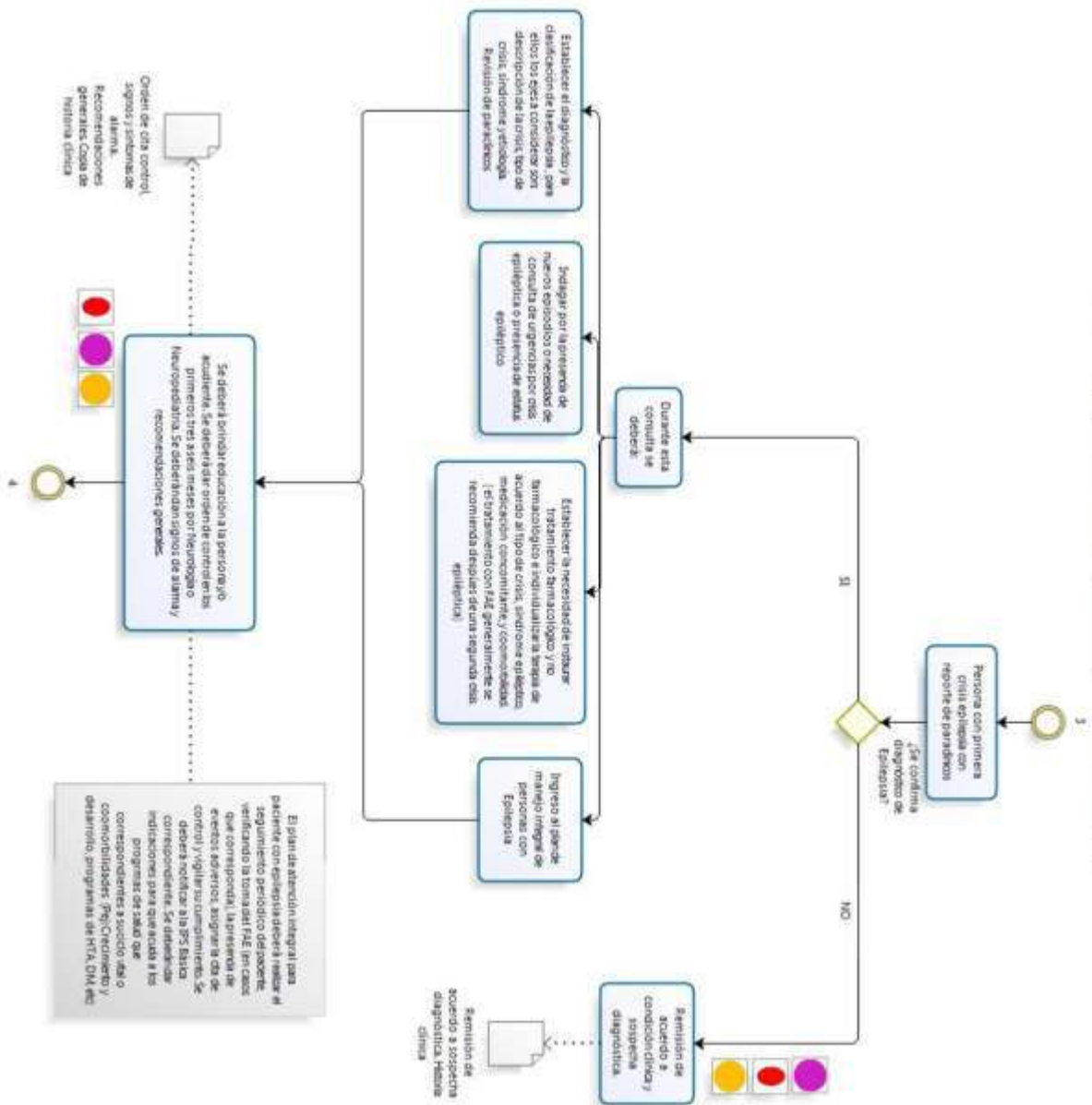


Consulta programada IPS Básica sospecha de primer episodio convulsivo

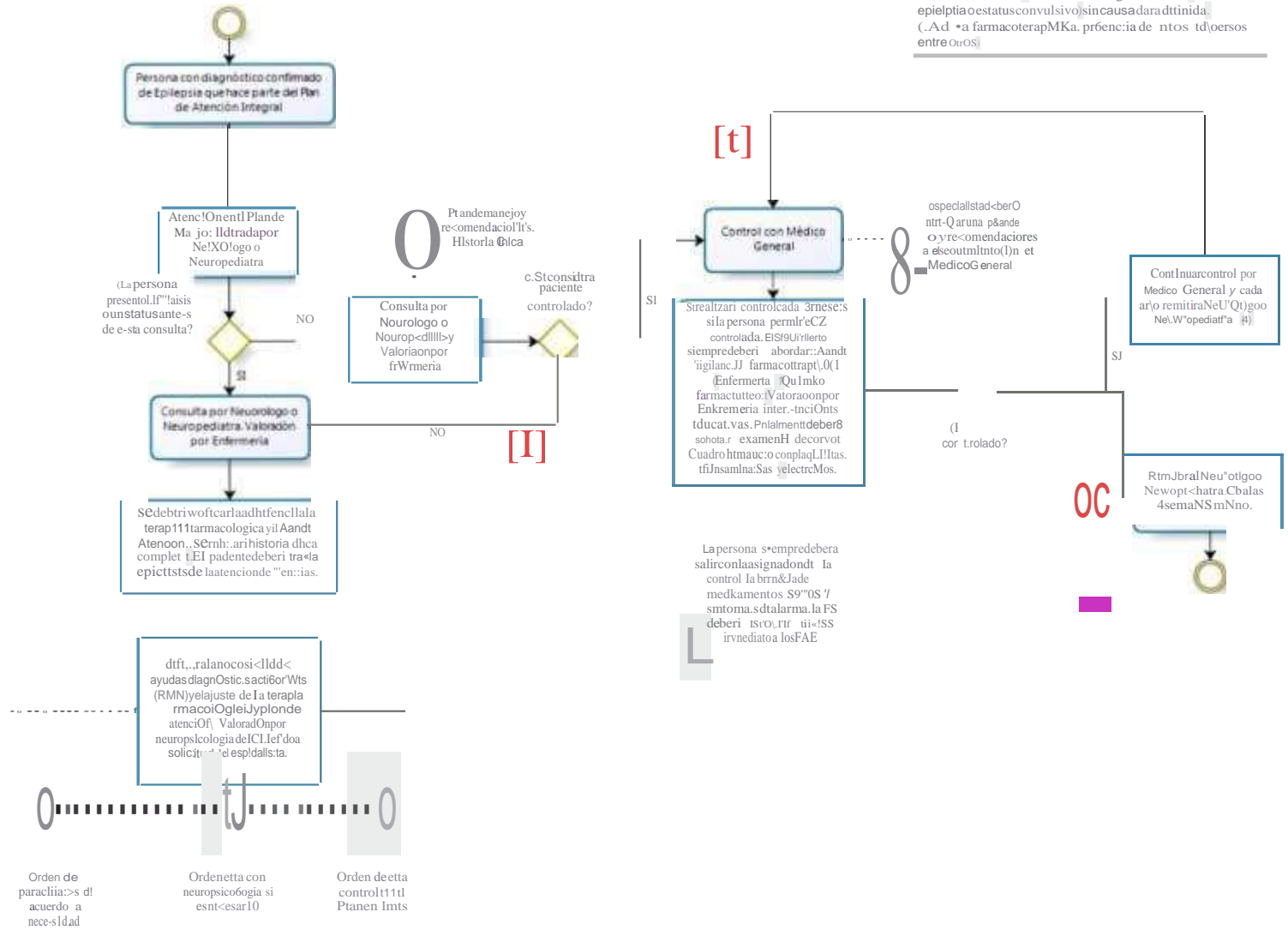


Piensa rta con epilepsia ante la continuidad de la pñena más epiléptica





Paciente controlado Persona que tiene un buen control de su epilepsia (estado convulsivo) sin causa detectada. (Adaptado a farmacoterapia, presencia de otros trastornos entre otros)

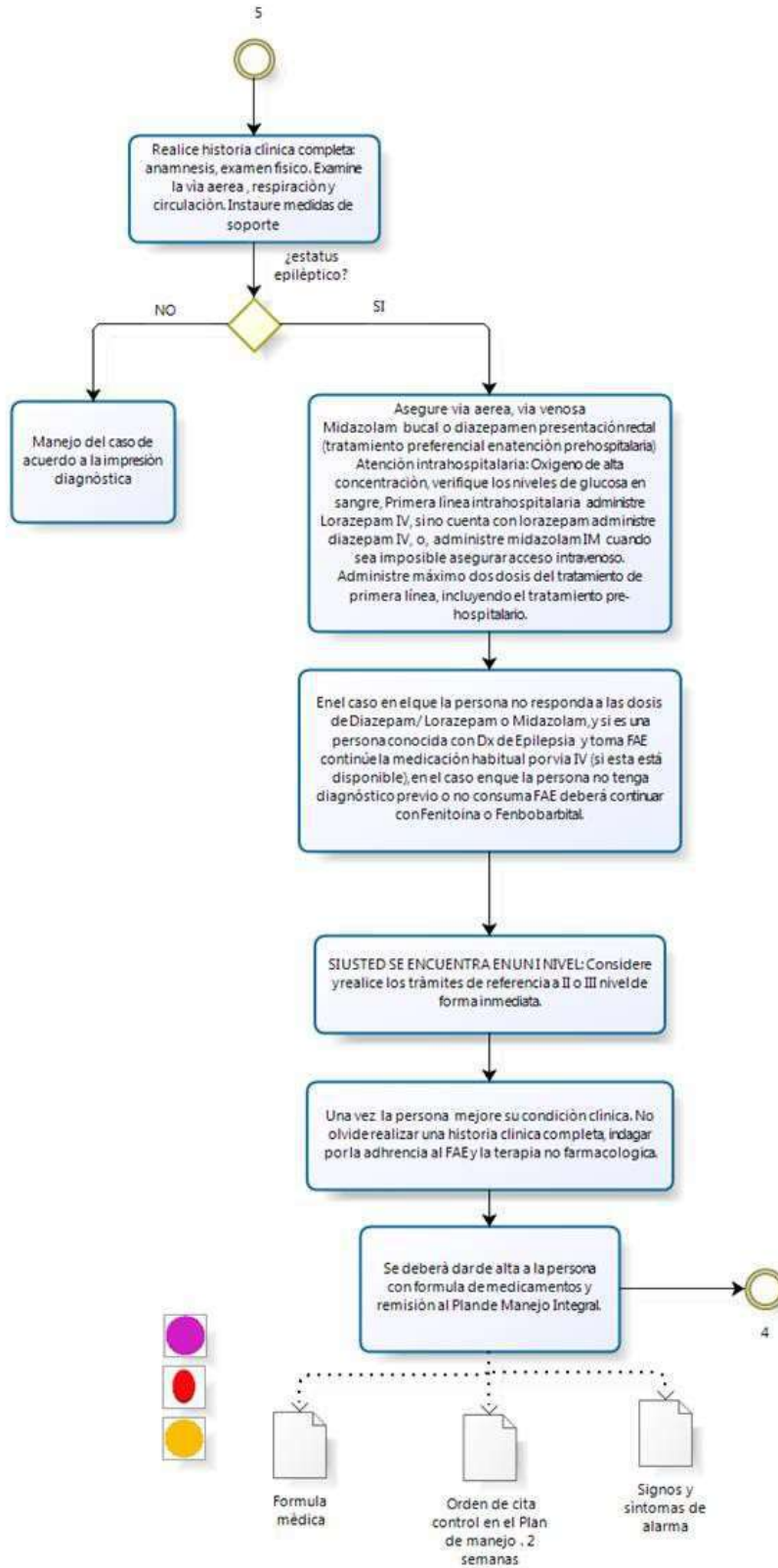


Se deben usar las cbs para las ayudas diagnósticas aplicadas a la neuropsicología. El paciente debe salir con la receta asignada de su farmacólogo. Se debe registrar el momento de los eventos adversos y adherencia a la medicación.

El control debe ser realizado por el especialista de epilepsia o el médico general. El control debe ser realizado cada 6 meses o cada año, dependiendo de la estabilidad del paciente. El control debe ser realizado en el momento de la consulta de seguimiento.

Orden de paraclínicos de acuerdo a necesidad
 Orden de atención con neuropsicología si es necesario
 Orden de atención controlada por el Plan Integral

Estado Epiléptico Manejo en urgencias



7. Tabla de indicadores de seguimiento

TABLERO DE INDICADORES RUTA CRITICA EPILEPSIA				
No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	MULTIPLICADOR	OBSERVACIONES
1	Atención por el plan de manejo integral para la epilepsia	# de personas con Dx de epilepsia atendidas en el Plan de Manejo Integral # total de personas con Dx de Epilepsia	X 100	La meta de este indicador dependerá de los plazos para instaurar el Plan de Manejo Integral para la Epilepsia
2	Oportunidad en cita de Neurología o Neuropediatría para paciente con Sospecha de Epilepsia	# de personas con primer episodio de probable crisis epiléptica con cita por neurología o neuropediatría a las 2 semanas # total de personas con primer episodio de probable crisis epiléptica	X 100	
3	Atención por especialista para adultos	# de personas > 18 años con primer episodio de probable crisis epiléptica con cita por neurología # de total de personas > 18 años con primer episodio de probable crisis	X 100	
4	Atención por especialista para adultos	# de personas < 18 años con primer episodio de probable crisis epiléptica con cita control efectiva por neurología # de total de personas < 18 años con primer episodio de probable crisis	X 100	
5	Incidencia de Epilepsia	# de personas con diagnóstico confirmado de epilepsia # total de personas con primer episodio de probable crisis epiléptica	X 100	Este indicador se puede hacer específico para menores y mayores de 18 años
6	Uso de electroencefalograma	# de personas con diagnóstico confirmado de epilepsia que tienen electroencefalograma en el periodo del diagnóstico # de personas con diagnóstico confirmado de epilepsia	X 100	Este indicador se puede hacer específico para menores y mayores de 18 años
7	Uso de Fármacos antiepilépticos (FAE)	# de personas con diagnóstico de Epilepsia que reciben tratamiento con # de personas con diagnóstico de Epilepsia	X 100	Este indicador se puede hacer específico para menores y mayores de 18 años
8	Pacientes con control	# de personas con diagnóstico de Epilepsia pertenecientes al Plan Manejo Integral controlados # de personas con diagnóstico de Epilepsia pertenecientes al Plan de	X 100	Este indicador se puede hacer específico para menores y mayores de 18 años
9	Tasa de incidencia de estado convulsivo en personas pertenecientes al Plan de Manejo Integral	# de personas pertenecientes al Plan de Manejo integral que hayan presentado estado convulsivo en el último año días-persona pertenecientes al Plan de Manejo integral en el último año		Este indicador se puede hacer específico para menores y mayores de 18 años

Bibliografía

1. Fisher RS, Van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, Engel J Jr. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the international league against epilepsy (ILAE) and the international bureau for epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005; 46: 470-2
2. World Health Organization. Atlas. Epilepsy health in the world. 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/neurology/Epilepsy_atlas_r1.pdf
3. Velez A., Eslava J. Epilepsy in Colombia: Epidemiologic profile and classification of epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia* 2006. 47(1): 193-201
4. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud- Liga Internacional Contra la Epilepsia- Buró Internacional para la Epilepsia. Informe sobre la Epilepsia en Latinoamérica. 2008. Disponible en: <http://www.ibeepilepsy.org/downloads/Latin%20American%20Regional%20Report%20Spanish.pdf>
5. Ministerio de Salud y de la Protección Social, Fundación Santafé de Bogotá. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano en sus componentes Guía de Práctica y Evaluación Económica. 2013
6. The AGREE Research Trust. Instrumento AGREE II. Mayo 2009