

GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA EN EPILEPSIA (GPC)

Lineamientos de acuerdo a la sesión 148 de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Washington, Junio del 2011.

“ Las guías son más recientes, con el componente de evaluación económica que permite no solo orientar a los médicos, prestadores de los servicio y pacientes, sobre cuál es el mejor momento de una condición de salud, de acuerdo con la evidencia científica”

(Resumen práctico adaptado para la Ley 1414/2010)

Hoja de ruta seguido por la Liga Colombiana contra la Epilepsia (LCE) durante 47 años y por la Fundación Instituto de Rehabilitación para Personas con Epilepsia (FIRE) durante 40 años, con actualizaciones frecuentes.

***Actualización de terminología.* No debe usarse la palabra “epiléptico” sino “Una persona con epilepsia”. No debe usarse la palabra “convulsión”, sino “crisis” (recomendación de la Liga Internacional de la Epilepsia). No debe usarse la palabra “parcial” en la clasificación, sino “focal” (ej. Crisis focales motoras y no convulsiones parciales motoras). No se habla de “crisis psicomotoras”, sino “crisis focales motoras con automatismos típicos”. Se abolió el término “complejas” La palabra “aura” desaparece para convertirse en “crisis focales”. No se habla de “droga” sino “medicamento”**

Principios para hacerla viable:

- ***Definición para no especialistas de epilepsia.* Una persona tiene epilepsia cuando presenta dos o más crisis no ligadas a eventos (International Bureau against Epilepsy (IBE).**
- ***Un evento* es cuando existe una lesión cerebral evolutiva que tiene como síntoma o signo una crisis (ej. Tumor, absceso, hemorragia,**

parásito, infección, encefalopatías evolutivas, etc.). Aquí el diagnóstico no es epilepsia.

- **Recurrencia: 70%** es el riesgo de recurrencia de las crisis, dependiendo de la etiología, características clínicas y en el momento en que se realice la evaluación. (Sander JWAS, Pal DK. En: Long-term prognosis of Epilepsy . 2000. Carpio y Placencia, R. Román, Pesantes. Ecuadorian Study of Prognosis of Epilepsy. 2002) **En la población infantil el riesgo de presentación de una tercera crisis, a pesar del tratamiento es del 60%** (Placencia y Sanders) **y la recurrencia de una cuarta crisis es de más o menos el 58%** (Placencia. Estudio evidencia I hecho en el altiplano ecuatoriano.)
- **Factores de riesgo.** No se ha podido establecer los factores de riesgo en forma definitiva. Probablemente la historia de crisis febriles y múltiples crisis en un solo día (estadísticamente significativa) (Shinnar Ann of Neurol. 2000).
- Cerca del 30% de las epilepsias no tienen tratamiento médico (epilepsia intratable médicamente o fármacorresistente) y estas son las que deben ser evaluadas para cirugía (IBE).
- “Una primera crisis puede ser vista por el médico general, el Internista o el pediatra. Cuando se presenta la segunda crisis, debe acudir a un neurólogo y si hay una tercera crisis, debe el paciente ser enviado a un Centro de Epilepsia” (Jerome Engel, Jr. Surgical Treatment of epilepsies. Raven Press 1993). Concepto válido en 2011.
- Del 25 al 30% de las personas con epilepsia tienen una encefalopatía, bien sea estática o evolutiva y estas son las personas que padecen *síndromes* con atraso mental y requieren estar en centros de rehabilitación. Estas personas con epilepsia son las que van centros de rehabilitación, como dice la Ley (tratamiento integral). (ver más abajo)
- El tratamiento farmacológico *debe hacerse con medicamentos genéricos (concepto muy claro)* y solamente, si no existe un genérico,

se podrá autorizar una marca, siempre y cuando haya una junta médica previa).

- El tratamiento de las crisis o de la epilepsia deberá iniciarse por medicamentos de primera generación (fenobarbital, fenitoina) y de segunda generación (Benzodiazepinas, carbamazepina, Acido Valproico). En monoterapia, a dosis máximas tolerables. Primera dosis por mg/ kilo de peso. La segunda dosis, al mes, debe hacerse con niveles séricos y siempre este procedimiento será necesario para reajustar la dosis. Si la medicación de primera y segunda generación no da resultado, debe agregarse otra molécula que puede ser con medicinas de tercera y cuarta generación (Clobazam, Vigavatin, Lamotrigina, topiramato, Gabapentina, oxcarbazepina, Levetiracetam, Tiagavine y Zonisamida (estas dos últimas aún no existen en Colombia, pero vendrán). Las drogas de última generación no pueden medirse con niveles séricos y solo mejoran el número de crisis en un 10% aprox. Son todas de adición.
- Cuando se hable de una epilepsia, deberá hacerse la investigación de las 5 columnas diagnósticas (semiología o descripción de crisis, tipo de crisis, etiología, síndrome e impedimento (aquí entra todo el universo de las ciencias de la rehabilitación y humanísticas) Clasificación Internacional de las Epilepsias, ILAE, aprobada en el Congreso Internacional de Epilepsia en Buenos Aires, 2002.
- **Clasificación de las Epilepsias.** Solamente rige actualmente la aprobada en Buenos Aires (ver párrafo anterior). Fundamentalmente son tres grandes grupos: **Crisis Focales** (motoras, sensitivas, somatosensoriales, con automatismos típicos), **Crisis Generalizadas** (tónico-clónicas, clónicas, tónicas, atónicas, mioclónicas y ausencias) y **Crisis reflejas** (a la lectura, a la luz, a los sustos, a sonidos, etc)
- **Eventos paroxísticos no epilépticos.** Incluyen eventos paroxísticos de naturaleza orgánica (ej. El síncope vasovagal y eventos paroxísticos de tipo funcional (crisis psicogénicas o pseudocrisis). No son epilepsia.
- **Clasificación de los síndromes epilépticos.** Está dentro del diagnóstico que cada médico debe hacer al ver un paciente con crisis y es el que

más ayuda al paciente por implicar el pronóstico y la terapéutica. Casi siempre estos pacientes caen el 25-30% de las personas con epilepsia que entran a la rehabilitación y la norma los introduce en la "Tratamiento Integral".

- **Etiología de la Epilepsia. 4 grandes tipos de posibles etiologías**
(Genética, Etiología específica (tumor, malformación vascular, etc pero estrictamente no es epilepsia) Sintomática en que tiene una lesión en la RM, pero no se sabe su naturaleza y criptogénicas.¿ en que no se conoce la etiología, que está oculta y debe investigarse (Hans Lüders En: Epilepsias Diagnóstico y Tratamiento. Ed. Campos y Kraner. Mediterráneo. 2004)
- **Algunos ejemplos prácticos de clasificación sindromática: En niños: Epilepsia de Ausencia Infantil, Síndrome de Lennox Gastaut, Síndrome de West, síndrome de esclerosis mesial temporal (en niños y adultos), síndrome de Dravet. En Adultos: Epilepsia mioclónica familiar del adulto, Síndrome de epilepsia mioclónica juvenil.**
- **Electroencefalografía:** El EEG no hace diagnósticos, a excepción de crisis generalizadas de ausencias que tiene un patrón de espiga y onda 3hz/" y en algunos síndromes genéticos. No es un examen obligatorio de primera instancia, solamente coadyuva con el examen clínico y de imagen.
- **Escanografía Cerebral.** Es indispensable hacer este examen como primer paso en el diagnóstico, después de la clínica. La norma obliga a que en cada hospital de II nivel tenga este examen, porque lo primero en una crisis es ver la masa cerebral para descartar una lesión. Es más importante ante la primera crisis que el EEG.
- **Crisis febriles.** "Es un episodio de crisis asociado a fiebre, sin signos de infección del Sistema Nervioso Central o enfermedad neurológica aguda, que aparece generalmente entre los 3 meses y 5 años de edad." (Mesa,T, Guerreiro M. En: Epilepsias Diagnóstico y tratamiento. Mediterráneo. Ed Campos y Krener. 2.003) **Quedan excluidas aquellas que se presentan en niños que han tenido previamente crisis afebriles. Debe diferenciarse de la epilepsia que se caracteriza por crisis no febriles recurrentes. El 75% se presenta antes de los tres años. Son generalizadas**

tónicoclónicas, pueden ser clónicas o tónicas y nunca focales solamente. Tienen componente hereditario y casi nunca repiten el mismo día. No dejan secuelas de ninguna especie (Proyecto Cooperativo Perinatal Nacional de EUA (NCP), aunque las epilepsias focales con automatismos típicos pueden tener este origen (Rasmussen, Inst. Neurológico de Montreal) Su tratamiento puede ser postergado porque la mayoría hacen un solo episodio.

- **MANERA DE TRATAR UN PACIENTE ANTE LA PRIMERA CRISIS.**

(niños y adultos):

- 1. Haga un examen clínico completo. Descarte una crisis febril y una infección, especialmente una meningitis. Ante la duda haga una Punción lumbar (todo médico debe saberla hacer). Hacer anamnesis de crisis con alcohol y entrevistar un testigo.**
- 2. Si es una crisis focal, debe identificarse el impedimento del lenguaje y la motilidad de miembros**
- 3. Clasifique la crisis e inicie la investigación de las 5 columnas diagnósticas**
- 4. Para esto necesita hacer una escanografía *cerebral con contraste (la simple puede hacerse después y se pierde dinero pidiendo las dos a la vez)***
- 5. Si no encuentra lesión, observe el paciente hospitalizado hasta que haga el diagnóstico causal (Apuzzo. Neurosurgical Aspects of Epilepsy.mAmerican Association of Neurological Surgeon 1991)Haga un fondo de ojo (edema papilar) y estudio del lenguaje (lesión intracerebral) Haga un EEG si existe, así sea normal, inicie tratamiento adecuado en monoterapia, con medicación de primera o segunda generación con genéricos, dado que el riesgo de recurrencia de una segunda crisis es del 40% a los dos años (Berg y Shinnar Neurology 1991) Si no tiene hospital, obsérvelo en el Centro de Salud. Existen dos escuelas para el tratamiento de la primera crisis sin focalización ni lesión: Una, no dar**

medicación ante la primera crisis; esto evita el estigma y el costo, pero esto debe decidirse con el paciente y el familiar. Otra, iniciar tratamiento, cuando hay antecedentes en hermanos y/o crisis sintomática previa, TEC o ACV.

6. Explique que la medicación debe ser controlada con niveles séricos y tomada a horas exactas. Que se debe dormir 8 horas diarias y evitar el alcohol.
7. Si el paciente hace una segunda crisis, debe enviarse el paciente a un neurólogo (ver arriba).
8. El neurólogo tiene la obligación de hacer el diagnóstico porque la norma lo exige y si no logra controlarlo, debe ser enviado a un Centro de Epilepsia, porque puede ser un caso de difícil manejo. Se entiende que en este momento, debe tener ya hecha una resonancia magnética. No se exige PET, ni SPECT. Todos los hospitales universitarios del Estado, tienen servicio de Neurología).

PROTOCOLO DE INTRATABILIDAD DE EPILEPSIA.

Cada centro tiene su propio protocolo de intratabilidad (Instituto Nacional de Salud de los EEUU). El protocolo de la Liga colombiana contra la Epilepsia es el siguiente:

1. Diagnóstico claro de epilepsia
2. Resistencia a mínimo dos drogas de primera y segunda generación y quizá a una de última generación, de moléculas diferentes y con efecto farmacológico diferente, controlada con niveles séricos por especialistas
3. Estado biopsicosocial con características críticas invencibles.

PROTOCOLO DE CIRUGIA DE LAS EPILEPSIAS.(debe hacerse en centros habilitados para este fin. Lo que es de suma importancia)

Seis fases.

1. FASE I. En la Consulta Externa. Declaración de Intratabilidad por un especialista del Centro de Epilepsia. Se debe pedir estudio

de Neuropsicología, RM, TAC con contraste, y laboratorio con niveles séricos.

2. FASE II. Video- EEG. En Unidad de Monitoreo de Epilepsia (UME). Se identificarán mínimo tres crisis completas.
3. FASE III. Definición de tipo de cirugía en Junta de Decisiones. Asiste: Neuropsicología, Neurocirugía, Neurología, Trabajo Social, fonoaudiología, Enfermería.
4. FASE IV. Reunión de Familia y aceptación escrita por el paciente , la familia y el personal científico que interviene.
5. FASE V. Cirugía.
6. FASE VI. Cita de control a los 3 meses para Rehabilitación Neuropsicológica. (obligatoria).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA CIRUGÍA.(Palm Desert Conference)

- Enfermedad médica sistémica
- Enfermedad degenerativa o metabólica que afecte el Sistema Nervioso
- Función cerebral intacta cuando haya que tratar zonas elocuentes (resectivas)
- Familia no colaboradora o inconforme con todo y paciente indisciplinado invencible y que no quiera someterse a rehabilitación.

CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS POST-OPERATORIOS DE LA CIRUGÍA DE LAS EPILEPSIAS

(Según Jerome Engel OUTCOME OF EPILEPSY SURGERY. En: Surgical Treatments of Epilepsies. Ed. Jerome Angel. Raven Press.1993) **Es universal.**

Clase I: Libre de crisis incapacitantes

- A. Completamente libre de crisis desde la cirugía
- B. Solo crisis focales no incapacitantes desde la cirugía
- C. Algunas crisis incapacitantes después de la cirugía, pero libre de crisis incapacitantes desde hace dos años
- D. Crisis generalizadas solamente al suspender los medicamentos antiepilépticos.

Clase II: Raras crisis incapacitantes (“casi libre de crisis”)

- A. Inicialmente libre de crisis incapacitante, pero ahora algunas infrecuentes
- B. Crisis infrecuentes desde la cirugía
- C. Más que infrecuentes crisis incapacitantes después de la cirugía, pero crisis infrecuentes por lo menos por dos años

Clase III. Mejoría importante

- A. Reducción importante de las crisis
- B. Libre de crisis por intervalo prolongado tan importante como más de la mitad del período de seguimiento, pero no menos de dos años.

Clase IV. Ninguna mejoría importante

- A. Reducción significativa de las crisis
- B. Ningún cambio apreciable
- C. Peor de las crisis.