

1. CODIFICACIÓN

- CIE 10: G40
- CIE 11: 8A6Z

2. IMPORTANCIA DEL TEMA

La prevalencia de epilepsia en nuestra población se sitúa alrededor de 1%, por lo que se estima que existen aproximadamente 30.000 personas con epilepsia en Uruguay. Pese a los avances tecnológicos, médicos y en el área de educación y difusión, existe aún un importante peso de los mitos sobre esta patología y discriminación de estos pacientes, por lo que la actualización y adecuado manejo del tema en medios del primer nivel de atención (PNA) es fundamental. Más aún, es frecuente encontrar complicaciones en la evolución de pacientes con epilepsia, secundarios a un manejo inapropiado, no especializado, en su diagnóstico y tratamiento, con referencias tardías al especialista y secuelas a veces irreversibles.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL.

- Mejorar la asistencia de los pacientes con epilepsia, a través de un sistema coordinado, coherente y técnicamente idóneo, con fluida referencia y contrarreferencia entre los centros de distinto nivel de atención.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Actualizar a los médicos del PNA en el manejo de las crisis epilépticas en agudo, así como en las medidas higiénicas y complementarias en el manejo de las epilepsias.

- Establecer guías marco para la colaboración del PNA en el seguimiento y control descentralizado de pacientes con epilepsia.
- Definir los límites de la asistencia no especializada al paciente con epilepsia y las situaciones que requieren consulta especializada perentoria.

4. ROL DE INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL

- Contribución al diagnóstico precoz de crisis epilépticas en pacientes de diferentes grupos etarios. Identificación de pacientes en riesgo de desarrollar epilepsia para su seguimiento óptimo.
- Asesoramiento al paciente y su entorno sobre medidas higiénico-dietéticas, recomendaciones preventivas de complicaciones, mitos y prejuicios.
- Educación a nivel familiar y comunitario.
- Colaboración en el apropiado manejo de la medicación antiepiléptica por el paciente.
- Detección precoz y manejo inicial de efectos adversos de los fármacos antiepilépticos indicados.
- Colaboración en el apropiado manejo de situaciones especiales, como embarazo en paciente con epilepsia.
- Referencia a especialista en las situaciones señaladas en el punto 7.

5. PREVENCIÓN PRIMARIA

a. POBLACIONES DE RIESGO:

- a.1.** Pacientes con injuria cerebral: encefalopatías perinatales, meningoencefalitis, traumatizados de cráneo, ataques cerebrovasculares, tumores cerebrales, etc.

- a.2. Niños con encefalopatía crónica conocida y/o con factores de riesgo perinatal.
- a.3. Niños y adolescentes con antecedentes familiares de epilepsia.

b.DEFINICIONES OPERATIVAS DE LOS FACTORES DE RIESGO.

Son factores de riesgo para el desarrollo de epilepsia, todas aquellas noxas que actúen provocando daño neuronal a nivel cerebral. La existencia de una relación temporal estrecha entre la noxa y la aparición de las crisis aumenta la sospecha de una relación causa-efecto, pero no siempre está presente, pudiendo existir lapsos de varios años antes del debut de la epilepsia. En algunos tipos de epilepsia, la demostración del origen de las crisis en la misma área cerebral donde actuó la noxa permite confirmar la presunción etiológica. Los factores de riesgo genéticos en las epilepsias familiares (mutaciones, etc.) han sido demostrados para sólo algunas formas clínicas de epilepsia.

c.MEDIDAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA.

No son específicas para las epilepsias, sino que se integran a los objetivos de prevención de múltiples patologías y entidades que pueden ser su causa, dentro de las etiologías prevenibles. Así, la prevención de la epilepsia, se suma como un argumento más para las campañas de prevención de siniestros de tránsito (previniendo epilepsias post-traumáticas), de control del embarazo (evitando causas perinatales), de salud cardiovascular (epilepsia vascular por ataques cerebrovasculares), para evitar el consumo de drogas de adicción y a las campañas de prevención de los diferentes tipos de cáncer (por la epilepsia asociada a metástasis encefálicas), entre otras.

6.PREVENCIÓN SECUNDARIA – PAUTAS DE TRATAMIENTO

6.1 DEFINICIÓN Y ESTABLECIMIENTO DE CLASIFICACIONES Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

6.1.1. DEFINICIÓN Y CONCEPTO.

Epilepsia, en cualquiera de sus formas, es aquella condición neurológica caracterizada por la recurrencia de crisis epilépticas (dos o más) en ausencia de injuria cerebral aguda. En caso de una lesión estructural conocida con potencial epileptógeno y adecuada correlación clínica, una sola crisis ya puede establecer el diagnóstico de epilepsia (1). A su vez, las crisis epilépticas son episodios caracterizados por manifestaciones clínicas de inicio brusco, muy breves (de segundos a escasos minutos de duración), estereotipadas, cuya semiología remeda un tipo de crisis ya descrita.

6.1.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

El diagnóstico de crisis epiléptica y - por tanto - de epilepsia es clínico. El hallazgo de actividad epileptiforme en el electroencefalograma (EEG) apoya el diagnóstico, pero no es 100% sensible ni específico, por lo que un EEG normal no descarta epilepsia. En la mayoría de los casos, el registro EEG durante un episodio permitirá confirmar el diagnóstico, pero también existen limitaciones para evidenciar la actividad epiléptica en esta situación. Por otra parte, siempre debe considerarse la posibilidad de una coexistencia de crisis epilépticas y eventos no-epilépticos (por ej. psicógenos) en el mismo paciente.

6.1.3. CLASIFICACIÓN

Existen múltiples tipos de crisis y múltiples tipos de epilepsias y síndromes, contemplados en las correspondientes clasificaciones internacionales, que

fueron revisadas y actualizadas en 2017 (2,3,4). La diferenciación entre epilepsias focales y generalizadas es clínica y electroencefalográfica. Su diferenciación es crucial para definir el tratamiento más apropiado. Para el entrenamiento en la diferenciación clínica de los diferentes tipos de crisis se recomienda utilizar el recurso académico ofrecido por la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE): epilepsydiagnosis.org

En la diferenciación en categorías etiológicas se reconocen formas genéticas o también llamadas idiopáticas, secundarias a lesiones estructurales, patologías metabólicas, infecciosas, tumorales, etc., y finalmente el grupo de epilepsias de causa desconocida. El diagnóstico etiológico es clínico - paraclínico. El pilar paraclínico está constituido por la neuroimagen.

6.2. ESTUDIOS PARACLÍNICOS NECESARIOS PARA PRECISAR DIAGNÓSTICO.

6.2.1. Neurofisiología:

6.2.1.a. ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG). Debe solicitarse en todo paciente con epilepsia, y en forma urgente en niños con espasmos infantiles. Sus principales aportes son apoyar el diagnóstico y colaborar en la diferenciación de síndromes epilépticos focales y generalizados. Es importante recordar que un EEG normal no invalida el diagnóstico clínico y, por otra parte, el hallazgo de actividad epileptógena en el EEG de un paciente sin historia de crisis epilépticas no establece diagnóstico de epilepsia. En ningún caso debe iniciarse un tratamiento antiepiléptico basado únicamente en un resultado patológico de EEG.

6.2.1.b. VIDEO-EEG. Está indicado para establecer diagnóstico diferencial con episodios paroxísticos de naturaleza no epiléptica y en epilepsias refractarias. Su solicitud debe ser valorada por el especialista.

6.2.2. Neuroimagen:

6.2.2.a. RESONANCIA MAGNÉTICA (RMN) ENCEFÁLICA. Es el estudio imagenológico de elección en epilepsia. Está indicada en todo paciente con epilepsia, pudiendo excluirse los que tienen síndromes de epilepsia generalizada idiopática claros y definidos, como la epilepsia con ausencias de la infancia o la epilepsia mioclónica juvenil. Permite valorar el sustrato anatómico de la epilepsia, definiendo la presencia de lesiones, su número, topografía y orientación nosológica. Permite detectar lesiones de alto potencial epileptogénico que muchas veces no se pueden identificar en una tomografía computada, como angiomas cavernosos, malformaciones del desarrollo cortical, esclerosis hipocampal y algunos tumores, siendo fundamental la realización de protocolos específicos.

6.2.2.b. TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TAC) DE CRÁNEO. Constituye una técnica de alternativa, de no contarse con RMN y fundamentalmente para el estudio inicial del paciente. En pacientes con epilepsia focal y TAC de cráneo normal debe complementarse la evaluación diagnóstica con RMN, que puede realizarse de coordinación.

6.2.3 Otros estudios como la neuroimagen funcional (SPECT cerebral, FDG-PET) u otros estudios cognitivos o neurofisiológicos avanzados están indicados en situaciones especiales y son de resorte del tercer y cuarto nivel de atención (programas de atención especializada en epilepsia).

6.3. TRATAMIENTO (5,6)

El tratamiento de las epilepsias abarca el conjunto de medidas tendientes a suprimir o controlar las crisis, permitiendo además una adecuada inserción laboral y social del individuo.

6.3.1. Cuándo iniciar el tratamiento farmacológico.

Existe consenso en iniciar tratamiento frente a una segunda crisis no provocada. Frente a una primera crisis pueden valorarse factores de riesgo de recidiva (una etiología identificable, crisis focales y descargas frecuentes en el EEG), así como la especial situación laboral o social del paciente. En niños es importante considerar la edad y el tipo de epilepsia; el tratamiento deberá ser indicado siempre por un especialista.

6.3.2. Elección de la droga antiepiléptica (DAE) apropiada.

La selección de la DAE se realiza de acuerdo a la forma clínica que presente el paciente, teniendo en cuenta la presencia de enfermedades concomitantes (esp. disfunción hepática o renal) y otras medicaciones que recibe. Dada la complejidad y multiplicidad de factores a tener en cuenta, es ideal que sea realizada por el especialista, para ofrecer la mayor seguridad posible al paciente. En caso de dificultad de acceso al especialista, en pacientes adolescentes o adultos sin comorbilidades ni situaciones especiales significativas, dentro del panel de fármacos antiepilépticos básicos disponibles en el primer nivel de atención, se recomienda optar como abordaje inicial por carbamazepina en el caso de crisis focales y por valproato en el caso de crisis generalizadas, excepto cuando éstas ocurren en una paciente en edad fértil, dado el potencial teratogénico del valproato. En este último caso, puede recurrirse a Lamotrigina, con la precaución de iniciar con dosis bajas y aumento

gradual para evitar reacciones alérgicas graves. Fenitoína puede ser una opción alternativa, preferible en epilepsias focales.

6.3.3. Modo de ascenso y dosis de mantenimiento.

En un contexto ambulatorio debe ser siempre realizada en forma lenta y gradualmente progresiva, para evitar efectos adversos, y con control clínico y de laboratorio. El objetivo es llegar a la dosis eficaz (paciente libre de crisis) o a la máxima dosis tolerada.

Para los fármacos de acceso básico en el PNA, el esquema inicial sugerido (siempre a adaptar a la respuesta individual) para un adolescente mayor a 15 años o un adulto es:

- Carbamazepina: inicio con 200mg/día, aumento gradual de 200mg cada un lapso mínimo de 5 días, con dosis de mantenimiento inicial de 600mg/día en 2 dosis para las formas de liberación prolongada o 3 dosis para las formas de liberación estándar. La dosis máxima diaria no debe superar los 2400mg/día.
- Valproato o ácido valproico: inicio con 200mg/día, aumento gradual de 200mg cada un lapso mínimo de 5 días, con dosis de mantenimiento inicial de 600mg/día en 2 dosis para las formas de liberación prolongada o 3 dosis para las formas de liberación estándar. La dosis máxima diaria no debe superar los 2400mg/día.
- Divalproato: inicio con 250mg/día, aumento gradual de 250mg/día cada un lapso mínimo de 5 días, con dosis de mantenimiento inicial de 500-750mg/día repartido en 2 dosis. La dosis máxima no debe superar los 2500mg/día.

- Fenitoína: inicio con 100mg/día, aumento gradual de 100mg/día cada 3-5 días, con dosis de mantenimiento más frecuente de 300mg/día en 2 dosis diarias. Ascensos posteriores deben realizarse en pasos de 50mg y lapsos no menores a 15 días. La dosis máxima no debería superar los 500mg/día.

6.3.4. Monoterapia versus politerapia.

Siempre se prefiere la monoterapia, sustituyéndose una DAE por otra en forma superpuesta y gradual en caso de toxicidad o ineficacia de la primera. La indicación de politerapia encuentra recién su lugar en casos de difícil control. Es siempre fundamental verificar el cumplimiento de la posología antes de definir una falta de eficacia.

6.4. PAUTAS DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES.

El control del tratamiento es tanto clínico como paraclínico y los intervalos de los mismos dependerán de la severidad de la epilepsia y de las DAE empleadas.

6.4.1. Control clínico.

Incluye la frecuencia de crisis, el cumplimiento del tratamiento y presencia de efectos colaterales (5,6,7) evidenciables tanto en el interrogatorio como en el examen físico. Este último es uno de los puntos en que mayor colaboración puede prestar el médico del PNA.

Se pueden presentar reacciones idiosincráticas, menos frecuentes, potencialmente provocables por cualquier antiepiléptico y que pueden ser muy severas. Incluyen agranulocitosis, anemia aplásica, insuficiencia hepática, pancreatitis y dermatitis alérgica que puede llegar a una necrosis tóxica epidérmica. Deben sospecharse ante todo rash extenso, con compromiso mucoso, fiebre y/o adenopatías, hepato o esplenomegalia, que aparecen a los

pocos días o semanas de iniciado el tratamiento con una nueva medicación. Su identificación precoz es crucial. Requieren suspensión inmediata del antiepiléptico causante y su internación hospitalaria de urgencia. Otros efectos adversos idiosincráticos específicos de algunos fármacos, y relevantes por su gravedad, son la depresión mayor, psicosis o conductas suicidas por levetiracetam y glaucoma de ángulo estrecho o litiasis renal por topiramato. Los efectos secundarios relacionados con la dosis son más frecuentes, en general menos severos y en muchos casos comunes a varios fármacos. Los efectos colaterales clínicos más frecuentes son: somnolencia, vértigo, diplopía, nistagmo, ataxia, náuseas, vómitos, epigastralgia. Menos frecuentes, trastornos conductuales o cognitivos (por ej. secundarios a hiperamoniemia asociada a valproato), cefaleas. Con los antiepilépticos clásicos se ven con cierta frecuencia elementos de toxicidad crónica en el tratamiento prolongado: hiperplasia gingival, hirsutismo o acné con fenitoína; aumento de peso, caída del cabello y amenorrea con valproato, entre otros.

6.4.2. Control paraclínico

6.4.2.a. EEG. Su solicitud no es necesariamente periódica. Está indicado en ocasión del diagnóstico, cuando existen cambios evolutivos y ante la suspensión de la medicación.

6.4.2.b. ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS. Fuera del momento del diagnóstico, pueden solicitarse dependiendo del tipo de epilepsia, su etiología y evolución.

6.4.2.c. NIVEL PLASMÁTICO DE DROGAS ANTIEPILÉPTICAS. Está indicado cuando aparecen síntomas que sugieren intoxicación medicamentosa, siendo también de utilidad si existen dudas sobre un correcto

cumplimiento. Además, puede realizarse al inicio del tratamiento para colaborar en el mejor ajuste de dosis, cuando cambia inesperadamente la frecuencia de crisis, y si se agrega o se retira otra medicación interactuante. La dosificación no debe considerarse aisladamente de la clínica.

6.4.2.d. EXÁMENES DE LABORATORIO. Para descartar efectos colaterales a nivel bioquímico y hematológico; dependen de los fármacos empleados y se suelen indicar antes de comenzar el tratamiento, entre 15-30 días después y posteriormente a intervalos cada vez mayores. Habitualmente se solicitan hemograma (despistando anemia, leucopenia o plaquetopenia), funcional y enzimograma hepático y eventualmente ionograma (hiponatremia por carbamazepina y oxcarbacepina); TSH fundamentalmente en niños y en pacientes bajo tratamiento con valproato.

6.4.3. Suspensión de la medicación.

En aquellos pacientes que han evolucionado favorablemente y han estado libres de crisis durante un período que oscila entre 2 y 3 años, se puede plantear discontinuar gradualmente la medicación, usualmente con un período de descenso paulatino durante 6 a 12 meses, hasta su suspensión. Dado que los porcentajes de recaída varían según el tipo y/o síndrome epiléptico, causa y edad del paciente, esta decisión debe ser tomada en conjunto entre el especialista, el paciente y su familia.

6.4.4. Interacciones Farmacológicas (5,6,7).

Esquemáticamente, las interacciones más frecuentes a tener en cuenta en el contexto del PNA son las interacciones farmacocinéticas, que se

corresponden con cambios en los niveles plasmáticos de una DAE por alteración de su absorción, distribución o disponibilidad, frente a la introducción o a la discontinuación de otro fármaco administrado concomitantemente; pueden compensarse mediante el ajuste de la dosis.

6.4.4.a. INTERACCIONES ENTRE DAEs.

Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital y primidona son potentes inductores enzimáticos hepáticos. Producen una disminución en los niveles de la mayoría de las DAE administradas en forma concomitante, con el riesgo de aumento de crisis. El valproato es un inhibidor de las enzimas hepáticas. Determina un incremento en los niveles de otras DAE, con el consiguiente riesgo aumentado de toxicidad. Las nuevas DAEs de metabolización hepática (lamotrigina, topiramato) no presentan efectos clínicamente relevantes sobre otras DAE. Oxcarbacepina, gabapentina, vigabatrina y levetiracetam (de metabolización renal), así como benzodiazepinas, raramente determinan interacciones farmacocinéticas.

6.4.4.b. INTERACCIONES CON OTROS FÁRMACOS DE USO FRECUENTE.

Efectos de las DAE sobre otros fármacos. Las DAE inductoras hepáticas como fenitoína, carbamazepina y fenobarbital pueden determinar una disminución en los niveles de teofilina, corticoides, digoxina, analgésicos comunes como el acetaminofeno, warfarina, anticonceptivos orales y neurolépticos, por lo que debe vigilarse la necesidad de un aumento de sus dosis o, en el caso de los anticonceptivos orales, el uso de medidas complementarias o cambio de método anticonceptivo. El valproato puede producir un aumento en la concentración de diazepam, warfarina y de calcioantagonistas como la nimodipina.

Efectos de otros fármacos sobre las DAE. Los antiácidos producen una disminución en los niveles plasmáticos de la mayoría de las DAE, que puede prevenirse aumentando el intervalo entre ambas administraciones (mayor a 2 horas). El suplemento de ácido fólico también disminuye los niveles de DAE circulante. Por otra parte, los bloqueantes H₂, omeprazol, salicilatos, amiodarona, macrólidos, sulfonamidas, fluconazol, propoxifeno, allopurinol y neurolépticos, pueden producir una elevación en los niveles de DAE.

6.5. MEDIDAS COMPLEMENTARIAS.

Existen ciertas medidas que contribuyen, a veces notoriamente, a un mejor control de la afección. Las mismas forman parte del tratamiento integral de las personas con epilepsia e incluyen el control de los factores desencadenantes, el ejercicio físico, y en ciertos casos el apoyo psicológico y/o la integración a un grupo de auto-ayuda. En niños que asocian alteraciones del desarrollo, es fundamental el abordaje multidisciplinario. Es importante que el médico del PNA conozca los factores desencadenantes habituales para asesorar al paciente sobre la pertinencia de evitarlos. Es bien conocido el rol precipitante de la privación de sueño, tensión psíquica o estrés, ingesta alcohólica excesiva y, en algunas formas de epilepsia, la estimulación luminosa intermitente.

6.6. RECOMENDACIONES PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

Básicamente, un paciente con epilepsia puede desarrollar una vida normal, con ciertas precauciones centradas en evitar situaciones de riesgo que puedan determinar lesiones en caso de sobrevenir una crisis epiléptica.

En función del tipo y frecuencia de crisis, existen recomendaciones para aplicar a diferentes actividades cotidianas, como la preferencia de uso de microondas sobre la cocina en fuego directo, medidas para evitar accidentes por sumersión

o quemadura en el baño, etc.

En general, los deportes son beneficiosos no sólo desde el punto de vista físico y psíquico sino muchas veces mejorando el control de la epilepsia. Sin embargo, deben evitarse aquellos que puedan implicar un riesgo aumentado, como natación o paracaidismo, entre otros. Existen recomendaciones específicas para el desarrollo de diferentes deportes según el riesgo individual; en general, los deportes de bajo riesgo son adecuados para la mayoría de los pacientes, y prácticamente todos bajo supervisión entrenada.

No existe fundamento para restringir la ingesta de bebidas Cola, mate o café en cantidades habituales. Asimismo, puede autorizarse el consumo ocasional de cantidades mínimas de bebidas alcohólicas.

Es fundamental comprender que la epilepsia de por sí no genera ninguna limitación para recibir educación a todos los niveles, la que debe ser especialmente incentivada.

En lo laboral, pueden desempeñar cualquier trabajo con la excepción del manejo profesional de vehículos, trabajos en altura y uso de maquinaria peligrosa, incluyendo armamento.

El manejo no profesional de vehículos es un tema controvertido, sugiriéndose su habilitación en pacientes libres de crisis durante un período de al menos un año.

No existe ninguna contraindicación para tratamientos odontológicos ni para la utilización de anestésicos locales en contexto ambulatorio.

6.7. SITUACIONES ESPECIALES:

EPILEPSIA Y EMBARAZO (8). Las mujeres con epilepsia deben sentirse libres de planificar su vida personal, incluyendo sus embarazos y la crianza de sus hijos. La amplia mayoría de los embarazos cursan sin complicaciones relevantes, los partos son usualmente normales y los hijos, sanos. Es importante el rol del PNA en evitar la discriminación que tiende a limitar la procreación en este grupo de mujeres y fomentar los embarazos deseados, contribuyendo a su planificación de forma de disminuir el riesgo de complicaciones. Un tercio de las mujeres con epilepsia aumentan la frecuencia de las crisis durante el embarazo. Se debe intentar el mejor control posible de las crisis debido a los riesgos que las mismas determinan en la madre y en el feto. Las crisis tónico-clónicas generalizadas conllevan riesgo de quemaduras y lesiones traumáticas que pueden llegar a provocar la muerte fetal y/o materna. En otros casos, pueden determinar traumatismo uterino con rotura de membranas que predispone a parto prematuro.

Por otra parte, el uso de DAEs durante el embarazo aumenta el riesgo de malformaciones congénitas. Potencialmente todas las DAEs tienen riesgo teratogénico, pero éste se ve incrementado por la politerapia y las altas dosis. El orden decreciente de teratogenicidad para las DAEs más usadas sería: valproato, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital. Adicionalmente, el uso de valproato durante la gestación se asocia a menor rendimiento cognitivo del niño. Las DAEs consideradas más seguras en la gestación son lamotrigina y levetiracetam, seguidas por oxcarbacepina. Debe reafirmarse una asistencia integral entre obstetra, neonatólogo y neurólogo para una mejor asistencia del binomio madre-hijo, estableciendo además una buena relación médico-paciente basada en la información. Toda mujer con epilepsia que

planifica o cursa un embarazo debería ser referida a un control neurológico especializado y en policlínica obstétrica de alto riesgo, aunque el control obstétrico posterior pueda ser compartido con el PNA.

Medidas recomendadas en que puede colaborar el PNA:

- Asesoramiento anticoncepcional, informando a la paciente de las interacciones que existen entre DAEs y anticonceptivos orales.
- El asesoramiento preconcepcional debe incluir las posibles modificaciones de la frecuencia de crisis durante el embarazo, las eventuales complicaciones obstétricas asociadas a crisis persistentes y el riesgo de malformaciones congénitas (considerando DAEs recibidas y antecedentes personales y familiares de malformaciones congénitas).
- Con respecto a las DAE, es necesario reconsiderar el tratamiento en lo posible previo al embarazo. Dado que las malformaciones se producen en las primeras 15 semanas de gestación, se aconsejará planificar el embarazo. La modificación (si es pertinente) del plan terapéutico previo al embarazo o al inicio del mismo debe ser realizada por el especialista, tomando en cuenta tipo de fármaco, dosis y fraccionamiento de ésta. En caso de que la paciente conozca su embarazo o consulte luego de las 15 semanas de gestación, no se recomienda realizar ningún cambio en la medicación antiepiléptica y debe ser referida de coordinación al neurólogo tratante. En ningún caso el médico de PNA debe tomar la decisión de suspender o modificar la medicación antiepiléptica sin una consulta especializada, ya que cambios abruptos pueden determinar un estado epiléptico.

- Se recomienda una dieta rica en ácido fólico, o administrarlo por vía oral en dosis de 0,4 a 5 mg/día (8) en lo posible antes del embarazo (3 meses previos) y durante al menos las primeras 20 semanas.
- No hay evidencia de que el aporte adicional de vitamina K a la madre disminuya el riesgo de complicaciones hemorrágicas en el parto. El recién nacido recibirá en forma habitual vitamina K, a las dosis usuales.
- Para el puerperio se recomendará: evitar la privación de sueño (desencadenante frecuente de crisis) aconsejando el cuidado compartido y la repartición de tareas entre los progenitores, promover la lactancia materna (ya que es mínima la concentración de DAE en la leche materna) y orientar sobre medidas de seguridad para evitar lesiones maternas y del niño que puedan ocurrir de sobrevenir una crisis (amamantamiento en decúbito o en posición sentada en el piso, precauciones para traslados, baño, etc.). En caso de haber recibido fenobarbital o benzodiazepinas a altas dosis hasta el fin del embarazo, vigilar la aparición del síndrome de privación en el recién nacido.

6.8. SITUACIONES ESPECIALES EN AGUDO

6.8.1. Manejo de las crisis tónico-clónicas bilaterales (generalizadas o de inicio focal).

Lo que se debe hacer:

- Disminuir riesgo traumático: alejar al enfermo de puntos de fuego o riesgo de lesiones; disminuir traumatismos.
- Cuando entra en fase de relajación o hipotonía: verificar la posición del paciente, y colocarlo en posición lateral semiprona.
- En cuanto resulte posible sin forzar la mandíbula, deben retirarse

de la cavidad oral prótesis dentales, alimentos si los hubiera, etc.

- Período post-crisis: manejar adecuadamente el comportamiento confusional implica contener físicamente al paciente sólo en caso de algún comportamiento potencialmente peligroso para sí o para terceros (manipulación de objetos cortantes, etc.).
- Siempre que sea posible, manejar la situación evitando conductas coactivas.

Lo que no se debe hacer:

- No realizar apertura forzada de la boca.
- No introducir objetos en la boca.
- No intentar extraer la lengua.
- En general no es necesario aspirar secreciones.
- No intubar. Salvo que el contexto en el cual la crisis acontece lo justifique (TEC, etc.), intubar a un enfermo que padece una CTCG aislada es un gesto desmesurado y peligroso.
- En lo posible no trasladar. El traslado a un centro asistencial por una única crisis, si ocurre en un paciente con una epilepsia conocida, no está habitualmente justificado. 6.8.2.

Estado epiléptico:

- Cuando una crisis se prolonga más de 5 minutos sin llegar a la fase de resolución, o cuando se suceden crisis sin intervalo de recuperación de conciencia, estamos frente a un estado epiléptico. Esto puede ocurrir para cualquier tipo de crisis, tanto focales como generalizadas. Cuando se trata de crisis tónico-clónicas bilaterales (sean de inicio focal o generalizado), se denomina estado epiléptico convulsivo generalizado, y es una situación de emergencia, con elevada morbimortalidad. La conducta inicial debe ser la administración precoz de una benzodiazepina por vía parenteral (iv o im) asociada a una dosis carga de una DAE por vía

intravenosa. Estas medidas deben realizarse de acuerdo a las pautas de tratamiento del estado epiléptico (5,6) vigentes, idealmente en un Servicio de Emergencia institucional, o con el apoyo de un servicio de emergencia médico móvil.

7.SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA

7.1. REFERENCIA DESDE PNA A ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA / NEUROPEDIATRÍA .

Desde PNA debe realizarse la referencia a un especialista (neurólogo o neuropediatra) para consulta ambulatoria de coordinación a la brevedad (en un lapso no mayor a un mes):

7.1.1. Frente a un paciente que presenta una primera crisis epiléptica aislada

7.1.2. Paciente que realiza su primera consulta en ese Centro siendo portador de una epilepsia ya diagnosticada y tratada pero sin controles recientes, especialmente si tiene crisis persistentes.

7.1.3. Pacientes con epilepsia conocida en control compartido por especialista y PNA, en los que el médico evidencia algún signo de alarma, como:

7.1.3.a- una reacción adversa no grave crónica, dosis dependiente

7.1.3.b- un aumento significativo en el número de crisis

7.1.3.c- un cambio en el tipo de las crisis

7.1.3.d- embarazo en paciente tratada con antiepilépticos

7.2 REFERENCIA DESDE PNA A EMERGENCIA HOSPITALARIA

7.2.1. Frente a un paciente con criterios diagnósticos de estado epiléptico.

7.2.2. Frente a un paciente con una reacción adversa grave o potencialmente grave, vinculada o sospechada en relación a una DAE

7.2.3. Niños con sospecha de espasmos infantiles.

7.3. CONTRA-REFERENCIA DESDE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN A PNA.

Los pacientes con diagnóstico definido de epilepsia, en cualquiera de sus formas, con buen control de sus crisis, podrán ser derivados al PNA para un control y seguimiento compartidos. El PNA también será fundamental en el seguimiento conjunto de pacientes con epilepsia de difícil control, particularmente en contextos socioeconómicos críticos, para el abordaje del contexto y mitigación de riesgos. La contra-referencia del especialista deberá acompañarse de un resumen de la historia clínica y diagnósticos realizados, pautas de tratamiento establecidas y objetivos individualizados del seguimiento en PNA.

8. PREVENCIÓN TERCIARIA- PREVENCIÓN DE REFRACTARIEDAD

En los pacientes con epilepsias de difícil control, que persisten con crisis más o menos frecuentes pese al tratamiento adecuadamente indicado y con buen cumplimiento de al menos dos DAE diferentes, es importante tomar medidas para asegurar ofrecerle todas las opciones posibles con el fin de lograr el control de las crisis. La farmacorresistencia conlleva una marcada repercusión en la calidad de vida del paciente y su familia, frecuentemente determina marginación social y laboral, en oportunidades se asocia a un deterioro

neurológico progresivo, así como somete al paciente a un mayor riesgo vital (incremento en las chances de muerte súbita, estados epilépticos, etc.). Para prevenir esta situación es fundamental una referencia precoz del paciente de difícil control a un centro de tercer nivel especializado en epilepsia, pudiendo lograrse un cambio clínico significativo mediante un diagnóstico más preciso, u ofreciendo terapéuticas especializadas como cirugía de epilepsia, dieta cetogénica, o procedimientos de neuroestimulación.

9.NORMATIVA VIGENTE

No existe normativa vigente con peso legal. Existen Pautas Nacionales de Recomendación de Tratamiento elaboradas por el Instituto de Neurología de la Universidad de la República, dirigidas a neurólogos, publicadas en 2002 y actualizadas en 2011 y 2015.

10.RECOMENDACIONES FINALES

Intervenciones recomendadas:

- A nivel comunitario: desarrollar campañas de educación en epilepsia, para disminuir la discriminación social y laboral (que pueden desarrollarse en conjunto con la Liga Uruguaya Contra la Epilepsia – LUCE- y la Asociación Uruguaya Contra la Epilepsia –AUCLE-).
- A nivel del paciente y su familia: colaborar en la educación del paciente y el núcleo familiar en el primer nivel de atención, favoreciendo el adecuado control del paciente, su máximo desarrollo personal y evitando la sobreprotección familiar.
- A nivel del equipo de salud de PNA: actualización y entrenamiento de los mismos para el desarrollo de las intervenciones mencionadas sobre el paciente y su familia.

- A nivel del MSP: Establecer una apropiada red entre los niveles de atención y recursos disponibles para asegurar al paciente con epilepsia la disponibilidad del tratamiento antiepiléptico adecuado e individualizado según criterio del especialista (evitando los cambios aleatorios en los planes farmacológicos con su morbi-mortalidad consiguiente).
- El algoritmo de asistencia de un paciente con epilepsia debería incluir:
 - Consulta precoz con especialista (neurólogo, neuropediatra) para diagnóstico preciso y tratamiento específico (Segundo nivel de atención) o Paraclínica: EEG, TAC de cráneo, de preferencia RMN encefálica.
 - Controles iniciales seriados con especialista, para asegurar evolución y respuesta al tratamiento o Paraclínica de control y seguimiento: dosificación plasmática de DAEs, estudios para descartar toxicidad por DAEs (hemograma, funcional y enzimograma hepático, etc.)
 - Si presenta buena evolución, controles en PNA bajo las guías arriba explicitadas, y periódicos con especialista de frecuencia al menos anual.
 - Si continúa con crisis frecuentes, seguimiento por especialista en forma seriada, valorar reiterar paraclínica diagnóstica y referencia a tercer nivel de atención (centro especializado en epilepsia). Rol de PNA centrado en educación y apoyo, control de disponibilidad y cumplimiento del tratamiento, primera consulta frente a efectos adversos. Para el adecuado cumplimiento de este algoritmo es imprescindible un sistema coordinado entre los niveles de atención, así como la disponibilidad de DAEs y paraclínica fundamentada.

11.INDICADORES DE EVALUACIÓN

Podrían ser indicadores indirectos:

- Frecuencia de complicaciones graves y hospitalizaciones por eventos adversos relacionados a medicación antiepiléptica.
- Porcentaje de pacientes con epilepsia vistos en PNA que están en seguimiento conjunto con especialista.
- Porcentaje de pacientes con epilepsia vistos en PNA que cuentan con estudios completos (EEG, RM)
- Porcentaje de pacientes con epilepsia vistos en PNA que están libres de crisis por al menos un año.
- Frecuencia de consultas en departamentos de Emergencia hospitalarios y en sistemas de Emergencia Móvil por crisis (aisladas, clusters o estado epiléptico) asociados a falta de medicación, sea por incumplimiento o por falta de disponibilidad.
- Escalas de evaluación de satisfacción del paciente con epilepsia/familiar respecto al sistema de asistencia.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

1. Fisher R, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross H, Elger CE, et al. A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014;55(4):475-482. Disponible en: <https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/Definition2014.pdf> -Versión en español disponible en: <https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/Definition-2014-Epilepsia-Spanish.pdf>
2. Fisher R, Cross H, French J, Higurashi N, Hirsch E, Jansen F, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia* 2017;58(4):522-530. Disponible en: https://www.ilae.org/files/dmfile/Operational-Classification--Fisher_et_al-2017-Epilepsia.pdf. -Versión en español en: <https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/Spanish-Traduccion-Fisher-Seizure-types.pdf>
3. Fisher R, Cross H, D'Souza C, French J, Haut S, Higurashi N, et al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia* 2017;58(4):531-542. Disponible en: https://www.ilae.org/files/dmfile/Operational-Classification---Instruction-manual-Fisher_et_al-2017Epilepsia-1.pdf
4. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia* 2017;58(4):512-521. Disponible en: https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/ClassificationOfEpilepsies_Scheffer_et_al-2017-Epilepsia.pdf - Versión en español en: <https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/ClassificationEpilepsiesScheffer2017-Spanish.pdf>

5. Scaramelli A, Piñeyrúa M, Rega I, Yorio D, Avellanal A, Braga P, Martínez C, Camejo C, Emanuelli G. Epilepsias. En: Salamano R, Scaramelli A, Oheninger C. Diagnóstico y Tratamiento en Neurología. Instituto de Neurología, Montevideo; 2015:93-138.
6. Braga P. Epilepsias. En: Martínez F, Braga P (eds). Manual básico de neurología y neurocirugía para estudiantes y médicos generales. FEFMUR, Montevideo; 2019.
7. Targas Yacubian EM, Contreras G, Ríos L (eds.). Tratamiento farmacológico de las Epilepsias, 3ª ed., Sao Paulo: Lemos Ed;2014. p. 97-107. Disponible en: <https://www.ilae.org/files/dmfile/TratamientoFarmacologico-ALADE.pdf>
8. Tomson T, Battino D, Bromely R, Kochen S, Meador K, Pennell P, Thomas S. Management of epilepsy in pregnancy: a report from the International League Against Epilepsy Task Force on Women and pregnancy. Epileptic Disord 2019;21(6):497-517. (Resumen ejecutivo publicado en Epilepsia 2019; 00:1-13 y disponible en: <https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/ManagementOfEpilepsyInPregnancy-Tomson-epi.16395.pdf>)

AUTORES

- AUTORES Y COLABORADORES de la Guía original: Prof. Agdo. Dr. Alejandro Scaramelli, Prof. Adj. Dra. Patricia Braga, Dra. Magdalena Piñeyrúa, ex Asist Dra. Isabel Rega, Dra. Diana Yorio, Dra. Andrea Avellanal, Dr. Carlos Martínez, Prof. Adj. Dra. Claudia Camejo, Dr. Gustavo Emanuelli, Dra. Alicia Bogacz, Asist. Dr. Ignacio Amorín.
- Revisión 2020: Prof. Agda. Dra. Patricia Braga, Prof. Dr. Alejandro Scaramelli, Doc. Hon. Dra. Alicia Bogacz, Prof. Agda. Dra. Andrea Rey, Prof. Adj. Dr. Juan R Higgin, Asist. Dra. Mariana Legnani.

- SECCION EPILEPSIA DEL INSTITUTO DE NEUROLOGIA
- LIGA URUGUAYA CONTRA LA EPILEPSIA
- SOCIEDAD DE NEUROLOGIA DEL URUGUAY



msp.gub.uy

FECHA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Junio de 2008 Revisión y actualización: Mayo de 2020

FECHA MÁXIMA SUGERIDA PARA REVISIÓN DE LA GUÍA

10 años



Ministerio
de Salud
Pública