

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la
Epilepsia en el Adulto

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **SSA-210-09**



CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

G40. EPILEPSIA**GPC****Diagnóstico y Tratamiento de la Epilepsia en el adulto**

Guía de Práctica Clínica
Numero de registro
ISBN en trámite

DEFINICIÓN

La **epilepsia (CIE-10: Epilepsia)**. Ha sido definida como “un trastorno del cerebro caracterizado por una predisposición persistente a generar crisis convulsivas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición” (Fisher et al., 2005).

Una **crisis epiléptica provocada** es aquella que ocurre en asociación temporal a un daño agudo (menor a siete días) al sistema nervioso central (SNC) de tipo estructural como: infección, evento vascular cerebral (EVC), trauma craneano (TCE), postoperatorio neuroquirúrgico, metabólico (desequilibrio electrolítico, hipoglucemia, uremia, anoxia cerebral, eclampsia, fiebre), tóxico (sobredosis o supresión de drogas como cocaína y alcohol, o medicamento).

DIAGNOSTICO

La sospecha ocurre en el primer nivel de atención, el médico a este nivel debe realizar Historia Clínica, Exploración Física y es importante realizar la distinción entre las Epilepsias focales y generalizadas idiopáticas (EGI), ya que esto afecta la opción terapéutica, investigación, pronóstico y consejo genético. El medico debe conocer la clasificación de las epilepsias.

ABORDAJE DIAGNOSTICO ANTE LA PRIMERA CRISIS NO PROVOCADA

El diagnóstico se realiza en base a la historia clínica, la cual debe ser clara en lo que ocurre antes, durante y después de la crisis. Si no es posible hacer el diagnóstico definitivo de epilepsia con la descripción del familiar u observador y la historia clínica completa, el diagnóstico deberá ser esclarecido por expertos y/o ser referido a un centro de tercer nivel.

No existe un solo examen o prueba clínica que sea capaz de discriminar una crisis epiléptica inicial y una crisis no epiléptica.

UTILIDAD DEL ELECTROENCEFALOGRAMA

En los pacientes que presentan una primera crisis epiléptica se ha reportado que el 51% de los electroencefalogramas (EEG) son anormales. El EEG permite la clasificación de las crisis epilépticas y síndromes epilépticos y puede predecir el riesgo de recurrencia de una primera crisis cuando demuestra actividad epiléptica por tanto; debe ser considerado siempre como parte de la evaluación de una primera crisis no provocada. Un EEG normal no excluye el diagnóstico de epilepsia.

UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS DE IMAGEN

Los estudios de imagen detectan lesiones en un 21-37% de los pacientes con epilepsia.

La tomografía computada (TC) o la imagen por resonancia magnética (IRM) se consideran como parte de la evaluación diagnóstica en adultos que presentan una primera crisis no provocada. La TC es anormal en 15% de los pacientes y da información limitada para la evaluación de epilepsia intratable.

La IRM es el estudio de elección en pacientes con epilepsia con mala respuesta al tratamiento médico y que requieren protocolos y manejo especializados. La imagen cerebral no debe realizarse rutinariamente cuando se tiene el diagnóstico certero de una epilepsia idiopática generalizada y cuando hay una rápida y completa respuesta a los antiepilépticos de primera línea.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

OTROS ESTUDIOS.

Se recomienda realizar punción lumbar ante una primera crisis no provocada en circunstancias clínicas específicas (fiebre, alteraciones del estado de alerta, desorientación, inmunosupresión con o sin fiebre). Los estudios complementarios de sangre (electrolitos séricos, glucosa, calcio) se solicitan para identificar causas y otras comorbilidades en circunstancias específicas y no de una manera rutinaria.

Un electrocardiograma de 12 derivaciones debe ser realizado en los pacientes adultos con sospecha de epilepsia.

El perfil toxicológico es útil solo en el 3%

EVENTOS PAROXISTICOS ERRONEAMENTE CONFUNDIDOS CON EPILEPSIA:

- Arritmia cardiaca transitoria.
- Ataque isquémico transitorio.
- Hipoglucemia.
- Ataques de pánico.
- Movimientos anormales en el sueño y al despertar.
- Trastornos paroxísticos del movimiento (temblor, corea y distonía)

El médico de primer contacto debe referirlos al especialista apropiado.

TRATAMIENTO

No existe un consenso sobre si se debe de iniciar o no tratamiento posterior a una crisis única; sin embargo se debe de tener en cuenta el riesgo de recurrencia que presenta el paciente.

Los mayores índices de recurrencia los presentan los pacientes con actividad epiléptica en el EEG o los que tienen un déficit neurológico congénito.

Los índices más bajos se presentan entre pacientes con crisis provocadas o en aquellos que tienen un EEG normal y sin una causa identificada.

RECOMENDACIONES PARA INICIO DE FARMACOS ANTIEPILEPTICOS

Debe iniciarse un fármaco antiepiléptico después de una primera crisis tónico-clónica si:

- El paciente ha tenido crisis mioclónicas, de ausencia o crisis parciales.
- El EEG muestra actividad epiléptica inequívoca.
- El paciente tiene déficit neurológico congénito.
- El paciente considera que el riesgo de recurrencia es inaceptable.

TRATAMIENTO

ELECCION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

El tratamiento con fármacos antiepilépticos (FAEs) debe individualizarse de acuerdo al tipo de crisis, síndrome epiléptico y/o epilepsia, medicación concomitante, comorbilidad, estilo de vida y las preferencias del paciente y su familia y/o cuidadores.

En adultos; con reciente diagnóstico de epilepsia parcial se recomienda; iniciar con CBZ, PHT y VPA ya que GBP, LTG, OXC, PB, TPM y VGB han demostrado tener menor eficacia y efectividad como monoterapia.

Se recomienda el inicio como monoterapia para crisis tónico-clónico generalizadas (CTCG) en adultos, con VPA, CBZ, LTG, OXC, TPM, PB, PHT, GBP; por no mostrar diferencia entre ellos.

UTILIDAD DE LOS NIVELES SERICOS.

No se indica la determinación rutinaria de niveles séricos de los FAEs. Estos pueden ser útiles si se desea:

- Ajustar la dosis de PHT.
- Evaluar adherencia al tratamiento.
- Evaluar datos en relación a toxicidad del FAEs.

EFFECTOS ADVERSOS DE LOS FARMACOS ANTIEPILEPTICOS

Los efectos secundarios de los FAEs son frecuentes, la mayoría son de leves a moderados, pero una minoría puede poner en riesgo la vida del paciente. Muchos de estos son dosis dependiente y predecible.

Las reacciones idiosincráticas usualmente ocurren en las primeras semanas del tratamiento y pueden llegar a ser potencialmente serias.

En pacientes que toman inductores del metabolismo hepático se pueden realizar cada 2 a 5 años

RETIRO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El retiro de los FAEs debe ser considerado al final de un periodo libre de crisis epilépticas mínimo de dos años

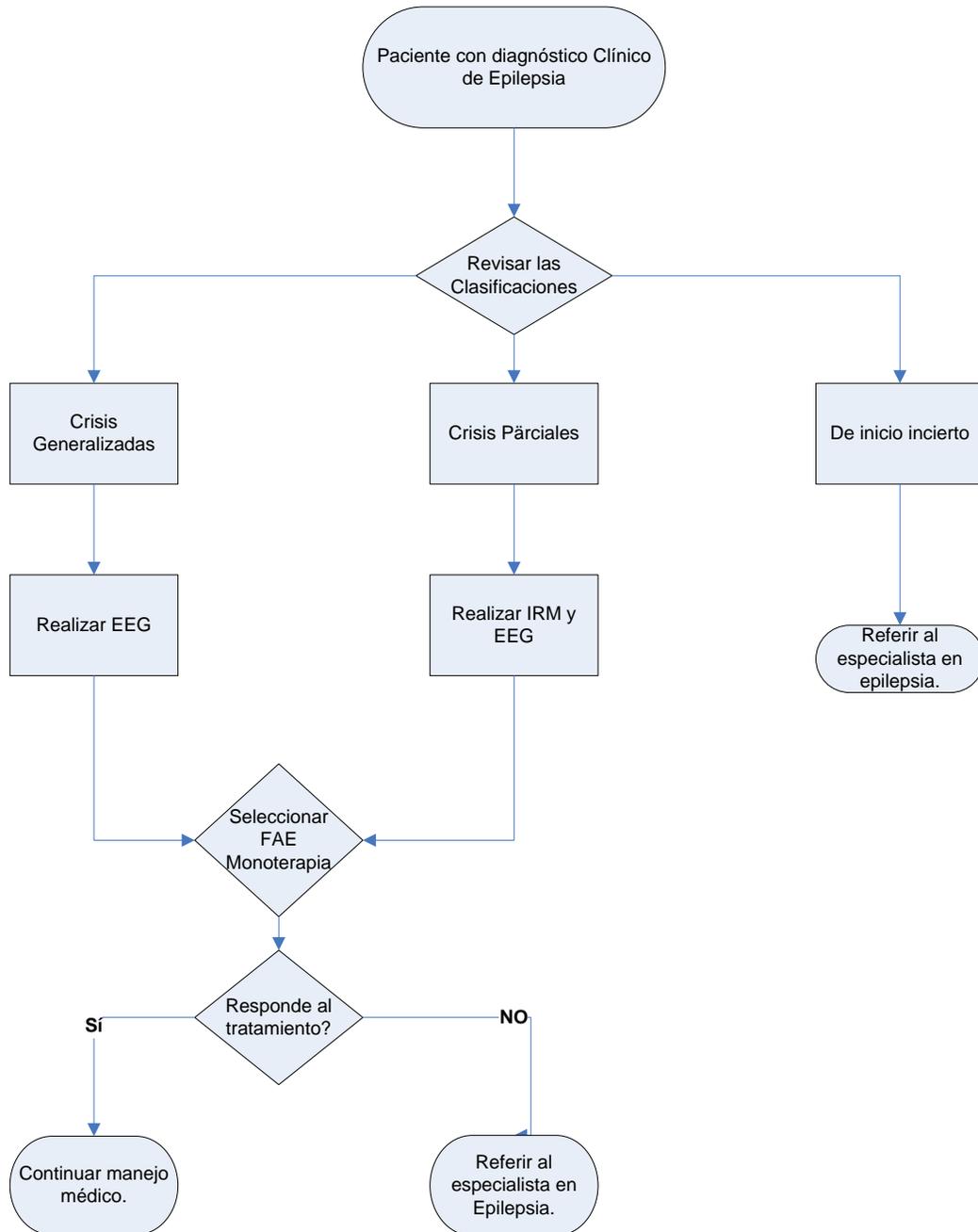
El retiro de los FAEs debe hacerse de manera lenta y gradual (al menos 2-3 meses). En el caso de benzodiazepinas y barbitúricos se requiere de un periodo mayor (6 o más meses).

El riesgo de recurrencia de crisis una vez retirado los FAEs es de: 25% al año y 29% a los 2 años.

CRITERIOS DE REFERENCIA A TERCER NIVEL DE ATENCION

- No hay un adecuado control de la crisis en un periodo de dos años
- Manejo no exitoso después de dos FAEs
- Cuando los efectos adversos de los FAEs no son tolerados por el paciente
- Existencia de una lesión estructural
- Cuando existe comorbilidad psicológica o psiquiátrica
- Cuando existe la duda diagnóstica sobre la etiología de las crisis y/ o síndrome epiléptico
- Cuando sean pacientes candidatos a cirugía de epilepsia.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA



CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS

- I. **Crisis parciales**
 - A. Crisis parciales simples (sin pérdida de la conciencia)
 - B. Crisis parciales complejas
 - i. Con pérdida del estado de conciencia al inicio.
 - ii. Parcial simple al inicio seguida de pérdida de la conciencia.
 - C. Crisis parciales con generalización secundaria.
- II. **Crisis generalizadas** (Presencia de descargas bilaterales, convulsivas o no convulsivas, con afección de estructuras subcorticales)
 - A. Ausencia.
 - B. Mioclónica.
 - C. Clónica.
 - D. Tónica.
 - E. Tónico-clónica.
 - F. Atónica.
- III. **Crisis epilépticas no clasificadas** (utilizada cuando la descripción de la crisis epiléptica no esta disponible o no es adecuada para poder clasificarla).

FARMACOS ANTIEPILEPTICOS INDUCTORES Y NO INDUCTORES ENZIMATICOS

Inductores enzimáticos	No Inductores enzimáticos
Carbamazepina	Acetazolamida
Oxcarbamazepina	Benzidiazepinas
Fenitoína	Etosuximida
Fenobarbital	Gabapentina
Primidona	Lamotrigina
Topiramato	Levetiracetam
	Valproato

ELECCION DE FARMACOS ANTIEPILEPTICOS DE ACUERDO AL TIPO DE CRISIS

Tipo de Crisis	FAEs de primera línea	FAEs de segunda línea	Otros FAEs que pueden considerarse	FAEs que deben evitarse (pueden empeorar las crisis)
Generalizadas tónico-clónicas	Carbamazepina Lamotrigina Valproato Topiramato	Clobazam Levetiracetam Oxcarbamazepina	Acetazolamida Clonazepam Fenobarbital Fenitoína Primidona	Vigabatrina
Ausencia	Etosuximida Lamotrigina Valproato	Clobazam Clonazepam Topiramato		Carbamazepina Gabapentina Oxcarbamazepina Vigabatrina
Mioclónica	Valproato Topiramato	Clobazam Clonazepam Lamotrigina Levetiracetam Topiramato		Carbamazepina Gabapentina Oxcarbamazepina Vigabatrina
Tónica	Lamotrigina Valproato	Clobazam Clonazepam Levetiracetam Topiramato	Acetazolamida Fenobarbital Fenitoína Primidona	Carbamazepina Oxcarbamazepina
Atónica	Lamotrigina Valproato	Clobazam Clonazepam Levetiracetam Topiramato	Acetazolamida Fenobarbital Primidona	Carbamazepina Oxcarbamazepina Fenitoína
Parciales simples y complejas con/sin generalización secundaria.	Carbamazepina. Lamotrigina. Oxcarbamazepina. Valproato. Topiramato.	Clobazam Gabapentina Levetiracetam Fenitoína	Acetazolamida Clonazepam Fenobarbital Primidona	

The Epilepsies. The diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. Clinical Guideline 20 October 2004. Developed by the National Collaborating Centre for primary Care.

REACCIONES ADVERSAS MAS FRECUENTES DE LOS FARMACOS ANTIEPILEPTICOS

Farmaco	Efectos Adversos significativos
Acetazolamida	Perdida del apetito, depresión, parestesias en las extremidades, poliuria, sed, cefalea, mareo, fatiga, irritabilidad, cansancio.
Carbamazepina	Sedación, reacciones alérgicas en piel, desordenes de la acomodación, diplopía, visión borrosa, ataxia, náusea. Discrasias sanguíneas.
Clobazam	Cansancio, puede desarrollar tolerancia con el uso prolongado.
Clonazepam	Somnolencia y fatiga que desaparecen al disminuir la dosis o con el uso prolongado. En ciertas formas de epilepsia pueden exacerbar las crisis epilépticas.
Etosuximida	Náusea, cefalea, cansancio.
Gabapentina	Somnolencia, fatiga, aumento de peso, hiperkinesia, discinesia, labilidad emocional.
Lamotrigina	Rash cutáneo, generalmente dentro de las primeras ocho semanas de tratamiento y se resuelven con el retiro. Cansancio, diplopía, mareo, cefalea, insomnio, fiebre, agitación, confusión y alucinaciones.
Levetiracetam	Mareo, somnolencia, irritabilidad, insomnio, labilidad emocional, ataxia, temblor, cefalea y náusea.
Oxcarbamazepina	Diplopía, cefalea, náusea, rash cutáneo, ataxia y confusión.
Fenobarbital	Cansancio, letargia, depresión mental. Reacciones alérgicas cutáneas e hiperkinesia.
Fenitoína	Reacciones de hipersensibilidad cutáneas, cansancio, ataxia, disartria (dosis dependiente), engrosamiento de rasgos faciales, hiperplasia gingival, hisurtismo. Anemias (que responden a ácido fólico). Discinesias y temblor (raro) y confusión.
Primidona	Cansancio, apatía al inicio del tratamiento, puede presentarse reacción idiosincrática con síntomas agudos y severos requiriendo retiro del medicamento. Reacciones psicóticas (raro).
Valproato	Sedación, temblor, caída del cabello (se normaliza del crecimiento a los seis meses de iniciado el tratamiento), aumento de peso. Desordenes gástricos al inicio del tratamiento. Hiperactividad, agresión y deterioro del comportamiento. Daño hepático severo (raro) generalmente asociado a politerapia. Incremento transitorio de las enzimas hepáticas. Encefalopatía y pancreatitis. Hiperamonemia (transitoria) sin cambios en las pruebas de función hepática. Discrasias sanguíneas (mejora al discontinuar el medicamento). Amenorrea e irregularidades menstruales. Alto riesgo en malformaciones fetales si se toma en el embarazo.
Topiramato	Cefalea, somnolencia, vertigo, parestesias y pérdida de peso. Riesgo incrementado de nefrolitiasis. Dificultad para la concentración y atención.
Vigabatrina	Somnolencia, náusea, agitación, agresión, irritabilidad y depresión son muy comunes. Psicosis (poco comunes). Defectos en los campos visuales, usualmente después de varios meses o años de tratamiento. Los campos visuales se deben evaluar cada 6 meses en cualquier paciente que se encuentra bajo tratamiento con vigabatrina.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and Management of Epilepsy in Adults. A national clinical guideline. April 2003.