PRESENTACIÓN

SERVINSALUD IPS

SOCIEDAD DE SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD S.A.S

GPC DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE EPILEPSIA

Leidy Santos
Coordinadora Médica Sede Boyacá

WWW.SERVINSALUDIPSSAS.COM

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

EPILEPSIA

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



SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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

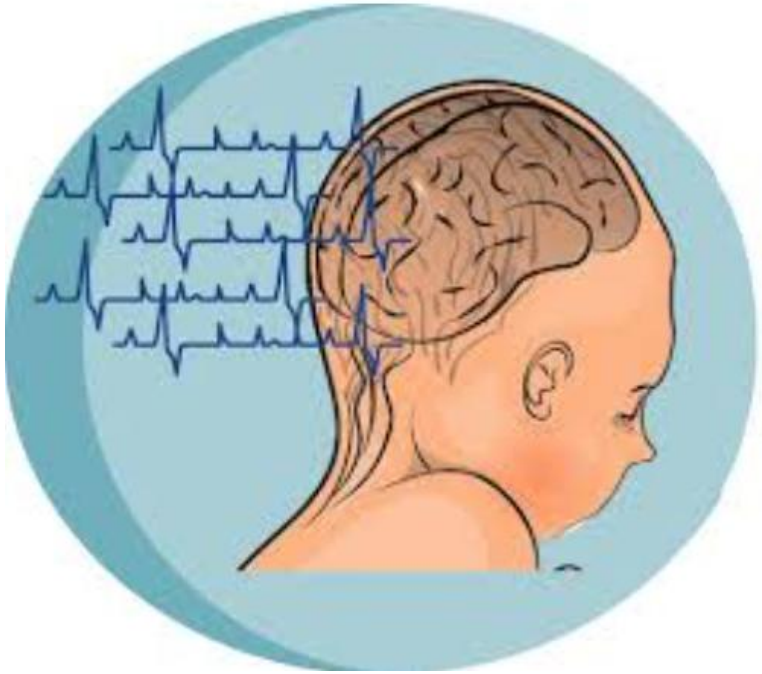


SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

- **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]

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

- **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.

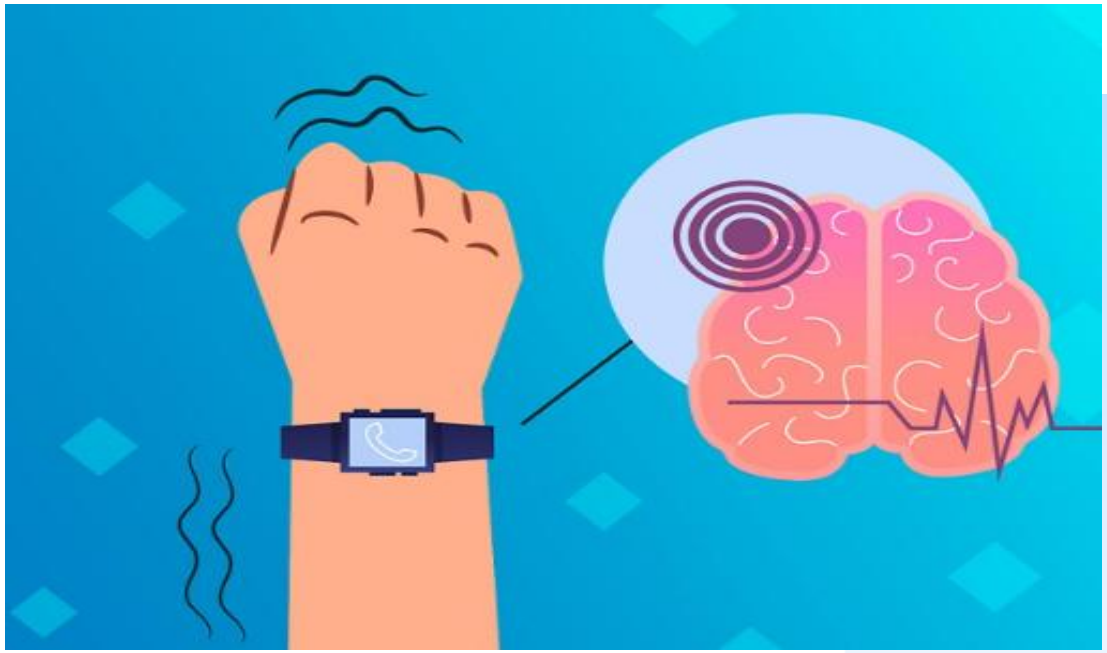


SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

- **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.



SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

Muerte súbita por epilepsia (SUDEP)



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]

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.

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

Después de la primera crisis

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.



Durante la primera valoración de la aparición de una crisis reciente, el especialista debe tener acceso a los exámenes apropiados. [2004]
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]

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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]



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]

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).

SERVINSALUD IPS

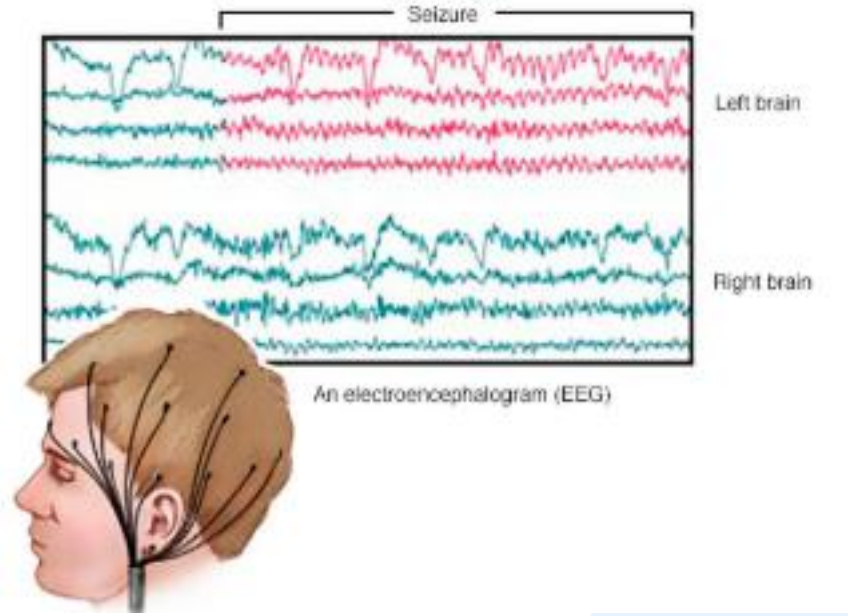
Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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]

Electroencefalograma (EEG)

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]
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]
No debe realizarse un EEG en caso de un posible síncope por la posibilidad de obtener un resultado falso-positivo. [2004]



An electroencephalogram (EEG)

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

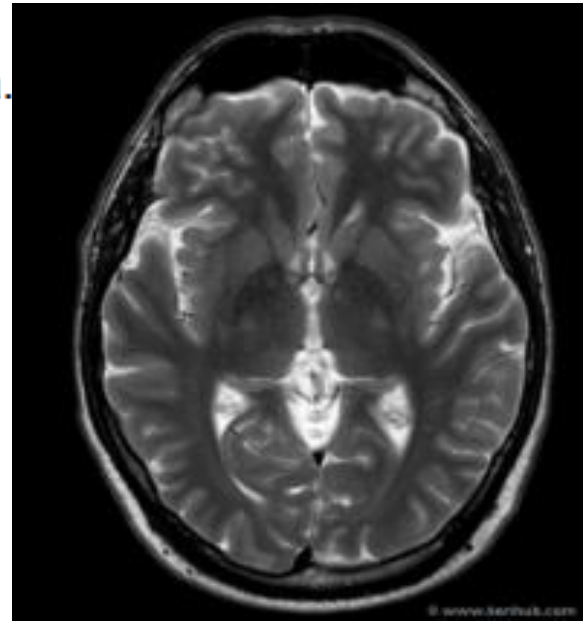
Neuroimágenes

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.



SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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]

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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]



SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

MANEJO

- Farmacológico:

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]

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]

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]

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]

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.



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

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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]

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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

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]

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]

Considerar el suministro de carbamazepina y oxcarbazepina [14] pero teniendo en cuenta el riesgo de exacerbación de las crisis de ausencias o mioclónicas.

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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]

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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]



SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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 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]

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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]





SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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]

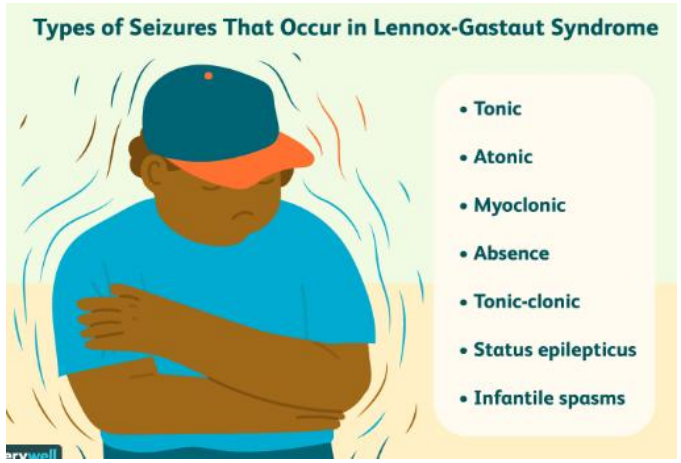
SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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 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]

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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 EIG 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]

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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]

SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

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.



SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

Suspensión del tratamiento farmacológico

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.



SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.

CONTACTO

www.servinsaludipssas.com



Sede Fusagasugá
Cra. 11A No. 20-67/73
B/ Nuevo Balmoral
300 2603901

Sede Bogotá
Av. Calle 26 No. 85D-55
Lc LE27 CE Dorado Plaza
322 4715557

Sede Boyacá
Cra. 9 No. 26-41
B/ Las Nieves
302 2283268

Sede Tolima
Calle 35 No. 4B-15 Lc1
Primer Piso B/ Cádiz
300 8781898



SERVINSALUD IPS

Este documento es propiedad de la Sociedad de Servicios Integrales en Salud S.A.S, Servinsalud IPS - Prohibida su reproducción por cualquier medio sin previa autorización de la Sociedad.