



RESUMEN EJECUTIVO

Guía de Práctica Clínica Epilepsia en el Adulto

VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Epilepsia en el Adulto en:
<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EPILEPSIA EN EL ADULTO. SANTIAGO:
MINSAL.2020

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

1. RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>1. En personas con sospecha de estado epiléptico, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar monitoreo electroencefalográfico (EEG) continuo por sobre no monitorizar.</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>El monitoreo continuo permitiría detectar en tiempo real crisis epilépticas (convulsivas o no convulsivas) y tratarlas precozmente para evitar secuelas neurológicas a posterior.</i> - <i>Dado que en muchos centros de salud no se cuenta con monitoreo continuo el panel considera que un electroencefalograma precoz podría ser mejor que no realizar ningún examen, aunque no reemplaza al monitoreo continuo.</i> 	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○ ○
<p>2. En personas con epilepsia refractaria en evaluación pre quirúrgica el Ministerio de Salud SUGIERE realizar videomonitoreo de electroencefalograma por sobre no realizarlo.</p>	BUENA PRACTICA CLINICA	
<p>3. En personas adultas con epilepsia con sospecha de crisis focales que ya cuentan con estudio con tomografía computarizada, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar resonancia magnética cerebral con protocolo de epilepsia por sobre no realizarla.</p>	BUENA PRACTICA CLINICA	
<p>4. En adolescentes con epilepsia el Ministerio de Salud SUGIERE entregar servicios de transicionales por sobre una derivación directa a servicio de neurología de adultos.</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Idealmente, la transición del cuidado entre servicios pediátricos y de adultos debiera realizarse de la manera más organizada y coordinada posible, tomando en cuenta las preferencias y potenciales temores de los adolescentes o sus cuidadores.</i> - <i>Los servicios transicionales incluyen un conjunto de prestaciones destinadas a este fin, tales como: atención neurológica adulto e infantil, seguimiento activo del paciente (por ejemplo, con controles con enfermera/o) y atención en salud mental para evaluación psiquiátrica y apoyo psicológico.</i> 	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○ ○
<p>5. En personas con epilepsia el ministerio de salud el Ministerio de salud SUGIERE realizar talleres de educación respecto al autocuidado por sobre no realizar.</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Si bien en un inicio la falta de capacitación pudiera ser una barrera para la implementación de esta recomendación, desde el 2018 el Ministerio de Salud impulsa un programa destinado a aumentar las capacidades de los profesionales de</i> 	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○ ○

<p>salud para atender enfermedades neurológicas y psiquiátricas (mhGAP, del inglés Mental Health Gap Action Programme)</p> <p>- La evidencia identificada analizó intervenciones grupales cara a cara. Sin embargo, el panel considera que los beneficios pudieran ser extrapolables a otras modalidades que resulten factibles de implementar a nivel local.</p>		
<p>6. En personas adultas con epilepsia el Ministerio de Salud no recomienda utilizar cannabis sativa.</p> <p>Comentarios del panel de expertos</p> <p>- El uso de cannabis sativa se encuentra regulada por la ley 20.584 que la clasifica como una sustancia productora de dependencia física o síquica, capaz de provocar efectos tóxicos o daños considerables a la salud.</p> <p>- Las recomendaciones fuertes basadas en certeza baja o muy baja de la evidencia son excepcionales, sin embargo, la prohibición explícita por el marco legal vigente, justifica una recomendación fuerte de acuerdo a las reglas GRADE-MINSAL.</p>	<p>FUERTE</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>7. En personas con epilepsia resistente a dos fármacos anti-epilépticos indicados como monoterapia, el Ministerio de Salud SUGIERE usar un tercer fármaco como monoterapia por sobre asociar fármacos (biterapia).</p> <p>Comentarios del Panel de Expertos:</p> <p>En casos de epilepsia resistente a los fármacos, el panel considera que es importante realizar un esfuerzo diagnóstico para identificar el tipo de epilepsia y síndrome específico para así seleccionar el fármaco que resulte más apropiado, considerando la potencial eficacia, así como los posibles efectos adversos y las interacciones con otros fármacos.</p>	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>8. En mujeres con epilepsia en edad fértil el Ministerio de Salud Sugiere no utilizar ácido valproico.</p> <p>Comentarios del panel de expertos</p> <p>El uso de ácido valproico durante el primer trimestre del embarazo se ha asociado a efectos teratogénicos, en particular a defectos del tubo neural. Por esta razón, no es la mejor opción de tratamiento para mujeres que pudieran embarazarse. Sin embargo, en algunos síndromes epilépticos generalizados, especialmente epilepsia mioclónica juvenil y la epilepsia tipo ausencia del adulto, el ácido valproico se mantiene como medicamento de primera línea y resulta una buena opción de tratamiento. Por lo anterior existen situaciones clínicas en que se podría justificar su uso en mujeres en edad fértil, haciendo debidamente explícitos los potenciales riesgos en caso de embarazo.</p>	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>

<p>9. En mujeres con epilepsia tratadas con lamotrigina, el Ministerio de Salud sugiere usar dispositivo intrauterino por sobre usar anticonceptivos hormonales sistémicos.</p> <p>Comentarios del panel de expertos</p> <p><i>- Por una parte, la lamotrigina pudiera reducir la efectividad de los anticonceptivos hormonales de uso sistémico y, por otra, los anticonceptivos pudieran reducir la efectividad de la lamotrigina en el control de las crisis convulsivas. Esta recomendación aplica a dispositivos intrauterinos tanto medicados como no medicados.</i></p> <p><i>- En mujeres nulíparas, la inserción del dispositivo pudiera tener un riesgo mayor que en mujeres multíparas, por lo que podrían beneficiarse de que sea instalado por profesionales con mayor experiencia.</i></p>	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>10. En mujeres con epilepsia tratadas con anticonvulsivantes inductores enzimáticos (por ejemplo, fenitoína, carbamazepina o topiramato), el Ministerio de Salud SUGIERE usar dispositivo intrauterino por sobre anticonceptivos hormonales sistémicos.</p> <p>Comentarios del Panel de expertos</p> <p><i>- Por una parte, los anticonvulsivantes inductores enzimáticos podrían reducir la efectividad de los anticonceptivos hormonales de uso sistémico, y por otra, los anticonceptivos pudieran reducir la efectividad de los anticonvulsivantes en el control de las crisis convulsivas.</i></p> <p><i>- Esta recomendación aplica a los dispositivos intrauterinos tanto medicados como no medicados. En mujeres nulíparas, la inserción del dispositivo pudiera tener un riesgo mayor que en mujeres multíparas, por lo que podrían beneficiarse de que sea instalado.</i></p>	<p>CONDICIONAL</p>	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>

Las recomendaciones fueron formuladas entre los años 2019 y 2020 utilizando el sistema GRADE.

2. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

La Epilepsia es una enfermedad neurológica crónica que afecta a personas de todas las edades, en todo el mundo, y se caracteriza por provocar crisis de manera recurrente. Se asocia a patologías psiquiátricas, estigma, problemas psicosociales y dificultades económicas (1,2). Definida operacionalmente, requiere de por lo menos una de las siguientes condiciones (3):

- Dos crisis no provocadas que ocurran con una separación mayor de 24 horas entre éstas.
- Una crisis no provocada y la probabilidad de tener otras crisis similares al riesgo de recurrencia general (al menos, el 60%) después de dos crisis no provocadas, que ocurrirán durante los próximos 10 años.
- Diagnóstico de un síndrome epiléptico.

Los pilares diagnósticos de la enfermedad son la historia clínica y el examen físico neurológico. En la anamnesis debe considerarse varios elementos detallados de las crisis y su relación con otras enfermedades neurológicas o no neurológicas, además de algunos tipos de epilepsia o síndromes. En algunos casos se hace indispensable el estudio neurofisiológico y/o la neuroimagen. Por lo dicho anteriormente, la mejor alternativa es contar con un neurólogo, o bien, un médico pediatra o internista debidamente entrenado en epilepsia para su confirmación diagnóstica (4).

Crisis de Epilepsia: Es la aparición de signos y/o síntomas debido a una descarga anormal de la actividad neuronal cerebral de manera excesiva o asincrónica.

Epilepsia Refractaria: Son las Epilepsias no controladas con Fármacos Antiepilépticos (FAE), o bien, aquella epilepsia que no responde con mejoría de las crisis, habiendo recibido a lo menos dos FAE, en monoterapia y/o bioterapia, correctamente indicados para alcanzar el control de crisis y adecuadamente tolerados por la persona. Corresponde aproximadamente a cifras entre 20% al 30% en el mundo.

El manejo de las personas con epilepsia involucra a profesionales de los tres niveles de atención, comprendiendo a médicos generales, enfermeras, matronas, asistentes sociales, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, neurólogos generales y neurólogos especializados en epilepsia, neurocirujanos (5).

Etiología

Hay múltiples causas de epilepsia. En algunos casos subyace una base genética, pero en otros casos la epilepsia es secundaria al daño cerebral causado por lesiones prenatales o perinatales (por ejemplo, por falta de oxígeno o por traumatismos sufridos durante el parto), anomalías congénitas o malformaciones cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, ataques cerebrovasculares, infecciones neurales tales como las meningitis, encefalitis y neurocisticercosis, así como los tumores cerebrales. Alrededor del 50 a 60% de las epilepsias son idiopáticas, en las cuales no puede determinarse una causa específica (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente un 25% de las epilepsias podrían prevenirse a nivel global abordando la atención de la salud materna y neonatal, el control de las enfermedades no transmisibles, la prevención de traumatismos y la salud cardiovascular (5).

Clasificación

Cada persona con el diagnóstico de epilepsia se debería clasificar de acuerdo a los 5 ejes a partir de la

clasificación ILAE 2017 (7–9).

- **Eje 1: tipo de crisis (focales, generalizadas o desconocidas)**

Clasificación Operacional de los Tipos de Crisis, Versión Extendida ILAE 2017

- Crisis de Inicio Focal (con o sin alteración de conciencia):
 - Inicio Motor (automatismos, atónica, clónica, espasmos epilépticos, hiperkinética, mioclónica, tónica)
 - Inicio No motor (autosómica, mantención del comportamiento, cognitiva, emocional, sensorial)
- Crisis de inicio generalizado (motora, no motora)
- Crisis de inicio desconocido (motor o no motor)

- **Eje 2: tipo Epilepsia (focales, generalizadas, combinadas o desconocidas).**

- **Eje 3: tipo de Síndrome Electro Clínico**

Período neonatal

- Crisis neonatales benignas
- Epilepsia familiar neonatal benigna
- Síndrome de Ohtahara
- Encefalopatía mioclónica temprana

Lactante

- Crisis febriles/crisis febriles plus
- Epilepsia benigna de la infancia
- Epilepsia benigna familiar
- Síndrome de West
- Síndrome de Dravet
- Epilepsia mioclónica de la infancia
- Encefalopatía mioclónica no progresiva
- Epilepsia con crisis focales migratorias

Pre escolar y escolar

- Crisis febriles/crisis febriles plus
- Síndrome de Panayiotopoulos
- Epilepsia con crisis mioclónicas atónicas
- Epilepsia benigna con espigas centro temporales
- Epilepsia nocturna del lóbulo frontal autosómica dominante
- Epilepsia occipital de inicio tardío
- Epilepsia de ausencia mioclónica
- Síndrome de Lennox Gastaut
- Encefalopatía epiléptica con espiga onda durante el sueño
- Síndrome de Landau Kleffner
- Epilepsia de ausencia de la infancia
- Síndromes adolescente y adulto
- Epilepsia Mioclónica juvenil
- Epilepsia de ausencia juvenil
- Epilepsia Mioclónica progresiva

Otras

- Sin relación con edad
 - Epilepsia familiar focal con focos variables
 - Epilepsias reflejas
 - Constelaciones y Síndromes quirúrgicos (Rasmussen; esclerosis AH; Surge Weber, etc)
- **Eje 4: comorbilidad asociadas**
 - **Eje 5: etiología (estructural malformativa, tumor, genética, infecciosa, metabólica, autoinmune, lesiones perinatales, ACV o trauma).**

Pronóstico.

El pronóstico de la epilepsia luego de la aparición de una primera crisis ha cambiado radicalmente los últimos 30 años ya que ahora se sabe que en la mayoría de los casos las crisis remiten. Se habla de remisión luego de que la persona permanece por 5 años sin crisis. Los factores de riesgo de recurrencia de crisis son (10–12):

Tipo de crisis: Dependiendo de la edad, las crisis focales pueden tener peor pronóstico que las generalizadas.

Etiología: las crisis secundarias a lesión del sistema nervioso central adquirida post natal tienen mayor posibilidad de recurrencia.

Examen neurológico: Cuando el examen neurológico es anormal existen más posibilidades de repetir las crisis.

Electroencefalograma: las anomalías del estudio EEG puede indicar un riesgo importante de recurrencia de crisis.

Presentación sueño/vigilia: Estudios muestran que las crisis durante el estado de sueño pueden apoyar la posibilidad de recurrencia.

Independiente de estos factores, favorece en su respuesta a tratamiento el diagnóstico precoz y por lo tanto el inicio rápido del tratamiento y su continuidad. Es importante mencionar que la gran mayoría de las personas con epilepsia pueden llevar una vida normal si reciben la atención de salud apropiada. La disposición de cuatro antiepilépticos básicos, particularmente a nivel de la Atención Primaria, es una medida crítica, muy efectiva y de bajo costo, si consideramos que la mayoría de los casos logran controlar las crisis mediante esquemas de monoterapia (13).

Una condición de especial relevancia en epilepsia es el embarazo. Es fundamental el manejo óptimo preconcepción, que permita una planificación previa. Se hace énfasis en la importancia de no suspender los fármacos antiepilépticos durante el embarazo, ya que aumenta el riesgo materno-fetal (14–16).

Epidemiología

Aproximadamente, 50 millones de personas en el mundo tienen epilepsia, de las cuales 5 millones viven en la Región de las Américas, de los cuales cerca del 80% pertenecen a países de ingresos bajos o medianos (17). La prevalencia a nivel mundial varía según el perfil de ingresos. Se estima que oscila entre 0,1 a 1%, cifra que aumenta a 0,7-a 1,5% en países de ingresos medianos y bajos (17). Un metaanálisis del año 2017 concluye que la prevalencia de por vida de epilepsia es de 7,6 por 1.000 personas (IC 95% 6,17–9,38) y que la incidencia anual acumulada de epilepsia, que es el número de casos nuevos de epilepsia sobre el número total de personas en la población en riesgo de desarrollar epilepsia durante un año, es de 67,77 por 100.000 personas (IC 95% 56,69-81,03) (1).

La incidencia se distribuye en una curva bimodal, con un pico en la infancia y otro en los adultos mayores (18).

La OMS en su reporte del año 2019 informa que el riesgo de mortalidad prematura es hasta tres veces mayor en personas con epilepsia que en población general, y que estas muertes son prevenibles en su mayoría, dado que están relacionada a caídas, ahogamientos, quemaduras y convulsiones prolongadas (17). Asimismo, la prevalencia de comorbilidades como depresión, ansiedad y fracturas es mayor. A modo de ejemplo, el riesgo de suicidio es entre 2 a 10 veces mayor que la población general (18), sumado a la estigmatización que tiene esta enfermedad, tanto en niños como en adultos (5).

En este contexto, el año 2015 la OMS sugirió a los países miembros revisar y evaluar las acciones relevantes en Epilepsia, desarrollando programas nacionales (2), especialmente en los países de nivel socioeconómico mediano y bajo (19).

Cobertura de atención personas con Epilepsia

La Organización Mundial de la Salud estima que el 70% de las personas con epilepsia pueden vivir sin crisis si se pueden diagnosticar y tratar oportunamente (17). Como política de salud en esta materia, las personas con Epilepsia en el año 2005 obtienen los beneficios de la ley de “Garantías Explícitas en Salud” o Ley GES, bajo los principios básicos de equidad, calidad, acceso, oportunidad y financiamiento para los sectores públicos y privados en salud. Este considera la garantía en la entrega permanente de fármacos antiepilépticos a contar del año 2005, para el grupo de personas con epilepsia no refractaria, que constituyen el 70% del total.

1. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Objetivo General: Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo de las personas con epilepsia.

Tipo de pacientes y escenario clínico: Personas con epilepsia que reciben atención en el nivel primario, secundario y terciario de complejidad en salud, tanto en el sector público y como privado.

Usuarios de la Guía: Todos los profesionales de salud con responsabilidades en la atención de las personas con epilepsia: médicos generales y otros profesionales de atención primaria; médicos y enfermeras de los Servicios de Urgencia; médicos obstetras y matronas de los hospitales o de centros de atención obstétrica; neurólogos de niños y adultos, neurocirujanos, médicos de unidades de tratamiento intensivo, psiquiatras, enfermeras, psicólogos, matronas, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, trabajadores sociales de los hospitales de mediana y de alta complejidad; Técnicos Paramédicos de las Unidades de Neurofisiología y de Unidades de Epilepsia.

2. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un Coordinador Temático de la Guía; Asesores Metodológicos; Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia; y un Panel de Expertos compuesto por clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, en los casos que fue posible, pacientes.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía 2018](#)

Para la actualización de la GPC Epilepsia Adultos, se realizó una revisión de vigencia de recomendaciones claves de la GPC Epilepsia Adulto del año 2014 con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

Tabla N° 1: Recomendaciones vigente al 2019, de la GPC Epilepsia Adulto 2014

1. Se recomienda que el diagnóstico de epilepsia sea esencialmente clínico, en base a una adecuada historia y examen físico.
2. Se recomienda que el electroencefalograma (EEG) se realice sólo para apoyar el diagnóstico de epilepsia, en aquellos casos en los que la historia clínica sugiere que la crisis es de origen epiléptico.
3. Se recomienda el uso de Monitoreo Vídeo EEG (MV-EEG) prolongado, en la evaluación de adultos que presentan dificultades de diagnóstico, después de una evaluación clínica y EEG estándar no concluyente, si persisten las crisis.
4. Se recomienda que el tratamiento farmacológico de la epilepsia se inicie una vez confirmado el diagnóstico y luego de la ocurrencia de 2 o más crisis epilépticas espontáneas, o bien, ante una crisis única inequívoca con riesgo establecido de recurrencia superior al 70%.

5. Se recomienda que niños, adolescentes y adultos sean tratados con un sólo fármaco antiepiléptico (FAE), tanto como sea posible. Si el tratamiento inicial no da resultados, entonces se debe usar otro fármaco también en monoterapia.
6. Se recomienda advertir a los pacientes de los efectos secundarios de los FAE y de la eventualidad de fracaso de la terapia a pesar del tratamiento bien llevado, lo que determinará intentar con un segundo fármaco de segunda línea o fármacos nuevos, en forma gradual.
7. Se recomienda que el tratamiento farmacológico inicial en el status epiléptico sea una benzodiazepina.
8. Se recomienda mantener la lactancia materna en recién nacidos hijos de madres epilépticas que estén en tratamiento con FAEs.
9. Se recomienda la suplementación con ácido fólico preconcepcional y durante embarazo, para reducir el riesgo de malformaciones congénitas mayores en los recién nacidos.
10. Se recomienda que toda persona con epilepsia refractaria a fármacos antiepilépticos, sea referida a un centro de evaluación prequirúrgica.
11. Se recomienda a toda persona con epilepsia refractaria a fármacos antiepilépticos y con posibilidades de mejorar su epilepsia con cirugía resectiva, sea tratada quirúrgicamente.

➤ Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior 2014](#)

Posteriormente se realizó la **Definición y Priorización de las Preguntas para la actualización**. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente actualización se responderían las siguientes preguntas:

- 1.-En personas con estatus epiléptico ¿se debe realizar monitoreo EEG continuo en comparación a no monitorizar?
- 2.-En personas con epilepsia refractaria en evaluación quirúrgica ¿se debe realizar monitoreo video EEG con registro de crisis en comparación a no monitorizar?
- 3.-En personas adultas con epilepsia con sospecha de crisis focales ¿se debe "agregar RM cerebral a TAC" en comparación a "no agregar"?,
- 4.-En adolescentes con epilepsia ¿se debe entregar servicios de policlínico transicional en comparación a la derivación directa a un servicio de neurología de adultos?
- 5.-En personas con epilepsia ¿se debe realizar talleres de educación en la atención primaria respecto al autocuidado y tratamiento de la epilepsia en comparación a no realizar?
- 6.-En personas adultas con epilepsia ¿se debe usar cannabis sativa en comparación a no usar?
- 7.-En personas con epilepsia resistente a dos FAES de primera línea dados en monoterapia ¿se debe iniciar biterapia en comparación a probar un tercer FAE en monoterapia?

- 8.-En mujeres en edad fértil ¿se debe usar ácido valproico en comparación a usar otro FAE?
- 9.-En mujeres con epilepsia tratadas con lamotrigina ¿se debe usar dispositivo intrauterino o vaginal en comparación a usar anticonceptivos hormonales sistémicos?
- 10.- En mujeres con epilepsia tratadas con inductores enzimáticos ¿se debe usar dispositivo intrauterino o vaginal en comparación a usar anticonceptivos hormonales sistémicos?

➤ Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía 2018](#)

Elaboración de recomendaciones

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation” (GRADE). Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

➤ Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

El grupo elaborador formuló las recomendaciones considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de alerta que identifica periódicamente estudios que dan respuesta a las preguntas formuladas.

➤ Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica Epilepsia Adulto 2020](#) completas.

3. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.

Grado de la recomendación

Las recomendaciones están estructuradas en base a una intervención y una comparación, la intervención es por lo general una intervención innovadora, mientras que la comparación es una intervención que está incorporada en la práctica clínica habitual. Las recomendaciones son clasificadas en recomendaciones fuertes y condicionales, a favor o en contra de la intervención.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado.

Esta recomendación puede ser.

Esta recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA DE LOS CASOS, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona. Esta recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia.

Estas recomendaciones estarán indicadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

Certeza de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación.
Baja ⊕⊕○○	Existe incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe poca evidencia o porque esta tiene limitaciones.
Muy baja ⊕○○○	Existe considerable incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe muy poca evidencia o porque esta tiene limitaciones importantes.

El sistema GRADE considera de certeza alta los ensayos controlados aleatorizados y de baja certeza los estudios observacionales. Hay factores que pueden aumentar o disminuir la certeza de la evidencia inicial establecida a partir del diseño de los estudios:

- a) **Los estudios clínicos aleatorizados bajan la certeza de la evidencia**, si existen limitaciones en el diseño y ejecución del estudio; inconsistencia de los resultados; incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa; imprecisión; y sesgo de publicación o notificación.
- b) **Los estudios observacionales pueden subir en certeza de la evidencia**, si existe asociación fuerte; existencia de gradiente dosis-respuesta; y sesgo residual actuando en dirección contraria.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).

4. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente actualización es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Coordinador	Clínico: Andrea Aguirre Sepúlveda. Médico Neurólogo. Hospital Carlos Van Buren. Liga contra la Epilepsia.
	Temático: Lilian Cuadra Olmos. Médico Neurólogo Pediátrico. Departamento de Enfermedades No Transmisibles. División Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
Metodólogos	Coordinadora Metodológica: Patricia Kraemer Gómez. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
	Apoyo: Eduardo Quiñelen Rojas. Kinesiólogo y Paula Nahuelhual Caren. Kinesiólogo. Departamento ETESA y Salud Basada en Evidencia. Departamento de Planificación Sanitaria. División de Planificación Sanitaria. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
	Asesor: Ignacio Neumann Burotto. GRADE Working Group. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

Panel de expertos

Alejandro de Marinis Palombo	Médico Neurólogo de Adultos. Liga Chilena de la Epilepsia, Clínica Alemana de Santiago.
Carolina Flores Jeldres	Enfermera Clínica. Liga Chilena contra la Epilepsia.
Fernando Javier Molt Cancino	Médico Neurólogo de Adultos. Hospital San Pablo de Coquimbo. Universidad Católica del Norte.
Irving Santos Carquín	Médico Neurólogo de Adultos. Asesor Departamento de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Hospital de Urgencia Asistencia Pública y Hospital Clínico San Borja-Arriaran.
Javiera Chirino Calderón	Estudiante. Centro Laboral Jampiart.
Mónica Rosas Kinzel	Médico Neurólogo de Adultos. Hospital Base de Puerto Montt. Clínica de Puerto Varas.
Reinaldo Uribe San Martín	Médico Neurólogo de Adultos. Asesor Departamento de Enfermedades no Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud. Universidad Católica. Hospital Sótero del Río.

Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia

Epistemonikos Foundation¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones.
Centro de evidencia UC¹	Gabriel Rada Giacaman; Rocío Bravo Jeria; Luis Ortiz Muñoz; María Francisca Verdugo Paiva, y Macarena Morel Marambio. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones.
Eduardo Quiñelén Rojas²	Valores y preferencias de los pacientes.
Lucy Kuhn Barrientos³	Evaluaciones económicas en salud.
Wanda Alegría Mora⁴	Costos en Chile de las intervenciones.

¹ La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

³ Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

⁴ Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Diseño, edición, desarrollo y mantención plataforma web

Miguel Contreras Torrejón	Ingeniero Informático. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
----------------------------------	--

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Luego de analizar las declaraciones de los participantes, el equipo elaborador decidió no limitar la participación de estos colaboradores.

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Fiest KM, Sauro KM, Wiebe S, Patten SB, Kwon CS, Dykeman J, et al. Prevalence and incidence of epilepsy. Vol. 88, *Neurology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2017. p. 296–303.
2. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Programa de Epilepsia en Chile. 2016.
3. Definición de epilepsia 2014 // Liga internacional contra la epilepsia.
4. Dr. Jean Aicardi, M.D. F, Dr. Marc A Dichter, M.D. PD, Dr. Jerome Engel, Jr, M.D. PD, Dr. Timothy A Pedley MD, Dr. Emilio Perucca, M.D., Ph.D. F, Dr. Michael R Trimble MD. *Epilepsy: A Comprehensive Textbook*. Jerome Engel, Timothy A. Pedley, Jean Aicardi, editors. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 1997.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Epilepsia Informe del Director General Consejo Ejecutivo EB146/12 [Internet]. [cited 2020 Feb 6]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-10-s.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Epilepsia. 2015;
7. Fisher RS, Cross JH, D'Souza C, French JA, Haut SR, Higurashi N, et al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia*. 2017 Apr;58(4):531–42.
8. 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 Apr;58(4):512–21.
9. (No Title).
10. Sander JWAS. Some Aspects of Prognosis in the Epilepsies: A Review. *Epilepsia*. 1993;34(6):1007–16.
11. Shinnar S, Berg AT, Moshe SL, Petix M, Maytal J, Kang H, et al. Risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure in childhood: a prospective study. *Pediatrics*. 1990;85(6):1076–85.
12. Annegers JF, Shirts SB, Hauser WA, Kurland LT. Risk of Recurrence After an Initial Unprovoked Seizure. *Epilepsia* [Internet]. 1986 [cited 2020 Feb 24];27(1):43–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3081336>
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental | Epilepsia y Otros Trastornos Neurológicos.
14. Tomson T, Battino D, Bromley R, Kochen S, Meador K, Pennell P, et al. Management of epilepsy in pregnancy: a report from the International League Against Epilepsy Task Force on Women and Pregnancy. *Epileptic Disord*. 2019 Dec 1;21(6):497–517.
15. Engel J, McDermott MP, Wiebe S, Langfitt JT, Stern JM, Dewar S, et al. Early surgical therapy for drug-resistant temporal lobe epilepsy: A randomized trial. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2012 Feb 29;307(9):922–30.
16. Barba C, Cross JH, Braun K, Cossu M, Klotz KA, De Masi S, et al. Trends in pediatric epilepsy surgery in Europe between 2008 and 2015: Country-, center-, and age-specific variation. *Epilepsia*. 2019 Dec 26;
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Epilepsia [Internet]. [cited 2020 Feb 6]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
18. Monteiro GC, Aroca ILZ, Margarit BP, Herán IS. Epilepsy. *Med*. 2019 Feb 1;12(72):4222–31.
19. Covanis A, Guekht A, Li S, Secco M, Shakir R, Perucca E. From global campaign to global commitment: The World Health Assembly's Resolution on epilepsy. 2015;1–7.