

Guías clínicas del Programa Prioritario de Epilepsia del Sector Salud, México

Juan C. Reséndiz-Aparicio*

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y PPE, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez. Ciudad de México, México



El Programa Prioritario de Epilepsia (PPE) del sector salud fue creado con base en el acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación del 24 de octubre de 1984. Este programa ha trabajado de manera ininterrumpida para normar, coordinar, sistematizar y optimizar las estrategias a favor del paciente que padece epilepsia, sus familias y la sociedad. Actualmente cuenta con 78 centros de atención integral para la epilepsia en todo el país, ubicados en instituciones hospitalarias de todo el sector salud.

La sede de la coordinación nacional se encuentra en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suarez, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), en la Ciudad de México, desde donde se planean las acciones necesarias para esta labor. La coordinación nacional, desde la oficina del Instituto, está a cargo de su creador y fundador, el Dr. Francisco Rubio Donnadiou, y de un servidor.

La realización de estas primeras Guías Clínicas (GC) ha sido un trabajo laborioso, pero que se ha podido concluir gracias al trabajo de todos los coordinadores del PPE, quienes son neurólogos y neurólogos pediatras certificados por el Consejo Mexicano de Neurología y trabajan en alguna institución del sector salud en nuestro país. Para la elaboración tuvimos dos reuniones presenciales, la primera en la ciudad de León y la segunda en la ciudad de Puebla, creando mesas de trabajo, una para cada GC, reuniones que logramos gracias al apoyo del gobierno federal y de aportaciones de laboratorios farmacéuticos que ayudan cada año en la capacitación de los médicos de primer contacto. Estas GC están diseñadas para ayudar al médico de primer contacto y al especialista a tomar decisiones adecuadas en el abordaje de pacientes que padecen epilepsia en diferentes grupos de

Correspondencia:

*Juan Carlos Reséndiz-Aparicio

E-mail: jc_doc@yahoo.com

1665-5044/© 2019. Academia Mexicana de Neurología A.C. Publicado por Permanyer México. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 01-02-2019

Fecha de aceptación: 28-02-2019

DOI: 10.24875/RMN.M19000051

Disponible en internet: 09-08-2019

Rev Mex Neuroci. 2019;20(2):1-6

www.revexneurociencia.com

edad y sexo. Han sido probadas en la experiencia de todos sus autores se han seguido los lineamientos para una buena búsqueda de información científica actualizada, utilizando para analizar el nivel de evidencia y recomendación de los criterios de la Sociedad

Americana de Epilepsia del 2016, incluyendo el beneficio a los pacientes. Para evaluar la calidad de la GC dos expertos, que fueron los coordinadores de cada mesa de trabajo, aplicaron la versión al español de 2001 del instrumento AGREE.

Sociedad Americana de Epilepsia 2016

Clasificación de artículos: evidencias

Clase I. Estudios clínicos prospectivos, aleatorizados y controlados con evaluación enmascarada del resultado final en una población representativa. Los siguientes también son requeridos:

- a. No más de dos resultados primarios especificados.
- b. Asignación encubierta.
- c. Criterios de inclusión y exclusión bien definidos.
- d. Características de base relevantes y sustancialmente equivalentes entre los grupos, o con ajuste estadístico apropiado para las diferencias.
- e. Apropiado número de sujetos que se retiraron del estudio, lo suficientemente bajo como para generar factores de sesgo (estudio completado con al menos el 80% de los sujetos enrolados).
- f. Demostración de superioridad en un diseño de estudios de superioridad o demostración de no inferioridad con un margen del 10% en un diseño de no inferioridad.

Clase II. Estudio clínico prospectivo, aleatorizado y controlado con evaluación enmascarada del resultado final al cual le faltan uno o dos criterios de la clase I a-e, o un estudio de cohorte prospectivo con un grupo adecuado en una población representativa con una evaluación del resultado final enmascarado que cumpla criterios de a-e.

Clase III. Todos los demás estudios controlados en una población representativa, cuyo resultado fue evaluado independientemente mediante medidas objetivas de resultado final.

Clase IV. Evidencia proveniente de estudios no controlados, serie de casos, reporte de casos u opinión de expertos.

Evidencia a la recomendación

Nivel A

Uno o más estudios clase I o dos o más estudios clase II

Nivel B

Uno o más estudios clase II o tres o más estudios clase III

Nivel C

Dos o más estudios de clase III

Nivel U

Ausencia de estudios que completen nivel A, B o C

Nivel R-PPE

Conclusión y recomendación

Conclusión, nivel A:

Es efectivo, infectivo o dañino para una condición particular en una población específica

Recomendación: Se debe hacer o no se debe hacer

Conclusión, nivel B:

Es probablemente efectivo, infectivo o dañino para una condición particular en una población específica

Recomendación: Se debe considerar o no se debe

Conclusión, nivel C:

Es probablemente efectivo, infectivo o dañino para una condición particular en una población específica

Recomendación: Se pudiera considerar o no se debe considerar

Conclusión, nivel U:

Datos insuficientes o inadecuados. Dado el conocimiento actual, el tratamiento no ha sido probado

Recomendación: No se debe realizar

Conclusión, nivel R-PPE:

No evidencia A, B o C, pero es recomendación de Consenso del grupo que elaboró la GC del PPE

Debido a los avances en el conocimiento de la epilepsia, el grupo del PPE pretende actualizar la GC cada cinco años.

Estas GC constituyen una serie de recomendaciones realizadas por un grupo de médicos que tienen un interés especial en el campo de la epilepsia y que trabajan en diversas instituciones del sector salud, aunque sabemos que su aplicabilidad depende de muchos factores. Es importante establecer que en estas GC no existe ningún conflicto de interés, ya que son editorialmente independientes a cualquier financiamiento.

Quiero agradecer el apoyo y la hospitalidad a las autoridades del INNN para realizar la coordinación del Programa; a la Academia Mexicana de Neurología por la publicación en esta revista; a la Sociedad Mexicana de Neurología Pediátrica, que apoyó en el proceso de traducción al inglés de las GC; a las autoridades del Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México, quienes me han permitido desde hace más de veinte años trabajar como vocal ejecutivo adjunto del PPE y, sobre todo, a los coordinadores del Programa que trabajaron en este proyecto, para todos ellos y sus familias, a quienes va dedicado este trabajo, mi más amplio reconocimiento.

En todas las GC del PPE, las abreviaturas que utilizamos, son las mismas que se encuentran publicadas en el Libro de Epilepsia de Rubio, Reséndiz, Alonso y Senties, por editorial Alfil 2016. ISBN 978-607-741-168-0 de las páginas IX, X y XI.

Glosario y abreviaturas

Canalopatías

CACNA1A
CN: canal
R: receptor
N: nicotínico
CA: calcio
CH: acetilcolina
CHRNA4
CHRNA2
GABA: ácido gamma-aminobutírico
GABRG2
GL: glicina
GLRA1
K: potasio
KCNA1
KCNQ2
KCNQ3
NA: sodio
SCN1B

SCN2A
SCN4A
Subunidad (A: α ; B: β ; Q: M; G: γ)

Crisis

CE: crisis epiléptica
CF: crisis focales
CFCAC: crisis focal con alteración de conciencia
CFE: crisis febriles
CFEBTC: crisis focales que evolucionan a bilateral tónico tónico-clónica
CFSAC: crisis focales sin alteración de la conciencia (o desconexión del medio)
CG: crisis generalizadas
CTCG: crisis tónico-clónicas generalizadas
SE: *status epilepticus* (estado epiléptico)

Electrólitos y neurotransmisores

AMPA: ácido alfa-amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxal propiónico
Ca⁺⁺: calcio
Cl⁻: cloro
GABA: ácido gamma-amino butírico
K⁺: potasio
Mg⁺⁺: magnesio
Na⁺: sodio
NMDA: *N*-metil-d-aspartato

Estructuras neurológicas

BHE: barrera hematoencefálica
LCR: líquido cefalorraquídeo
SNC: sistema nervioso central

Estudio de gabinete

ECoG: electrocorticograma
EEG: electroencefalograma
EKG: electrocardiograma
IRM: imagen por resonancia magnética
IRMf: imagen por resonancia magnética funcional
MEG: magnetoencefalograma
PET: tomografía por emisión de positrones
PL: punción lumbar
PSG: polisomnograma
SPECT: tomografía computarizada de fotón único
TC: tomografía computarizada
Vídeo-EEG: vídeo-electroencefalograma

Genética

AD: autosómico dominante
AR: autosómico recesivo
DNA: ácido desoxirribonucleico
p: brazo corto de un cromosoma
q: brazo largo de un cromosoma
RN: recién nacido
RNA: ácido ribonucleico

Organizaciones

AAN: *American Academy of Neurology* (Academia Americana de Neurología)
AAP: Academia Americana de Pediatría
CAIE: Centros de Atención Integral para la Epilepsia
FDA: *Food and Drug Administration*
GPC-PPE: Guía de Práctica Clínica del Programa Prioritario de Epilepsia
IBE: Bureau Internacional de la Epilepsia
ILAE: *International League Against Epilepsy* (Liga Internacional contra la Epilepsia)
INNN: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PPE: Programa Prioritario de Epilepsia
SAdE: Sociedad Andaluza de Epilepsia
SAE: Sociedad Americana de Epilepsia

Otras patologías neurológicas

EVC: enfermedad vascular cerebral
TCE: traumatismo craneoencefálico

Rutas de administración

i.m.: intramuscular
i.v.: intravenosa
v.o.: vía oral
s/c: subcutánea
s/l: sublingual

Síndromes y tipos especiales de epilepsia

BECTS: epilepsia benigna con puntas centrotemporales (epilepsia rolándica)
EDC: epilepsia de difícil control
EGI: epilepsia generalizada idiopática
EMJ: epilepsia mioclónica juvenil
EMT: esclerosis mesial temporal

EMP: epilepsia mioclónica progresiva
SLG: síndrome de Lennox-Gastaut

Miscelánea

BZD: benzodicepinas
FAE: fármaco antiepiléptico

Fármacos antiepilépticos

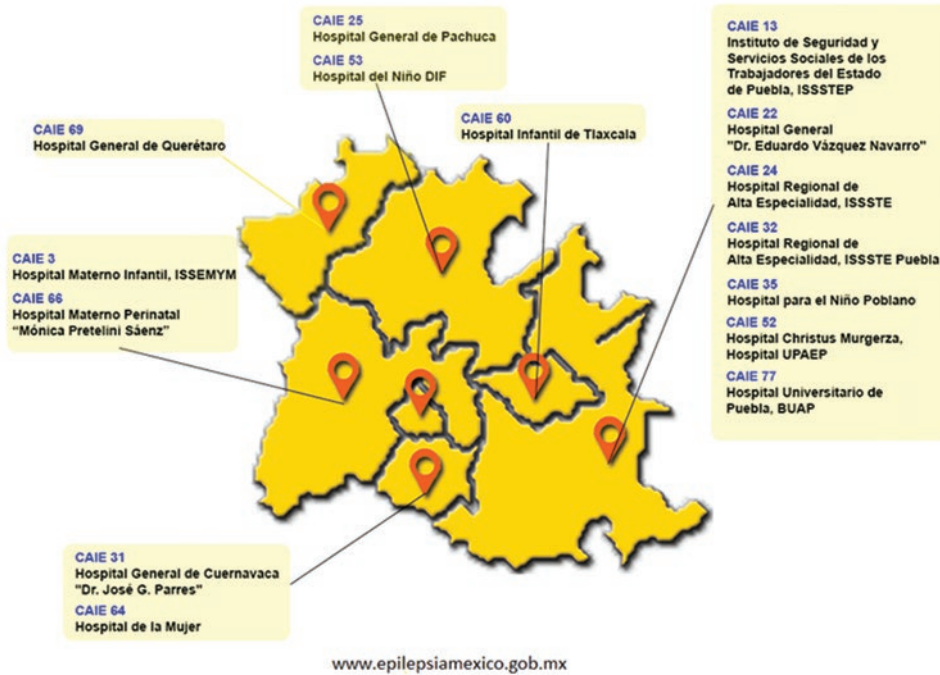
ACTH Hormona adrenocorticotrópica
ACZ Acetazolamida
ATM Atipamezol
BRV Brivaracetam
CBT Carabersat (SB-204269)
CBZ Carbamazepina
CLB Clobazam
CLP Cloracepato
CZP Clonazepam
DZP Diazepam
EsliCBZ Eslicarbazepina (BIA 2-093)
ESM Etosuximida
FBM Felbamato
FI-FBM Fluorofelbamato
FLN Flunarizina
GBP Gabapentina
HRK Harkoserida
HUP Huperzina A
IVR Isovalroceida
LCM Lacosamida
LEV Levetiracetam
LiCBZ Licarbazepina
LSG Losigamona
LTG Lamotrigina
LZP Lorazepam
MDL Midazolam
MPB Mefobarbital
MPH Metilfenidato
MSM Metsuximida
NE Ácido 4-amino-3-hidroxi-butírico
NE Barbexaclona
NE Beclamida
NE Fosfenitoína
NE Trimetadiona
NTZ Nitrazepam
OXC Oxcarbamazepina
PAC Fenacemida
PB Fenobarbital
PGB Pregabalina
PHT Fenitoína
PID Propolisopropilacetamida

PRM	Primidona	VLT	Valonoctamida
PRO	Progabina	VPA	Valproato
PSM	Fensuximida	VPD	Valpromido
PTR	Feneturida	VPG	Valproilglicinamida
REM	Remacemida	ZNS	Zonisamida
RET	Retigabina (D-23129)	NA	Ganaxolona
RLT	Ralitolina (CI -946)	Carisbamato	(RWJ-333369)
RUF	Rufinamida (SGP33101)	Perampanel	
SFM	Safinamida (PNU-151774E)	ELB-139	
STL	Soretolida (D-2916)	JZP-4	
STM	Seletracetam (ucb 44212)	NS-1209	
STM	Sultiame	CGX-1007	
STP	Estiripentol	SPD-421	
TBT	Tonabersat (SB-220453)	ICA27243	
TGB	Tiagabina	T2000	
TLP	Talampanel (GYKI 53773)	XP-13512*	
TPM	Topiramato	YKP3089	
VCD	Valracemato	NE: no establecida	
VGB	Vigabatrina	NA: no aplicable	
VLR	Valrocemida (TV1901)		

Centros de atención integral para epilepsia CAIE en México

Fuente: Programa Prioritario de Epilepsia (PPE) del Sector Salud [Internet]. [Fecha de última actualización: 17/04/2019]. Disponible en: www.epilepsiamexico.gob.mx





Finalmente, un agradecimiento a Jetzabel Fragoso y al Dr. Francisco López, por su apoyo en todas las actividades del PPE.

Dr. Juan Carlos Reséndiz Aparicio
Vocal Ejecutivo Adjunto