

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

**LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL
PACIENTE CON EPILEPSIA EN EL ISSS.**

**Primera edición
Abril 2022**

Presentación



El Instituto Salvadoreño del Seguro Social en su Política de “Adoptar el sistema de calidad que garantice la atención en salud y prestaciones económicas integrales a los derechohabientes”, ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación del Departamento de Normalización, según acuerdo Según Acuerdo CD#2019-2232.OCT.- Contenida en acta N° 3874 dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos de salud del ISSS.

En este sentido el **“Lineamiento para la atención del paciente con epilepsia en el ISSS”**, será el documento normativo que tendrá como objetivo establecer la ruta de atención al paciente con epilepsia en el ISSS, definir los criterios de estratificación para la referencia, retorno e interconsulta, enunciar los criterios de selección de pacientes epilepticos para realizarles cirugía y describir la conformación y funciones del comité de epilepsia; por lo que el presente documento constituirá una herramienta valiosa con la que contarán los centros de atención.



Dra. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero
Directora General del ISSS



Equipo regulatorio

Nombre	Procedencia
Dr. José Adán Martínez Alvarenga	Jefe División Regulación, Normalización y Vigilancia
Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala	Jefe Departamento de Normalización
Dra. Ingrid Lissette Hugentobler Guardado	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Normalización
Dra. Mery Jeannette Cardoza de Parada	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Normalización
Dr. Guillermo Alfredo García López	Colaborador Técnico en Salud II Departamento de Normalización

Profesionales que elaboraron el documento

Nombre	Procedencia
Dr. Ovidio Valmore Solano Cabrera	Especialista en Medicina Interna, Neurología y Epilepsia, Consultorio de especialidades
Dra. Wendy S. Sánchez Barrera	Especialista en Medicina Interna, Neurología y Epilepsia, Consultorio de Especialidades
Dra. Sara Mabel Flores Martínez	Especialista en Medicina Interna, Neurología y Neurofisiología Hospital Policlínico Arce
Dr. Ronald Cristian Najarro Zaldaña	Especialista en Cirugía General y Neurocirugía, Hospital General

Autoridades y profesionales que revisaron el documento

Nombre	Procedencia
Dr. Elí Abraham Rosales Chávez	Coordinador Institucional de Especialidad Médica (Cirugía)
Dra. Maria Eugenia Machon Lungo	Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Programación en Salud
Dr. Wilfredo Quezada Delgado	Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud
Dra. Claudia María Suárez Ramírez	Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Monitoreo y Gestión de Redes Integrales e Integradas de Salud
Dra. Romy Magdalena Castro de Escobar	Jefe de Servicio de Neurología, Hospital Policlínico Arce
Dr. Ovidio Valmore Solano Cabrera	Médico Especialista en Medicina Interna, Neurología y Epilepsia, Consultorio de Especialidades
Dra. Wendy S. Sánchez Barrera	Médico Especialista en Medicina Interna, Neurología y Epilepsia, Consultorio de Especialidades
Dra. Sara Mabel Flores Martínez	Médico Especialista en Medicina Interna, Neurología y Neurofisiología Hospital Policlínico Arce
Dr. Ronald Cristian Najarro Zaldaña	Médico Especialista en Cirugía General y Neurocirugía, Hospital General
Dr. Carlos Enrique López Paz	Médico Especialista en Medicina Interna, Neurología, Hospital General
Dr. Ricardo López Contreras	Médico Especialista en Medicina Interna, Neurología, Hospital Policlínico Arce
Dr. Ernesto Cornejo Valse	Médico Especialista en Medicina Interna, Neurología, Hospital Policlínico Arce
Dr. José Roberto Corvera Urquilla	Jefe de Radiología, Consultorio de Especialidades
Dr. Mario Ernesto Flores Pineda	Médico Especialista en Psiquiatría, Hospital Policlínico Arce
Dra. Michelle Carolina Soto Maravilla	Médico Especialista en Psiquiatría, Hospital Policlínico Arce
Lic. Lidia Lisette Arévalo Bonilla	Psicóloga Especialista en Neuropsicología, Hospital Policlínico Arce

Autoridades y profesionales que validaron el documento

Nombre	Procedencia
Dra. Adriana G. Urbina Pineda	Coordinador Institucional de Especialidad Médica (Medicina Interna)
Dr. Victor Manuel Campos Madrid	Coordinador Institucional de Especialidad Médica (Medicina Familiar y General)
Dra. Irma Yolanda Rivas Rios	Coordinadora Institucional de Anestesiología
Lic. Maria Elena Jovel de Henriquez	Jefa Departamento de Enfermería
Lic. Silvia C. Oviedo Hernandez	Coordinadora Institucional de Servicios de Salud. Trabajo Social
Dr. Giovani José Pérez	Jefe de Enseñanza Cirugía
Dr. Guillermo N. Araya Flores	Jefe Departamento Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud
Dr. Wilfredo Quezada Delgado	Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Evaluación de la Provisión de los Servicios de Salud
Dra. María Eugenia Machón Lungo	Colaborador Técnico en Salud II. Departamento de Programación en Salud
Dr. Francisco Antonio Araniva García	Jefe Departamento Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Policlínico Arce / Coordinador Institucional de Especialidad Médica (Psiquiatría)
Dr. Fernando Alfonso Cabrera España	Director Consultorio Especialidades
Dra. Priscila L. Torres de Chavez	Subdirectora Consultorio Especialidades
Dr. Hector Adolfo Henríquez Meléndez	Jefe Departamento de Medicina Interna, Hospital General
Licda. Silvia B. Siguenza de Gil	Administradora Hospital General
Dr. Alejandro E. Bernal Santamaría	Director de Unidad Médica Apopa
Dr. Guillermo Vaquerano	Médico Internista de Unidad Médica Santa Tecla

Dra. Sandra Yaneth de Perdomo	Médico General de Unidad Médica Ilopango
Dra. Ana Elizabeth Villacorta	Médico General de Clínica Comunal Costa Rica

Contenido.

A. Lex artis	8
B. Marco legal	10
C. Introducción	13
D. Objetivos.....	14
E. Campo de aplicación	14
I. Contenido técnico	14
II. Disposiciones generales	16
III. Criterios para la estratificación y clasificación del paciente con diagnóstico de epilepsia y ruta de derivación.....	16
IV. Criterios de selección de pacientes con diagnóstico de epilepsia candidatos a cirugía y pasos para la realización	19
V. Conformación y Funciones del Comité de Epilepsia	22
VI. Responsabilidades y funciones	23
VII. Indicadores	26
VIII. Observancia.....	26
IX. Disposiciones generales	26
X. Vigencia del lineamiento	27
XI. Oficialización	27
XII. Bibliografía	28
XIII. Anexos.....	29
Anexo 1. Diagrama de derivación del paciente con epilepsia.	29
Anexo 2. Hoja de control perioperatorio de Cirugía de Epilepsia.....	32
Anexo 3. Efectos adversos de los medicamentos antiepilépticos.....	34

A. Lex artis

El conocimiento humano es un recurso que se encuentra en cambio permanente, crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo, en definitiva, cambia y configura la lex artis escrita, cuya aplicación robustece el juicio técnico y se materializa en el ejercicio de medios que traen implícitos el proceso de prestación de servicios de salud.

Los documentos regulatorios buscan elaborar y presentar un escrito de valor práctico por medio del concurso de los profesionales, directa o indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándar que permita proveer a los derechohabientes una atención de calidad homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales y técnicos que laboran en el ISSS.

El proceso de elaboración y revisión (actualización) de los documentos normativos implica revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes actualizadas y validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales, teniendo como prioridad la vida y la salud de los derechohabientes.

Las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo en los centros de atención es otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia, no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades, sino personas.

Es por eso que, bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales.

Siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicará todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de los derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la Institución, así como, todos los medios académicos y laborales de que disponen los profesionales de la salud que prestan la atención directa, quienes forman parte de la cadena de actores que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.

Debemos estar conscientes de que no hay escrito regulatorio que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir, y un caso particular –como lo son todos y cada uno- siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros, actuar de forma coherente con nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud de los derechohabientes; entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y responsabilidad de justificar y registrar por todos los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

El paso del tiempo trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea

probada y validada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucional, de acuerdo a la evidencia; pero mientras eso ocurre, todos los profesionales de la salud están en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que a criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por la Institución.

B. Marco legal

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE EL SALVADOR
TÍTULO I
CAPÍTULO ÚNICO
LA PERSONA HUMANA Y LOS FINES DEL ESTADO

Art. 1. El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común.
Asimismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción.
En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

SECCIÓN CUARTA
SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Art. 65. La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.
El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO. 2014
ISSS
CAPITULO PRELIMINAR REGLAMENTO DE NORMAS TECNICAS DE CONTROL
INTERNO ESPECÍFICAS

Definición del Sistema de Control Interno

Art. 2. El Sistema de Control Interno, es el conjunto de procesos concatenados, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa y operativa, realizados por los funcionarios y empleados del Instituto, diseñados para reducir los riesgos internos y externos que pudieran afectar los resultados.

Objetivos del Sistema de Control Interno

Art. 3. El sistema de Control Interno pretende garantizar al Instituto seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos:

Objetivos de Gestión: Están relacionados con la eficiencia, efectividad, eficacia, transparencia y economía de los siguientes objetivos institucionales.

Objetivos Relacionados con la Información: Orientados al fortalecimiento de la confiabilidad, oportunidad de la información interna y externa, como mecanismo de rendición de cuentas y transparencia institucional: y

Objetivos Relacionados con el Cumplimiento de Leyes, Reglamentos, Disposiciones Administrativas, y Otras Regulaciones Aplicables: Están relacionadas con el cumplimiento de la Normativa Legal y Técnica aplicable a la gestión del Instituto, por parte de sus empleados.

CAPITULO 3. NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL

Documentación, Actualización y Divulgación de Políticas y Procedimientos.

Art. 42. Los Centros de Atención, Unidades y Divisiones del área administrativa del ISSS se registrarán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos respectivamente además de toda la normativa legal vigente aplicable al correspondiente Centro de Atención, los cuales deberán ser actualizados periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios. El Departamento responsable de la Administración de la Normativa Institucional, deberá revisar de forma periódica, la vigencia de dichos documentos o a solicitud del Usuario responsable de su aplicación, a fin de verificar si existen cambios no reportados y efectuar de manera conjunta la actualización correspondiente.

Art. 43. Los centros de Atención, Subdirecciones, Unidades, Divisiones, Departamentos y demás dependencias del Instituto, deberán desarrollar sus actividades con base en las funciones y procedimientos establecidos en los Manuales de Organización, Manuales de Normas y Procedimientos y otras normas o regulaciones aplicables a cada Dependencia.

Art. 44. Será responsabilidad de cada Jefatura, solicitar al Área correspondiente, cada vez que sea necesaria, la mejora de los procesos; así como también, la actualización de sus documentos normativos relacionados vigentes.

Art. 45. El personal que ejecute los procedimientos, será responsable de informar a la Jefatura inmediata, las inconsistencias en los procesos y/o en los sistemas de información, a fin de que se apliquen las medidas correctivas o preventivas necesarias.

LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DERECHOS DE LOS PACIENTES

Art. 24. Derecho a medicamentos y otros.

Los pacientes en el ámbito público y los pacientes del ISSS, tienen derecho a medicamentos del listado oficial de medicamentos, insumos médicos, y exámenes de laboratorio y gabinete, indicados por el facultativo, de acuerdo al nivel de atención, basados en las normas y protocolos de atención de cada institución.

DEBERES DE LOS PACIENTES

Art. 27. Deberes de los pacientes.

Todo paciente o representante legal que solicite o reciba un servicio de salud ambulatorio u hospitalario, para su adecuado diagnóstico y tratamiento, tendrá los siguientes deberes:

- a) Proporcionar información veraz y completa de sus datos personales, de sus antecedentes personales y familiares, y del motivo de su consulta u hospitalización.
- b) Cumplir las indicaciones y prescripciones que les brinde el personal de salud y someterse a las medidas que se le indiquen, cuando su estado pueda constituir perjuicio a la salud pública.
- c) Cuidar las instalaciones, equipo y mobiliario en que son atendidos al igual que sus familiares y visitas, así como colaborar con el mantenimiento, orden e higiene de las mismas.
- d) Hacer uso adecuado y racional de las prestaciones farmacéuticas e incapacidad laboral.
- e) Dejar constancia por escrito cuando se rehúse a seguir las prescripciones médicas y los métodos de tratamiento del prestador de servicios de salud, o cuando cause alta voluntaria.

Art. 28. Deber de cumplir prescripciones médicas.

Todo paciente, familiares o representante legal deberá asumir y cumplir con las prescripciones generales y específicas emanadas del prestador de servicios de salud, a fin de cumplir su tratamiento y restablecer su estado de salud; esto incluye aceptar el alta médica hospitalaria cuando haya finalizado su proceso asistencial.

C. Introducción

La Epilepsia afecta hasta el 1% de la población mundial y según la OMS es uno de los trastornos neurológicos más comunes a nivel mundial, estimándose que afecta a 50 millones de personas, de las cuales 5 millones viven en las Américas. Se calcula que en América Latina y el Caribe existe una brecha de tratamiento superior al 50%, lo que significa que más de la mitad de las personas con Epilepsia no están recibiendo ningún tipo de tratamiento en servicios de salud, ya sean de Atención Primaria en Salud (APS) o especializados.

El pronóstico de la Epilepsia depende, en gran medida, del diagnóstico temprano e inicio rápido del tratamiento y su continuidad; pues resulta alentador saber que la gran mayoría de las personas con Epilepsia pueden llevar una vida normal si reciben la atención apropiada. Es importante destacar que la simple dotación de los cuatro fármacos antiepilépticos básicos particularmente a nivel de la atención primaria en salud es una medida crucial; muy efectiva y de bajo costo, si consideramos que la mayoría de los casos logran controlar las crisis bajo esquemas de monoterapia con estos medicamentos.

Sin embargo, uno de los desafíos clave en la provisión de servicios a las personas con esta enfermedad son los problemas en la identificación, manejo y seguimiento de los casos en el nivel primario de atención. A esto se adiciona el hecho que en la mayoría de los países de América Latina el nivel secundario o especializado es a veces inexistente o está altamente concentrado en los centros urbanos.

Aunado a esta problemática antes descrita, según las estadísticas internacionales, existe de un 30 % a 40% de la población con diagnóstico de Epilepsia que no podrán ser controlados fácilmente y serán catalogados como fármaco resistentes, los cuales, necesitarán de una exploración más profunda y beneficiarse de tratamientos más especializados como la Cirugía de Epilepsia, por lo que estos pacientes deberían ser manejados idealmente en estructuras de alta complejidad para el diagnóstico y tratamiento de la Epilepsia.

En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) las consultas por los códigos CIE-10 G40 Epilepsia y G41 Estado de mal epiléptico durante los últimos 5 años fueron un total de 29,736, siendo en detalle en el año 2017 - 7,669 consultas, en 2018 - 6,793 consultas, en 2019 - 5,624 consultas, en 2020 - 2,519 consultas y en 2021 - 7,131 consultas. Datos proporcionados por el Departamento de Actuario y Estadística / Perfil Morbodemográfico de la Consulta Externa Médica.

En el ISSS y en el Consultorio de Especialidades, la epilepsia es la primera causa de consulta neurológica, por ello el Instituto ha decidido implementar un *Plan de Atención Integral al Paciente con Epilepsia y Cirugía de Epilepsia*, para lo cual ha sido necesaria una estrecha colaboración entre el personal de atención en el Consultorio de Especialidades y los diferentes niveles de atención del ISSS.

En este sentido el "Lineamiento para la atención del paciente con epilepsia en el ISSS", establece la ruta de atención al paciente con epilepsia en el ISSS, los criterios de estratificación para la referencia, retorno e interconsulta, criterios de selección para cirugía, conformación y funciones del comité de epilepsia.

Los criterios de estratificación y clasificación del paciente con diagnóstico de epilepsia se establecen en los "Criterios y requisitos de referencia, retorno e interconsulta según estratificación de riesgo de las especialidades y subespecialidades del ISSS, lo que conlleva una atención oportuna al paciente según su grado de complejidad.

D. Objetivos

General:

Establecer los lineamientos para la atención del paciente con epilepsia según grado de complejidad en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Específicos:

1. Establecer la ruta de atención al paciente con epilepsia en el ISSS.
2. Establecer los criterios para la estratificación de pacientes con diagnóstico de epilepsia.
3. Definir los criterios para la referencia, retorno e interconsulta de las personas con epilepsia.
4. Enunciar los criterios para la selección de pacientes con diagnóstico de epilepsia candidatos a cirugía.
5. Describir la conformación y funciones del comité de epilepsia.
6. Definir los indicadores de monitoreo y evaluación.

E. Campo de aplicación

El presente documento normativo será de cumplimiento obligatorio para el personal administrativo, personal técnico y de servicios de apoyo en los centros de atención del ISSS donde se atiende a pacientes con epilepsia.

I. Contenido técnico

Definiciones

Definición práctica de epilepsia.¹

La epilepsia es una enfermedad cerebral que se define por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a. Al menos 2 crisis no provocadas o reflejas, con más de 24 horas de separación.
- b. Una crisis no provocada o refleja y una probabilidad de presentar nuevas crisis durante los 10 años siguientes, similares al riesgo general de recurrencia (al menos 60%), tras la aparición de dos crisis provocadas.
- c. Diagnóstico de un síndrome de epilepsia.

Se considera que la epilepsia está en remisión en las personas con un síndrome epiléptico dependiente de la edad, que han superado la edad correspondiente o en aquellos que se han mantenido sin crisis durante los 10 últimos años y que no han tomado medicación antiepiléptica, durante al menos los 5 últimos años.

Crisis de epilepsia.^{2 y 3}

Es la aparición transitoria de signos y síntomas debido a una actividad neuronal excesiva y sincrónica en la corteza cerebral. Más específicamente es una manifestación neurológica paroxística (sensorial, motora, cognitiva, vegetativa o compartamental), causada por una actividad neuronal cortical anormal y excesiva (hiperexcitable e hipersincrónica), súbita y transitoria de un grupo de neuronas del sistema nervioso central (SNC).

Crisis epilépticas provocadas o sintomáticas.^{2 y 3}

Son las crisis que se presentan en estrecha relación temporal con alguna lesión aguda del sistema nervioso central y pueden ser de origen metabólico, tóxico, estructural, infeccioso o inflamatorio.

Crisis epilépticas no provocadas.^{2 y 3}

Son las crisis epilépticas en las cuales no existe una estrecha relación temporal con alguna lesión aguda del sistema nervioso central.

Epilepsia farmacoresistente.⁴

Es la epilepsia en la que existe falla a dos regímenes terapéuticos (apropiados y bien tolerados), ya sea como monoterapia o en combinación para lograr la libertad de crisis sostenida (al menos una crisis en el último año).

Libertad de crisis.⁴

Se define como un período de al menos 12 meses sin crisis, como mínimo ó 3 veces más largo que el período más largo sin crisis, antes de la intervención (determinado con base en la frecuencia de la aparición de crisis epilépticas en los 12 meses anteriores).

*Definiciones vigentes a la fecha de formulación del documento, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud en los Lineamientos técnicos para la atención integral a la persona con epilepsia y crisis epilépticas. Segunda edición, 2021.

II. Disposiciones generales

1. Los Directores, Administradores, Gerentes, Coordinadores, Jefes de Servicios, entre otros deberán realizar las gestiones necesarias para divulgar e implementar el "Lineamiento para la estratificación, referencia y atención del paciente con epilepsia en el ISSS", en los centros de atención donde se atienden pacientes con este diagnóstico.
2. El Médico tratante que atiende a un paciente con epilepsia, deberá en cada consulta posterior a la evaluación, actualizar la estratificación y clasificación del paciente según los criterios para referir y retornar al paciente con epilepsia, detallados en la tabla 1.
3. El Médico tratante que atiende a un paciente con epilepsia, deberá brindar información clara y precisa al paciente acerca de la ruta que seguirá:
 - a. Para la continuidad de sus controles.
 - b. Referencia y controles con la especialidad de neurología en los centros de atención: Consultorio de Especialidades y Hospital Policlínico Arce.
 - c. Retorno a los centros de atención según su nivel de riesgo.

III. Criterios para la estratificación y clasificación del paciente con diagnóstico de epilepsia y ruta de derivación

4. Los pacientes con epilepsia que según la estratificación de riesgo realizada por el médico tratante (basado en la tabla 1) que requieran atención en la Clínica de Epilepsia en el Consultorio de Especialidades, deberán tener uno o más de los siguientes criterios de inclusión:
 - Epilepsia fármaco resistente según criterios establecidos.
 - Condiciones específicas como:
 - a. Epilepsia + mujer en edad fértil
 - b. Epilepsia + embarazo (condición que representa alto riesgo obstétrico)
 - c. Epilepsia + adulto mayor
 - Pacientes con diagnóstico de Epilepsia y comorbilidades tales como:
 - a. Enfermedad renal crónica
 - b. Hepatopatías
 - c. VIH
 - d. Cardiopatías
 - e. Cáncer (todos los tipos)
 - f. Tumores cerebrales
 - g. Discapacidad intelectual
 - h. Enfermedad psiquiátrica

En los centros de atención del ISSS

5. El Médico tratante en la emergencia que atiende a los pacientes con crisis epilépticas deberá:
 - a. Evaluar al paciente y determinar si presenta crisis epilépticas.
 - b. Brindar el manejo correspondiente y estabilizarlo.
 - c. Referir en caso de ser necesario.

6. El Médico tratante en la consulta externa que atiende a los pacientes con epilepsia deberá:
 - a. Evaluar al paciente.
 - b. Brindar el manejo correspondiente.
 - c. Referir según estratificación de riesgo.

Tabla 1. Criterios para estratificación de riesgo, referencia y retorno del paciente con epilepsia.

Categoría	Condicionante	Puntaje
Edad	- Menor de 60 años	1
	- Mayor de 60 años	5
Respuesta al tratamiento en 1 año	- No crisis	1
	- 1 o más crisis por incumplimiento del tratamiento (Pseudo farmacoresistencia)	2
	- 1 o más crisis a pesar de 2 tratamientos bien indicados y tolerados (Farmacoresistencia)	5
Tolerancia al tratamiento	- Sin efectos adversos	1
	- Con efectos adversos leves	2
	- Con efectos adversos moderados a severos (ver efectos adversos en anexo 3)	5
Mujer en edad fértil incluso si no ha tenido crisis epilépticas en el último año	- Sin posibilidad o deseo de embarazo	0
	- Con deseo de embarazo	1
	- Embarazada	5
Numero de fármacos antiepilépticos	- 1 fármaco antiepiléptico	1
	- 2 fármacos antiepilépticos	2
	- Más de 2 fármacos antiepilépticos	5
Comorbilidad médica (ERC, VIH, Hepatopatía, Neumopatía, Cardiopatía, Endocrinopatía, Cáncer, Tumores cerebrales, Discapacidad intelectual.	- No	1
	- Si	5
Comorbilidad psiquiátrica o crisis psicógena no epiléptica	- No	1
	- Si	5
Duda si el paciente debe de continuar con el tratamiento antiepiléptico	- No	1
	- Si	5
En caso de contar con estudio de resonancia magnética con presencia de lesión estructural	- Sin estudio de imagen	0
	- No presenta lesión estructural	1
	- Si presenta lesión estructural	5
Riesgo verde	Puede ser manejado por Médico General o Familiar	7 a 9 Puntos
Riesgo amarillo	Puede ser manejado por Medicina Interna	10 a 12 Puntos
Riesgo rojo	Debe de ser manejado exclusivamente en la Clínica de Epilepsia	13 o más Puntos

Fuente: elaboración propia del Comité de Epilepsia. Diciembre 2021.

En la Clínica de Epilepsia

7. El Médico Neurólogo, Subespecialista II "Epileptólogo" de la Clínica de Epilepsia de acuerdo a la evaluación clínica que realice al paciente podrá:
 - a. Retornarlo al centro de atención con un plan de manejo.
 - b. Indicarle exámenes de laboratorio, estudios de neuroimagen y/o electrofisiológicos según el cuadro clínico.
 - c. Dar seguimiento al paciente para continuar su tratamiento valorando la respuesta de la patología a dicho tratamiento en los controles subsecuentes.
 - d. Seleccionar a los pacientes que serán evaluados por el comité de epilepsia.
 - e. Podrá referir a otras especialidades si amerita manejo conjunto.

Estratificación a realizar por los médicos neurólogos que atienden en la clínica de epilepsia

8. El Médico Neurólogo, Subespecialista II "Epileptólogo" que clasifique a los pacientes con alto riesgo (rojo), el seguimiento se realizará en la Clínica de Epilepsia del Consultorio de Especialidades.
9. El Médico Neurólogo, Subespecialista II "Epileptólogo" que clasifique a los pacientes con moderado riesgo (amarillo), deberá retornarlos hacia la especialidad de Medicina Interna.
10. El Médico Neurólogo, Subespecialista II "Epileptólogo" que clasifique a los pacientes con bajo riesgo (verde), deberá retornarlos para su seguimiento por Medicina General o Familiar.

IV. Criterios de selección de pacientes con diagnóstico de epilepsia candidatos a cirugía y pasos para la realización

11. Criterio y requisitos de selección para candidatos a cirugía de epilepsia:
 - a. Epilepsia refractaria a tratamiento medico.
 - b. Evaluado por alguno de los miembros del comité de epilepsia.
 - c. Que el paciente acepte la cirugía.
12. Si cumple con el criterio anterior, el médico tratante del comité de epilepsia, deberá indicarle las siguientes pruebas de la fase 1 (según estándares internacionales):
 - a. Video EEG prolongado con retiro parcial o total de los fármacos antiepilépticos (según criterio medico), el cual se realizará en la Unidad de Neurofisiología del Hospital Policlínico Arce y Clínica de Epilepsia del Consultorio de Especialidades, deberá contar con una evaluación diaria del Médico Neurólogo, Subespecialista II "Epileptólogo" y Médico Neurólogo, Subespecialista II "Neurofisiólogo", que determinará si el estudio continuará o deberá suspenderse en base a las crisis registradas, el estado del paciente o la concordancia electro-clínica de las crisis epilépticas.

- b. Evaluación Neuropsicológica funcional, la cual realizará Psicólogo/a designado, que consiste en la aplicación de test neuropsicológicos y su posterior interpretación, lo que brindará entre otras cosas, localización de la lesión, reserva hipocámpica, etc. Esto se llevará a cabo donde se encuentre destacado el personal de salud.
 - c. Evaluación psiquiátrica, la cual realizará el Médico Psiquiatra designado, evaluará la presencia de psicopatologías, riesgo suicida, expectativas y motivación del paciente por la cirugía. Esto se llevará a cabo donde se encuentre destacado el personal de salud.
13. Una vez que se tengan todas las evaluaciones el Médico Neurólogo, Subespecialista II "Epileptólogo" de la clínica de epilepsia, deberá presentar el caso al *Comité Multidisciplinario de Epilepsia*, para ser discutido y tomar una decisión colegiada de la pertinencia de la cirugía, dejando constancia de la decisión tomada en el expediente clínico.
14. Los pacientes candidatos en los cuales no hay una concordancia electro-clínica o una lesión evidente serán evaluados por el comité para ser sometidos a estudios de fase 2 (según estándares internacionales), lo que implicará la implantación de electrodos intracraneeos con registro de Stereo EEG y pasará nuevamente a evaluación del caso por el comité.
15. El comité de epilepsia referirá al paciente a la consulta extena de neurocirugía para la continuidad del caso.

Cirugía de Epilepsia

16. En consulta externa de neurocirugía, el Médico Neurocirujano, Subespecialista II "Cirujano de epilepsia", que atiende a pacientes con epilepsia realizará evaluaciones preoperatorias según norma, indicará la prueba RT- PCR para COVID y explicará nuevamente todos los pormenores, pros y contras de su cirugía y dejará constancia en el expediente clínico de manera detallada de lo actuado y explicado al paciente.
17. Las evaluaciones preanestésicas deberán realizarse según la "Norma de manejo perioperatorio en anestesiología del ISSS" vigente.
18. El Médico Neurocirujano, Subespecialista II "Cirujano de epilepsia", al evaluar al paciente con los resultados de los exámenes, estudios y evaluación preanestésica podrá:
- a. Indicar al paciente ingresar al Hospital General según la programación del servicio de neurocirugía.
 - b. Retornar a la clínica de epilepsia en caso de no estar apto para la cirugía o no aceptar su realización.
19. Una vez realizada la cirugía el paciente permanecerá ingresado en el Servicio de Neurocirugía del Hospital General para vigilancia neurológica postoperatoria y recuperación hasta considerar su alta.
20. El Médico Neurocirujano, Subespecialista II "Cirujano de epilepsia", brindará:
- a. El alta al paciente del Servicio de Neurocirugía del Hospital General.

- b. Referencia a consulta externa de su especialidad para control postoperatorio en 1 mes y reevaluará a los 3 meses.
 - c. Referencia a la clínica de epilepsia.
21. El Médico Neurólogo Subespecialista II "Epileptólogo", brindará:
- a. Control para seguimiento al paciente a los 3 meses de su cirugía y evaluará la evolución clínica.
 - b. Control entre los 6 y 12 meses posteriores a la cirugía y citará al paciente para realizar una nueva IRM cerebral, Video EEG 4 horas y test neuropsicológico de control.
 - c. Presentará el caso del paciente al año de su cirugía al comité de epilepsia para evaluar de ser posible la disminución y eventual retiro del tratamiento farmacológico antiepiléptico.

Consideración:

*Aunque haya retiro completo del fármaco y libertad de crisis en un paciente post operado, por la complejidad del caso, este deberá continuar su seguimiento en la Clínica de Epilepsia y Consulta externa de cirugía de epilepsia por al menos 5 años.

Tipos de Cirugía de Epilepsia

22. Los procedimientos de Neurocirugía de Epilepsia que se han considerado realizar son por casos de epilepsia lesional, ya sea por malformaciones arteriovenosas, lesiones por gliosis, tumores, así como áreas bien identificadas de actividad epileptogénica.
23. Los procedimientos de Neurocirugía de Epilepsia que actualmente se realizan en el Hospital General, para pacientes con epilepsia son:
- Lobectomía temporal parcial más amigdalohipocampectomía unilateral del lado afectado.
 - Biopsia escisión tumoral de áreas no elocuentes.
 - Resección de lesiones epileptogénicas adyacentes a áreas elocuentes guiadas por navegación cerebral y monitoreo neuropsicológico transoperatorio con paciente despierto.
 - Resección de lesiones epileptogénicas adyacentes a áreas elocuentes guiadas por estereotaxia y monitoreo neuropsicológico transoperatorio con paciente despierto.
 - Resección de lesiones epileptogénicas adyacentes a áreas elocuentes guiadas por navegación cerebral y ultrasonografía cerebral con monitoreo neuropsicológico transoperatorio con paciente despierto.

V. Conformación y Funciones del Comité de Epilepsia

Basándose en estándares internacionales, en el ISSS, en el Consultorio de Especialidades, se formó un comité multidisciplinario de expertos en la patología de epilepsia denominado "Comité de Epilepsia", en el cual se discuten casos específicos o de alta complejidad para tomar decisiones de manera colegiada sobre el diagnóstico y manejo de la enfermedad.

24. El comité de epilepsia estará conformado por:
 - Médico Neurólogo, Subespecialista II "Epileptólogo"
 - Médico Neurólogo, Subespecialista II "Neurofisiólogo"
 - Médico Neurocirujano, Subespecialista II "Cirujano de epilepsia"

25. En caso de ser necesario, el comité podrá contar con la colaboración de especialistas de los siguientes campos:
 - Psicólogo/a designado para evaluación neuropsicológica funcional
 - Psicólogo clínico
 - Radiólogo
 - Psiquiatra
 - y otros recursos necesarios según el comité requiera de acuerdo al cuadro clínico del paciente.

26. Las funciones del comité de epilepsia serán:
 - a. Discutir casos de alta complejidad, interdisciplinarios o multidisciplinarios.
 - b. Evaluación de pacientes pre y post operatorios de cirugía de epilepsia.
 - c. Solicitar la actualización o elaboración de documentos normativos sobre epilepsia de ser necesario.
 - d. Coordinar la educación médica continua al personal de salud.
 - e. Coordinar jornadas académicas de conferencias en referencia a epilepsia.
 - f. Promover la educación continua con los grupos de apoyo sobre epilepsia para los pacientes.
 - g. Elaboración y análisis de los indicadores de evaluación.

27. Para que el comité de epilepsia pueda realizar las funciones antes descritas, contará con tiempo de 3 horas cada semana y en caso de ser necesario se podrá realizar reuniones extraordinarias.

VI. Responsabilidades y funciones

Funciones de integrantes del Comité de Epilepsia

Miembros permanentes:

✓ *Médico Neurólogo, Subespecialista II "Epileptólogo"*

Médico especialista en neurología (al menos 3 años), con subespecialidad en el manejo de Epilepsia (al menos 1 año), sus funciones son:

- a. Diagnosticar, clasificar, estratificar por riesgos adecuadamente a los pacientes con epilepsia en la consulta externa de la clínica de epilepsia.
- b. Manejo de los pacientes con epilepsia de más alta complejidad.
- c. Seleccionar a los pacientes con epilepsia farmacoresistente para su evaluación preoperatoria.
- d. Supervisión del estado diario de los pacientes en monitoreo de Video EEG prolongado para decidir si continuar o parar el protocolo de monitoreo.
- e. Coordinar la educación continua en epilepsia para personal de salud de los diferentes niveles de atención y a pacientes.
- f. Tomar decisión colegiada en conjunto con los demás miembros permanentes del comité de epilepsia de los pacientes que pasaran a cirugía de epilepsia.

✓ *Médico Neurólogo, Subespecialista II "Neurofisiólogo"*

Médico especialista en neurología (al menos 3 años) con subespecialidad en Neurofisiología (al menos 2 años), sus funciones son:

- a. Supervisión del estado diario de los pacientes en monitoreo de Video EEG prolongado para decidir si continuar o parar el protocolo de monitoreo.
- b. Interpretación final del Video EEG prolongado de los pacientes en su evaluación preoperatoria.
- c. Tomar decisión colegiada en conjunto con los demás miembros permanentes del comité de epilepsia de los pacientes que pasaran a cirugía de epilepsia.
- d. Monitoreo electroencefalografico trans-operatorio.
- e. Participación en actividades de educación medica continua.

✓ **Médico Neurocirujano, Subespecialista II "Cirujano de epilepsia"**

Médico especialista en Neurocirugía (al menos 3 años) con subespecialidad en Neurocirugía Funcional en Epilepsia (al menos 1 año), sus funciones son:

- a. Tomar decisión colegiada en conjunto con los demás miembros permanentes del comité de epilepsia de los pacientes que pasaran a cirugía de epilepsia.
- b. Realización de la cirugía de epilepsia, decidiendo el tipo de cirugía más apropiada para el paciente en particular, ya sea curativa o paliativa.
- c. Supervisión de la vigilancia trans y postoperatoria de paciente de cirugía de epilepsia.
- d. Evaluación postoperatoria sobre el resultado a mediano y largo plazo de la Cirugía de epilepsia.
- e. Participación en actividades de educación médica continúa.

Colaboradores:

✓ **Radiólogo:**

Médico especialista en radiología (3 años), con pasantía de 3 meses o más en Neuroradiología Funcional, sus funciones son:

- a. Realización reconstrucción e interpretación de los estudios de imagen de cada paciente evaluado por el comité de epilepsia en el proceso pre o postquirúrgico.
- b. Prescripción de estudios de imagen suplementarios para la correcta evaluación de estos pacientes.
- c. Supervisión e interpretación de los protocolos de IRM funcional.
- d. Colaborar con el comité de epilepsia cuando sea requerido.
- e. Participación en actividades de educación médica continúa.

✓ **Psicólogo/a designado para evaluación neuropsicológica funcional.**

Licenciatura en psicología con un posgrado en Neuropsicología Clínica (al menos 2 años). Sus funciones son:

- a. Aplicar e interpretar test neuropsicológico a los pacientes que el comité de epilepsia designe.
- b. Realizar una evaluación neuropsicológica pre, trans y post operatoria a los pacientes que se sometan al protocolo de cirugía de epilepsia.
- c. Colaborar con la aplicación de paradigmas de IRM funcional en conjunto con el radiólogo del comité de epilepsia.
- d. Monitoreo y evaluación funcional transoperatoria en cirugía de epilepsia.

✓ **Psiquiatra:**

Médico especialista en Psiquiatría. Sus funciones son:

- a. Realizar evaluación psiquiátrica en busca de psicopatologías a los pacientes que el comité designe, y darles el manejo apropiado.
- b. Realizar evaluación preoperatoria a los pacientes que se sometan al protocolo de cirugía de epilepsia (Valorando motivación, expectativas con respecto a la cirugía y dar manejo apropiado a las psicopatologías si estas existiesen).
- c. Valoración del riesgo de complicaciones psiquiátricas en el paciente post cirugía de epilepsia.
- d. Valoración del impacto de la cirugía de epilepsia sobre la salud mental del paciente.

✓ **Personal de salud con Diplomado en Neurofisiología**

Profesional en salud con diplomado en Neurofisiología Clínica de al menos 1 año de duración. Sus funciones son:

- a. Realización del monitoreo de EEG y Video EEG (en todas sus modalidades) a los pacientes designados por el comité de epilepsia.
- b. Realizar la evaluación inter-ictal e ictal de los pacientes en la unidad de monitoreo de epilepsia.
- c. Participación en actividades de educación médica continúa para recursos técnicos nuevos y/o pacientes con diagnóstico de epilepsia.
- d. Realizar funciones administrativas del comité de epilepsia.

✓ **Psicólogo clínico:**

- a. Identificar y manejo de alteraciones psicológicas de los pacientes con epilepsia designados por el comité de epilepsia.
- b. Organizar grupos de apoyo para paciente con epilepsia y sus familiares.
- c. Participación en actividades de educación médica continúa para pacientes con diagnóstico de epilepsia.
- d. Evaluación psicométrica.

VII. Indicadores

Nombre del indicador	Fórmula	Periodicidad de evaluación	Estándar
Porcentaje de pacientes con Epilepsia con criterios para ser atendidos en la Clínica de Epilepsia	$\frac{\text{Número de referencias de pacientes con Epilepsia con criterios para ser atendidos en la clínica de epilepsia}}{\text{Total de referencias de pacientes con epilepsia}} \times 100$	Semestral y anual	*
Porcentaje de pacientes evaluados por el Comité de Epilepsia	$\frac{\text{Número de pacientes evaluados en el comité de epilepsia}}{\text{Total de pacientes programados para evaluación en el comité de epilepsia}} \times 100$	Semestral y anual	*
Porcentaje de pacientes que se les realizó cirugía de epilepsia	$\frac{\text{Número de pacientes que se les realizó cirugía de epilepsia}}{\text{Total de pacientes programados para cirugía de epilepsia}} \times 100$	Mensual	
Porcentaje de reducción de Crisis Epilépticas de al menos un 50 % a un año de la cirugía de epilepsia	$\frac{\text{Número de pacientes con reducción de crisis epilépticas de al menos un 50 % a un año de la cirugía de epilepsia}}{\text{Total de pacientes que se les realizó cirugía de epilepsia}} \times 100$	Anual	*

* Se creará línea de base para estos indicadores.

VIII. Observancia

La vigilancia del cumplimiento del presente "Lineamiento" le corresponde a los Prestadores de Servicios, Jefaturas de Servicios Clínicos de la Especialidad, Directores de los Centros de Atención y Subdirección de Salud, en el ámbito de sus competencias.

IX. Disposiciones generales

Las disposiciones no contempladas en el presente lineamiento, serán consideradas por Subdirección de Salud a través del Departamento de Normalización.

La revisión del lineamiento, de oficio se realizará a solicitud especialistas las veces que se considere necesario.

X. Vigencia del lineamiento

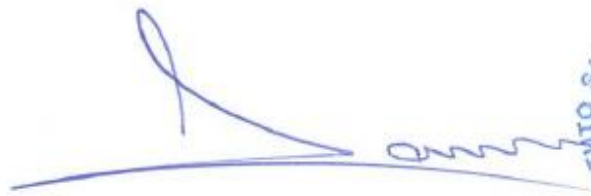
El presente "Lineamiento" será autorizado y entrará en vigencia a partir de su aprobación.

XI. Oficialización

San Salvador, abril 2022.



Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala
Jefe Departamento de Normalización



Dr. José Adán Martínez Alvarenga
Jefe División de Regulación, Normalización y Vigilancia



Dr. Edwin Roberto Salmerón Hernández
Subdirector de Salud

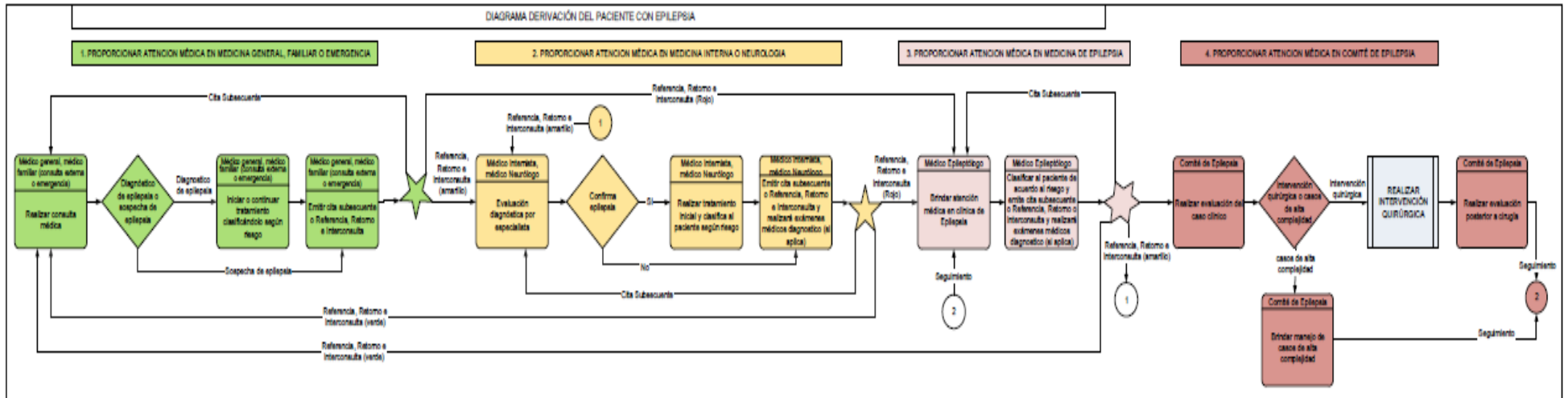


XII. Bibliografía

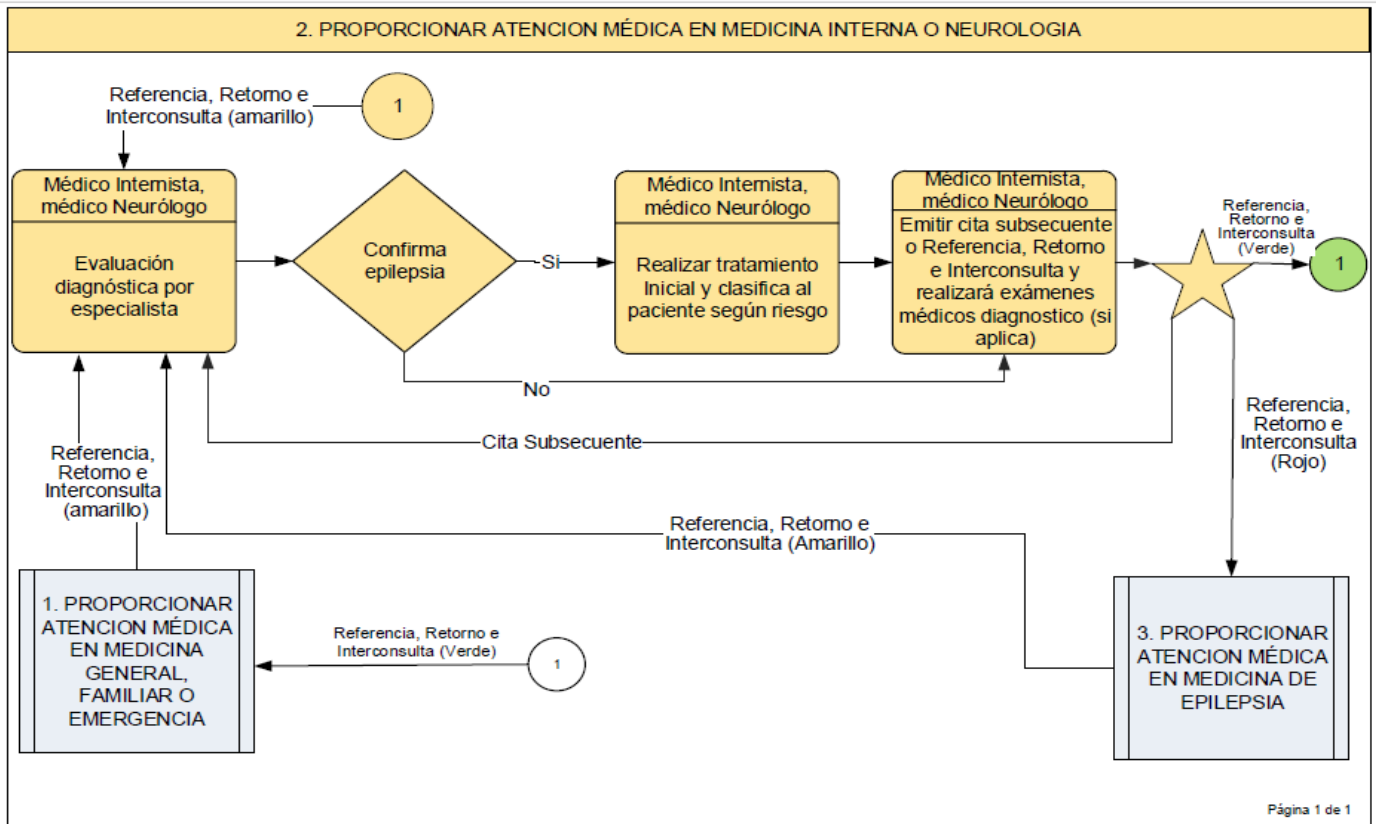
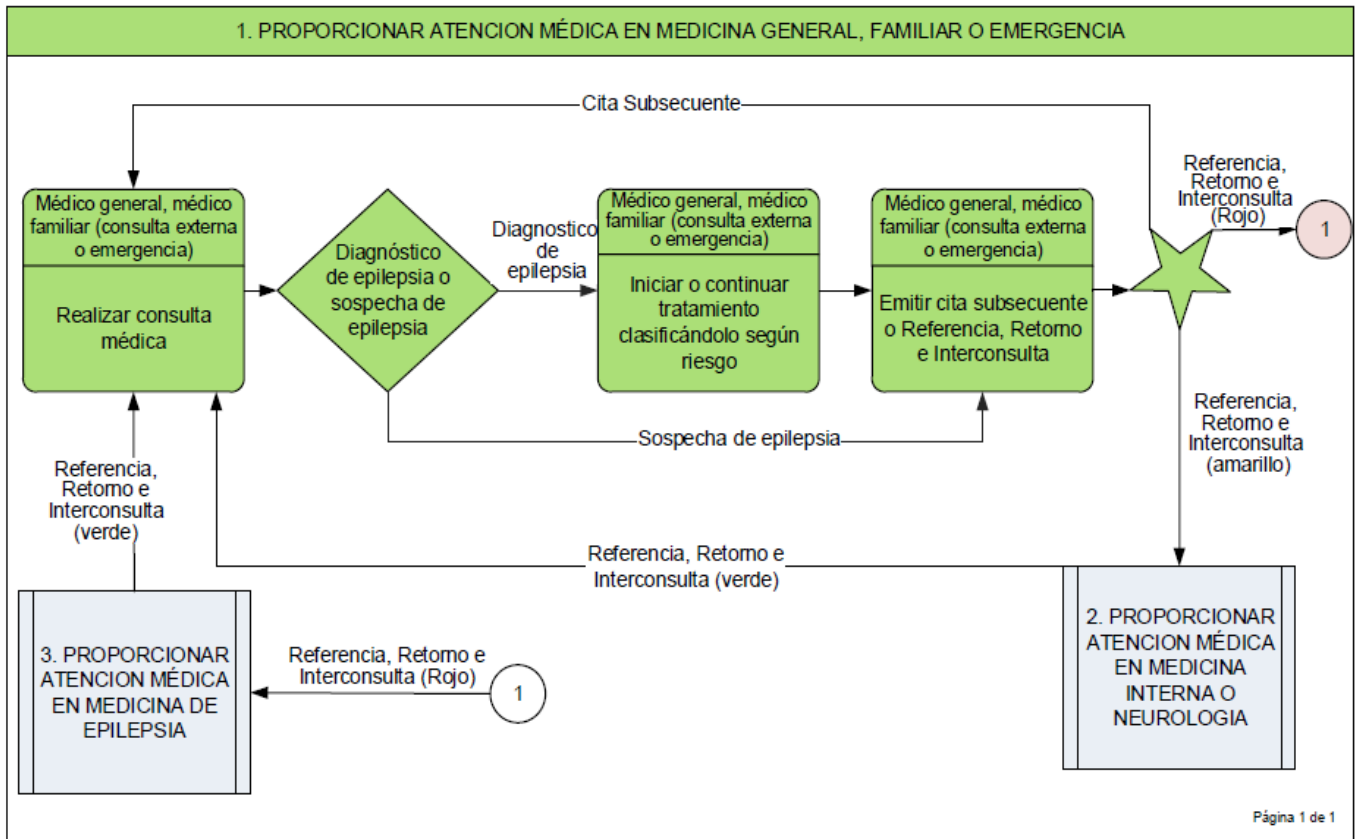
1. Robert S. Fisher. Et all. A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 55(4):475-482, 2014 disponible en doi: 10.1111/epi.12550
2. Panayoutopolus, Las Epilepsias, *Revista Neurología* 2019;68:369-374 PMID: 31017289 DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.6809.2018450>
3. Shorvon, S. D. (n.d.). The etiological classification of epilepsy. The causes of epilepsy, 21-23. doi: 10.1017/cbo9780511921001.004
4. Patrick Kwan. Et all Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies *Epilepsia*, 51(6):1069-1077,2010 disponible en doi: 10.1111/j.1528-1167.2009.02397.
5. Escobar GAB. Lineamientos técnicos para la atención integral a la persona con epilepsia y crisis epilépticas. 2021;79. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
6. Fricke-Galindo I, Jung-Cook H, LLerena A, López-López M. Farmacogenética de reacciones adversas a fármacos antiepilépticos. *Neurología [Internet]*. 1 de abril de 2018 [citado 26 de abril de 2022];33(3):165-76. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-farmacogenetica-reacciones-adversas-farmacos-antiepilepticos-S0213485315000560>

XIII. Anexos

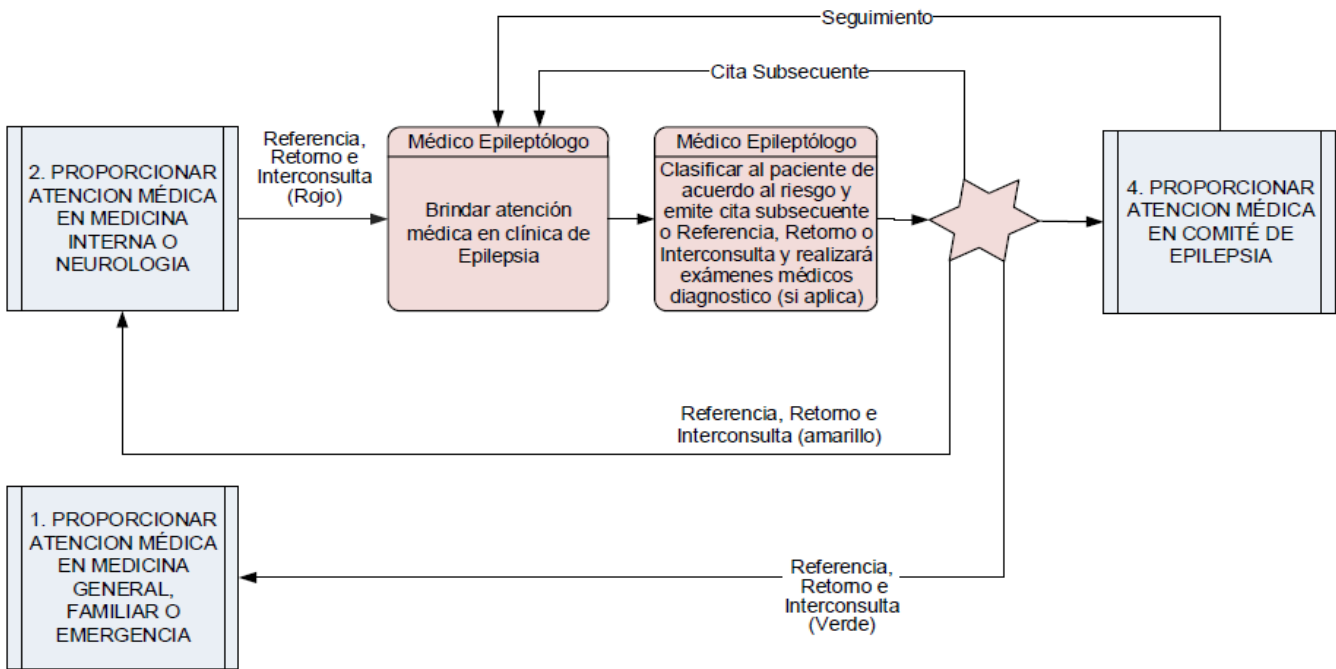
Anexo 1. Diagrama de derivación del paciente con epilepsia.



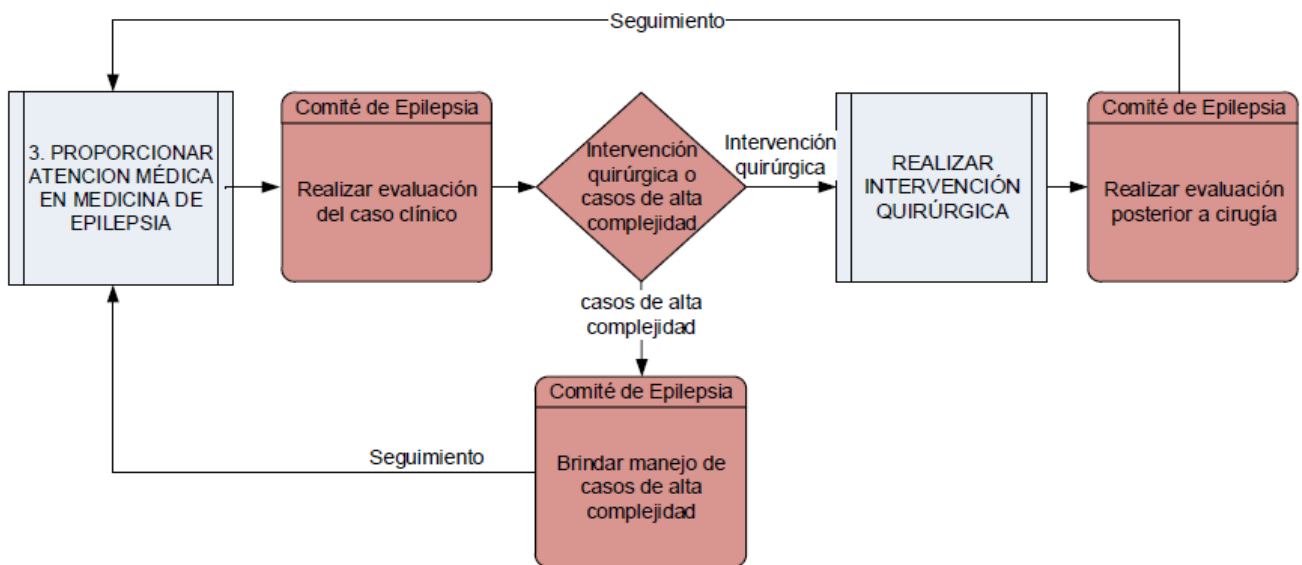
Nota: Ver esquema en detalle en los siguientes diagramas.



3. PROPORCIONAR ATENCION MÉDICA EN MEDICINA DE EPILEPSIA



4. PROPORCIONAR ATENCION MÉDICA EN COMITÉ DE EPILEPSIA



[Handwritten signature]



Anexo 2. Hoja de control perioperatorio de Cirugía de Epilepsia

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

Hoja de control perioperatorio de Cirugía de Epilepsia

Nombre:

N. de afiliación:

Edad:

Profesión:

Lateralidad:

Médico tratante:

Fecha de inicio:

Resumen clínico:

EEG:

IRM y opinión radiológica:

VideoEEG prolongado:

1era discusión del Comité Multidisciplinario (conclusión):

Evaluación neuropsicológica:

Evaluación psiquiátrica:

Opinión ~~neuroquirúrgica~~:

2da discusión del Comité Multidisciplinario (decisión colegiada):

Resultado de la cirugía:

Evaluación postoperatoria (de 8 meses a 1 año)

EEG:

IRM:

Evaluación clínica y ~~neuroquirúrgica~~:

Engels (al año):

Retiro o disminución de fármacos antiepilépticos:

Anexo 3. Efectos adversos de los medicamentos antiepilépticos.

Medicamentos antiepilépticos contenidos en el Listado Oficial de Medicamentos del ISSS:

- Fenobarbital
- Fenitoína
- Carbamazepina
- Ácido Valproico o Valproato (Sódico)
- Lamotrigina
- Topiramato
- Levetiracetam
- Gabapentina
- Acetozolamida (Diurético utilizado para epilepsias con patrón catamenial)

Efectos adversos:

Severos: anafilaxia, angioedema, síndrome de Steven Jonson, arritmia cardíaca, bloqueo auriculo-ventricular, anemia aplásica, agranulocitosis, trombocitopenia, **necrólisis epidérmica tóxica**, leucopenia, pancitopenia, pancreatitis, **síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIHAD)**, ideación suicida. cuadros psicóticos.

Moderados: vómito, ataxia, inestabilidad, temblor, hiponatremia, alteración neuropsiquiátrica, diplopía, transaminasemia.

Leves: mareos, prurito, rash, astenia, somnolencia, insomnio, visión borrosa, constipación.

Tabla 2. Reacciones adversas frecuentes a fármacos antiepilépticos

Fármacos antiepilépticos	Tipo de reacciones adversas		
	Neurológicas	Cutáneas	Otras
Fenobarbital	Somnolencia, mareos, pérdida de memoria, cambios de humor	Exantema maculopapular, síndrome de Stevens – Johnson, necrólisis epidérmica tóxica	Reacciones no reportadas comúnmente para estos antiepilépticos
Fenitoína	Somnolencia, pérdida de memoria, cambios de humor	Síndrome de Stevens – Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos, síndrome de hipersensibilidad	Hiperplasia gingival, hirsutismo, teratogénesis
Carbamazepina	Pérdida de memoria, mareos, somnolencia, inestabilidad	Síndrome de Stevens – Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos, síndrome de hipersensibilidad	Hiponatremia, náuseas, vómito, teratogénesis
Ácido valproílico	Pérdida de memoria, temblor	Exantema maculopapular	Aumento de peso, hepatotoxicidad, teratogénesis
Lamotrigina	Pérdida de memoria, mareos, somnolencia, ataxia, diplopía, cefalea	Síndrome de Stevens – Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, exantema maculopapular	Rinitis, náuseas, teratogénesis
Topiramato	Somnolencia, mareos, fatiga, dificultad para aprender, inestabilidad, parestesias, dificultad para concentrarse, problemas para hablar	Exantema maculopapular	Anorexia, pérdida de peso, nefrolitiasis
Levetiracetam	Somnolencia, depresión, diplopía, mareos, fatiga, cefalea, depresión, nerviosismo	Síndrome de Stevens – Johnson	Faringitis
Gabapentina	Somnolencia, mareos, ataxia	Reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos,	Dolor de articulaciones, dolor muscular, resequeidad bucal, náuseas, diarrea, edema periférico

Fuente. Tomado de la Revisión: Farmacogenética de reacciones adversas a fármacos. Sociedad Española de Neurología, 2018;33(3):165-176.⁶



INSTITUTO
SALVADOREÑO
DEL SEGURO
SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE REGULACIÓN, NORMALIZACIÓN Y VIGILANCIA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN
ABRIL - 2022