

Disposición 1612/2008

Apruébase la Normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Epilepsia.

Bs. As., 1/8/2008

VISTO

Que el SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION resulta la autoridad de la aplicación de la Ley N° 22.431, y

CONSIDERANDO

Que en virtud de la competencia asignada a este Organismo en relación a la Certificación de la Discapacidad, se hace necesario determinar, en los casos de pacientes con Epilepsia, la correspondencia de extender el mismo.

Que a tal fin, se aprueban por la presente, las normas que se anexan que determinan los criterios para extender dicho certificado.

Que el Departamento de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en virtud de las facultades previstas en la Ley N° 22.431, sus modificatorias y Decretos Reglamentarios y los Decretos N° 703/95 y 106/05.

Por ello,

LA SEÑORA DIRECTORA DEL SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION

DISPONE:

Artículo 1° — Apruébese como Anexo I al presente artículo, la Normativa para Certificación de Discapacidad en Pacientes con Epilepsia.

Art. 2° — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Grisel Olivera Roulet.

NORMATIVA PARA LA CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD
EN PACIENTES EPILEPTICOS

SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION

DRA. GRISEL OLIVERA ROULET

AÑO 2008

Normativa para Certificación de discapacidad en pacientes Epilépticos.

Definición y Conceptos generales.

Las epilepsias constituyen una enfermedad neurológica heterogénea, caracterizada por la recurrencia de crisis epilépticas, en ausencia de lesión cerebral aguda. Para su diagnóstico es necesaria la presencia de por lo menos dos crisis.

Por su parte, las crisis Epilépticas son eventos clínicamente transitorios, de inicio brusco, breve, de semiología variada, debidos a descargas neuronales excesivas e hipersincrónicas.

Existen dos grandes tipos de Crisis Epilépticas:

1- Generalizadas: Son aquellas en que las manifestaciones clínicas y/o electroencefalográficas expresan el compromiso cerebral difuso o al menos bilateral desde el inicio. Puede o no estar comprometida la conciencia. Ejemplos: (Crisis tónico clónicas generalizadas, crisis mioclónicas).

2- Parciales: Son aquellas cuyas manifestaciones clínicas y/o electroencefalográficas son expresión del compromiso cerebral focal, al menos en el inicio del evento. Pueden tener síntomas motores, sensitivos, sensoriales, vegetativos o psíquicos.

Se subdividen en dos grupos principales: las parciales simples y las complejas. Las primeras se caracterizan porque la conciencia se conserva durante la crisis. Las parciales complejas, en cambio, muestran un trastorno de la conciencia en algún momento de las crisis.

En cada tipo de crisis Epilépticas (parciales o generalizadas) se reconocen tres categorías:

1- Idiopáticas: No se le atribuye causa subyacente alguna, más allá de una posible predisposición genética.

2- Sintomática: Cuando es secundaria a una causa identificada.

3- Criptogénica: Epilepsia posiblemente sintomática cuya causa permanece oculta.

Según la vinculación temporal de las crisis con posibles lesiones cerebrales se distinguen:

A- Crisis Sintomáticas agudas: ocurren en estrecha relación temporal con un daño neurológico (ejemplo: ACV, TEC) o sistémico (alteración tóxica o metabólica).

B- Crisis sintomáticas remotas: se perpetúan en el tiempo luego de un daño cerebral, y constituyen las Epilepsias sintomáticas.

C- Crisis no provocadas: donde no se identifica ninguna causa próxima en el tiempo que pudiera haberlas generados.

El diagnóstico de crisis Epilépticas es esencialmente clínico.

Los estudios complementarios, Electroencefalogramas (EEG), Resonancia Magnética Nuclear de cerebro (RMN) etc., pueden utilizarse como ayuda en el diagnóstico o en la tipificación de las crisis.

Se debe tener en cuenta que un EEG anormal por sí sólo no es suficiente para diagnosticar Epilepsia. A la inversa, registros normales en un paciente con una presentación clínica característica no descarta el diagnóstico.

Tratamiento Farmacológico de la Epilepsia:

A- El inicio del tratamiento se realiza preferentemente con monoterapia, para que no se produzcan interacciones medicamentosas y evitar riesgo de toxicidad.

B- Se deberá indicar en primer término drogas de primera línea apropiadas al tipo de crisis o síndrome.

C- Se deberá comenzar con bajas dosis para probar tolerancia de los fármacos aumentando la dosis hasta llegar a controlar las crisis o aparezcan los primeros efectos adversos.

D- Si el paciente continúa con crisis a pesar del tratamiento con la primera droga y con la dosis máxima tolerada de la misma se puede agregar una segunda droga de elección, y luego se verá si se retira la primera o se continúa con ambas.

E- No se aconseja dar más de tres drogas simultáneamente.

Selección de antiepilépticos según la crisis

A- Crisis parciales (incluyen a crisis secundariamente generalizadas).

B- Crisis Generalizadas Tónico-Clónica.

1- Primera elección: Lamotrigina, Oxcarbazepina, Carbamazepina

2- Segunda elección: Valproato, Topiramato, Levetiracetam, Tiagabina, Gabapentina, Zonisamida.

3- Tercera elección: Fenitoína, Fenobarbital, Primidona.

Uso excepcional: Felbamato, Vigabatrina

B- Crisis Generalizadas Tónico-Clónica.

- 1- Primera elección: Valproato, Lamotrigina
 - 2- Segunda elección: Topiramato, Levetiracetam, Zonisamida.
 - 3- Tercera elección: Fenitoína, Carbamazepina
- Uso excepcional: Felbamato

C- Ausencias

- 1- Primera elección: Valproato, Etosuximida
- 2- Segunda elección: Topiramato, Levetiracetam, Zonisamida, Lamotrigina
- 3- Tercera elección: Clonazepan

D- Mioclónicas

- 1- Primera elección: Valproato
- 2- Segunda elección: Topiramato, Levetiracetam, Zonisamida, Lamotrigina
- 3- Tercera elección: Benzodiazepinas

E- Atónicas-Tónicas

- 1- Primera elección: Valproato
 - 2- Segunda elección: Topiramato, Zonisamida, Lamotrigina
 - 3- Tercera elección: Benzodiazepinas
- Uso excepcional: Vigabatrina

F- Espasmos infantiles:

- 1- Primera elección: ACTH
- 2- Segunda elección: Topiramato, Zonisamida, Valproato
- 3- Tercera elección: Benzodiazepinas

Dosis indicadas para el Tratamiento de las Crisis Epilépticas:

FARMACO	DOSIS EN ADULTOS	DOSIS EN NIÑOS
Carbamazepina	5-15 mg/kg (200-1000 mg/día)	20-40 mg/kg
Etosuximida	15-30 mg/kg (1000-2000mg/día)	20-40 mg/kg
Felbamato	20-60 mg/kg (1200-4000 mg/día)	30-60 mg/kg
Fenitoína	4-7 mg/kg (200-400 mg/día)	5-10 mg/kg
Fenobarbital	1-4 mg/kg (60-240 mg/día)	2-8 mg/kg
Gabapentina	20-60 mg/kg (1200-4800 mg/día)	25-35 mg/kg
Lamotrigina	1.5-6 mg/kg (100-400 mg/día)	2-10 mg/kg
Levetiracetam	15-45 mg/kg (1000-3000 mg/día)	20-60 mg/kg
Oxcarbazepina	15-45 mg/kg (960-3000 mg/día)	15-45 mg/kg
Primidona	10-20 mg/kg (500-1000 mg/día)	15-25 mg/kg
Tiagabina	0.3-0.7 mg/kg (24-56 mg/día)	0.4-0.7 mg/kg
Topiramato	3-6/kg (200-400 mg/día)	3-9 mg/kg
Valproato	10-45 mg/kg (500-2000 mg/día)	15-60 mg/kg
Vigabatrina	15-60 mg/kg (1000-4000 mg/día)	50-150 mg/kg
Zonisamida	3-6 mg/kg (200-400 mg/día)	3-6 mg/kg

Conceptos de Epilepsia refractaria:

No existe un consenso unánime de lo que debe ser considerado como Epilepsia refractaria.

Partiendo de:

A- Un Diagnóstico de certeza de Crisis Epiléptica

B- El Tratamiento adecuado para el tipo de Crisis (Fármaco/dosis adecuada)

Se considera Epilepsia Resistente al tratamiento o Refractaria cuando:

– Cuando no hayan respondido al tratamiento con dos drogas antiepilépticas de elección en monoterapia y a una combinación de 2 fármacos de primera línea, en las dosis máximas toleradas y apropiadas para el tipo de Crisis o Síndrome Epiléptico.

– No haya obtenido un buen control de sus crisis luego del uso de al menos dos drogas antiepilépticas en monoterapia o politerapia en dosis adecuadas para el tipo de crisis o síndrome epiléptico durante, al menos, dos años de tratamiento.

A pesar de haber llegado a niveles plasmáticos útiles de las dos drogas utilizadas en monoterapia no controla las crisis en forma adecuada (sólo en estas circunstancias deberá presentar dosaje en sangre de ambas drogas).

Criterios para extender el Certificado de discapacidad:

- Se extenderá el Certificado de discapacidad a todos aquellos pacientes que puedan demostrar la presencia de CRISIS EPILEPTICA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO que interfieran con la actividad que cotidianamente debería desarrollar el paciente acorde a su edad y sexo.

- Se extenderá el Certificado de discapacidad a todos aquellos pacientes que puedan demostrar la presencia de CRISIS EPILEPTICA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO asociada a otros síndromes.

Requisitos para extender el Certificado de discapacidad:

1- Certificado de médico especialista donde conste:

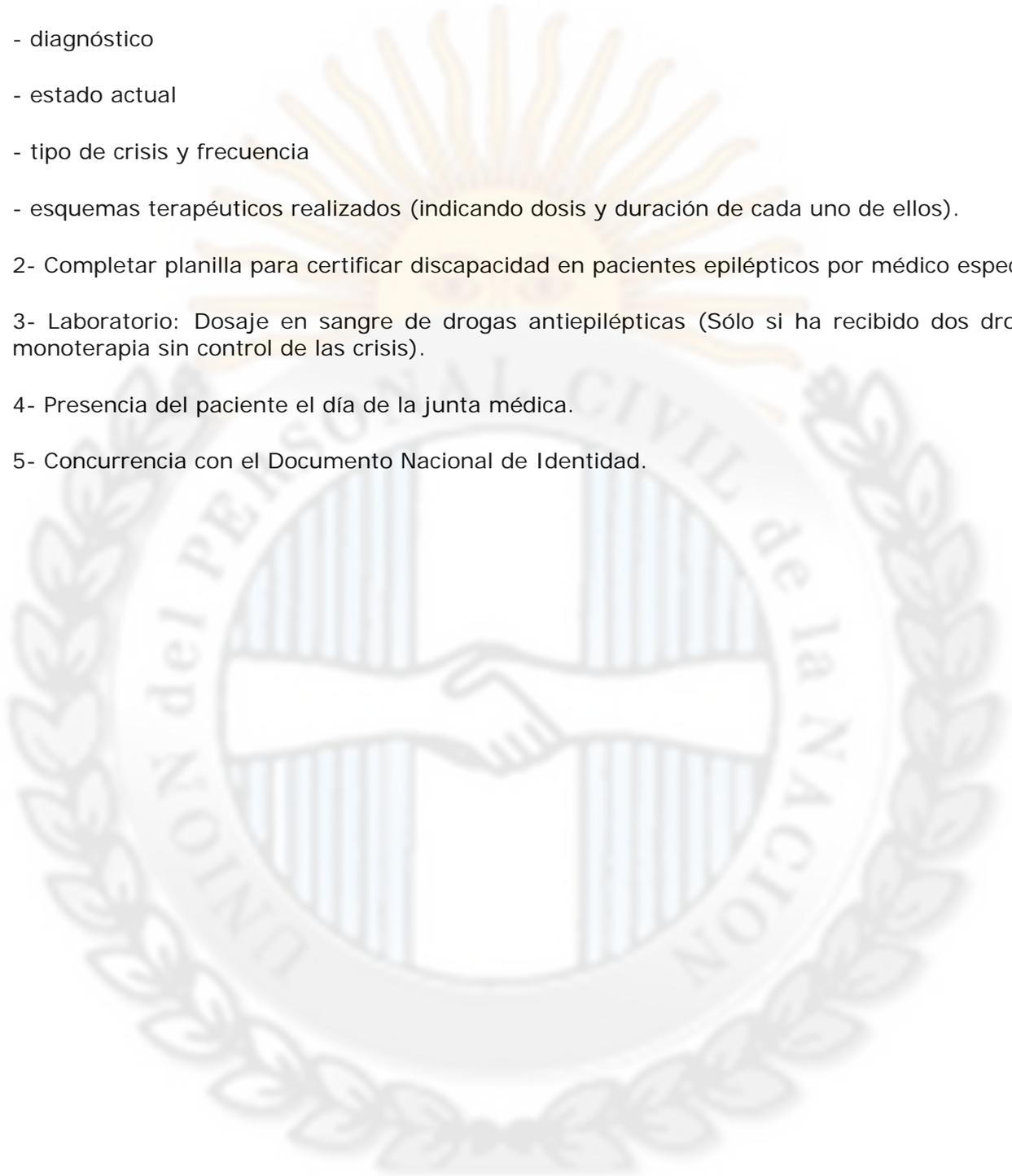
- diagnóstico
- estado actual
- tipo de crisis y frecuencia
- esquemas terapéuticos realizados (indicando dosis y duración de cada uno de ellos).

2- Completar planilla para certificar discapacidad en pacientes epilépticos por médico especialista.

3- Laboratorio: Dosaje en sangre de drogas antiepilépticas (Sólo si ha recibido dos drogas en monoterapia sin control de las crisis).

4- Presencia del paciente el día de la junta médica.

5- Concurrencia con el Documento Nacional de Identidad.



POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Es importante cumplir con todos los requisitos a fines de evitar demoras e impugnaciones

REQUISITOS PARA EVALUACION DE DISCAPACIDAD EN PACIENTE EPILEPTICOS

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Neurología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Médica Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

Apellido y Nombre	
DNI	

1- Enfermedad de base (si la hubiera)

.....

2- Especificar tipo de crisis:.....

.....

3- Tiempo de evolución de las crisis:.....

4- Frecuencia de las crisis:

Diarias Semanales Mensuales otras (especificar)

5- Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y el tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).

ESQUEMA DE Tto N 1	ESQUEMA DE Tto N 2	ESQUEMA DE Tto N 3

6- Tratamiento actual (especificar drogas, dosis y el tiempo de duración del tratamiento actual)

ESQUEMA TERAPEUTICO ACTUAL

6- Adjuntar informe de los estudios realizados para abordar al diagnóstico

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7- Adjuntar diagnóstico según DSM IV de patologías psiquiátricas asociadas si las hubiera

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8- Resumen de Historia Clínica completo (antecedentes, estado actual, pronóstico, etc.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma y sello del médico actuante.

Fecha:...../...../.....

Bibliografía:

- 1- Sánchez Alvarez JC, Serrano Castro PJ, Cañadillas Hidalgo F.: Epilepsia refractaria en el Adulto. Rev Neurol 2002; 35:165-71.
- 2- Benbadis SR, Tatum WO, Vale FL. When drugs don't work. An algorithmic approach to medically intractable epilepsy. Neurology 2000;55:1780-4.
- 3- J. C Sánchez Alvarez, A Altuzarra Corral, JM Mercadé Cerdá, JL Casado Chocán, V Moreno Alegre, M Rufo Campos, R Camino León, JM Galán Barranco, E Pita Calandre, J Ramos Lizana, PJ Serrano Castro, en representación de la Sociedad Andaluza de Epilepsia. Guía terapéutica en epilepsia de la Sociedad Andaluza de Epilepsia 2005: IV. Principios Generales de politerapia antiépiléptica y estrategias terapéuticas en epilepsia refractaria. Rev Neurol 2005; 40: 743-50.
- 4- D Consalvo, A Thomson, P Saidón y grupo de trabajo de Epilepsia de la SNA. Guías para el uso de drogas antiépilépticas en adultos. Revista Neurológica Argentina 2006; 31: 111-116.
- 5- M Volcy Gomez. Epilepsia del lóbulo temporal mesial: fisiopatología, características clínicas, tratamiento y pronóstico. Rev Neurol 2004;38 (7): 663-667.
- 6- F Micheli, M Nogués, J Asconapé, MM Fernandez Pardal, J Biller. Tratado de neurología clínica. Sección XVI Epilepsia. Editorial Médica Panamericana 2002.

