Septiembre, 2019

RECOMENDACIÓN TRATAMIENTO

INFORME DE BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA DE EFECTOS DESEABLES E INDESEABLES

Guía de Práctica Clínica de Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más

A. PREGUNTA CLÍNICA

En personas con epilepsia ¿Se debe "realizar talleres de educación en la atención primaria respecto al autocuidado y tratamiento de epilepsia" en comparación a "no realizar"?

Análisis y definición de los componentes de la pregunta en formato PICO

Población: Personas con epilepsia.

Intervención: Realizar talleres de educación en la atención primaria respecto al autocuidado y tratamiento de epilepsia.

Comparación: No realizar.

Desenlaces (outcomes): Control de crisis, automanejo, funcionamiento social o psicológico, adherencia, calidad de vida, efectos adversos tratamiento.

B. MÉTODOS

Se realizó una búsqueda general de revisiones sistemáticas sobre epilepsia (ver Anexo 1: estrategia de búsqueda). Las bases de datos utilizadas fueron: Cochrane database of systematic reviews (CDSR); Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE); HTA Database; PubMed; LILACS; CINAHL; PsyclNFO; EMBASE; EPPI-Centre Evidence Library; 3ie Systematic Reviews and Policy Briefs Campbell Library; Clinical Evidence; SUPPORT Summaries; WHO institutional Repository for information Sharing; NICE public health guidelines and systematic reviews; ACP Journal Club; Evidencias en Pediatría; y The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un investigador o clínico experimentado resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. Finalmente, se seleccionaron las revisiones sistemáticas (y los estudios incluidos en éstas) correspondientes a la temática y se clasificaron en función de las preguntas a las que daban respuesta.

Los resultados de la búsqueda se encuentran alojados en la plataforma Living Overview of the Evidence (L·OVE), sistema que permite la actualización periódica de la evidencia.

C. Resultados

Resumen de la evidencia identificada

Se buscaron revisiones sistemáticas que analizan estudios en pacientes con epilepsia, en los cuales un grupo recibe intervenciones que promuevan el autocuidado contra un grupo que no recibe dicha intervención. Se identificaron 14 revisiones sistemáticas que incluyeron más de 50 estudios primarios. Debido a la alta heterogeneidad entre las poblaciones, intervenciones, comparaciones y desenlaces, no se pudo construir una matriz de evidencia.

Tabla 1: Resumen de la evidencia identificada

Revisiones sistemáticas	14 [1-14]
Estudios primarios	Más de 50 ensayos aleatorizados**

Selección de la evidencia

Considerando la heterogeneidad de la evidencia identificada, se precisó la intervención en conjunto con el panel de expertos hacia estudios que evaluaran: intervenciones grupales, cara a cara, con enfoque a los pacientes y que trataran sobre autocuidado. Debido a esto, se decidió seleccionar una revisión sistemática [1] que a juicio del equipo metodológico corresponde a la mejor evidencia disponible considerando su pertinencia, credibilidad (calidad metodológica), grado de actualización y completitud..

Además, se analizó un artículo provisto por el equipo de expertos participantes del panel convocado para elaborar la guía [15]. Sin embargo, este corresponde a un reporte de costo-efectividad, por lo que no fue incluido en el análisis.

Estimador del efecto

Al analizar la evidencia identificada, se concluyó que existe una revisión sistemática [1] que:

1. Incluye el total de los estudios posiblemente relevantes.
2. Entrega un estimador agregado del efecto (metanálisis) para los desenlaces de interés.

Por lo tanto, se decidió utilizar la información proveniente de esta revisión para construir la tabla de resumen de resultados. Sólo el desenlace control de crisis fue extraído directamente desde el estudio primario [16].

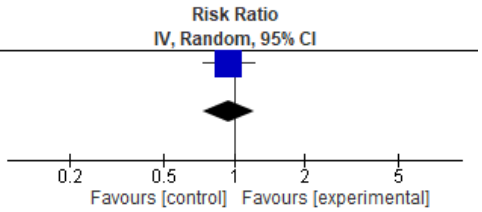
Si bien la revisión sistemática analiza once estudios, cinco de ellos fueron excluidos de nuestro análisis dado que no cumplían con los criterios de intervención establecidos por el panel.

Metanálisis

Control de crisis

Study or Subgroup	Experimental Events	Experimental Total	Control Events	Control Total	Weight	Risk Ratio IV, Random, 95% CI
SMILE UK	66	160	73	168	100.0%	0.95 [0.74, 1.22]
Total (95% CI)		**160**		**168**	**100.0%**	**0.95 [0.74, 1.22]**
Total events	66		73			

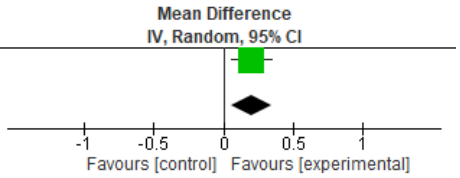
Heterogeneity: Not applicable
Test for overall effect: Z = 0.40 (P = 0.69)



Automanejo

Study or Subgroup	Experimental Mean	Experimental SD	Experimental Total	Control Mean	Control SD	Control Total	Weight	Mean Difference IV, Random, 95% CI
Fraser 2015	3.9	0.3	46	3.7	0.4	46	100.0%	0.20 [0.06, 0.34]
Total (95% CI)			**46**			**46**	**100.0%**	**0.20 [0.06, 0.34]**

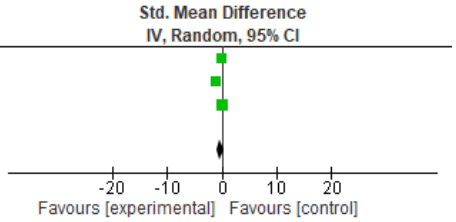
Heterogeneity: Not applicable
Test for overall effect: Z = 2.71 (P = 0.007)



Funcionamiento social o psicológico

Study or Subgroup	Experimental Mean	Experimental SD	Experimental Total	Control Mean	Control SD	Control Total	Weight	Std. Mean Difference IV, Random, 95% CI
Fraser 2015	6.5	6.8	46	7.4	5.4	46	33.3%	-0.15 [-0.55, 0.26]
Pramuka 2007	16.5	1.7	31	18.4	1.8	24	29.1%	-1.07 [-1.65, -0.50]
SMILE UK	5.5	3.9	205	5	3.9	199	37.7%	0.13 [-0.07, 0.32]
Total (95% CI)			**282**			**269**	**100.0%**	**-0.31 [-0.92, 0.29]**

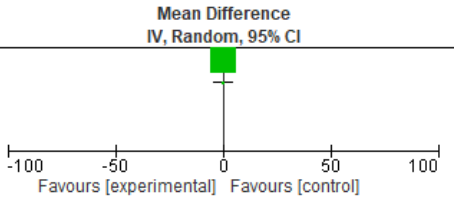
Heterogeneity: Tau² = 0.24; Chi² = 15.60, df = 2 (P = 0.0004); I² = 87%
Test for overall effect: Z = 1.01 (P = 0.31)



Adherencia

Study or Subgroup	Experimental Mean	Experimental SD	Experimental Total	Control Mean	Control SD	Control Total	Weight	Mean Difference IV, Random, 95% CI
Fraser 2015	4.6	0.4	46	4.4	0.4	46	99.9%	0.20 [0.04, 0.36]
SMILE UK	46.7	16.7	205	46.7	26.7	199	0.1%	0.00 [-4.36, 4.36]
Total (95% CI)			**251**			**245**	**100.0%**	**0.20 [0.04, 0.36]**

Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 0.01, df = 1 (P = 0.93); I² = 0%
Test for overall effect: Z = 2.40 (P = 0.02)



Calidad de vida

Study or Subgroup	Experimental Mean	Experimental SD	Experimental Total	Control Mean	Control SD	Control Total	Weight	Mean Difference IV, Random, 95% CI
Fraser 2015	65	20	46	66	18	46	14.0%	-1.00 [-8.78, 6.78]
Liu 2014	68.57	5.51	35	54.57	4.55	35	18.6%	14.00 [11.63, 16.37]
Pramuka 2007	67.3	2.6	31	65	2.8	24	19.0%	2.30 [0.85, 3.75]
SMILE UK	66.3	13	205	65.5	14	199	18.4%	0.80 [-1.84, 3.44]
Wang 2012	65.65	10.8	50	52.12	15.86	50	16.4%	13.53 [8.21, 18.85]
Yadegary 2015	73.66	13.84	30	61.25	18.32	30	13.6%	12.41 [4.19, 20.63]
Total (95% CI)			**397**			**384**	**100.0%**	**6.95 [1.33, 12.57]**

Heterogeneity: Tau² = 42.81; Chi² = 93.94, df = 5 (P < 0.00001); I² = 95%
Test for overall effect: Z = 2.42 (P = 0.02)

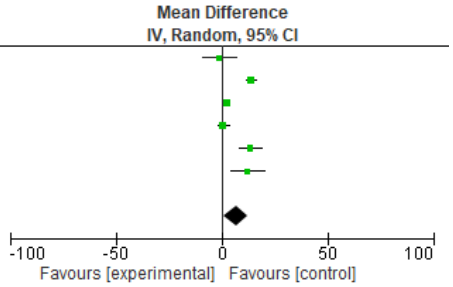


Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

REALIZAR TALLERES DE EDUCACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA RESPECTO AL AUTOCUIDADO Y TRATAMIENTO DE EPILEPSIA EN PERSONAS CON EPILEPSIA						
Pacientes	Personas con epilepsia.					
Intervención	Realizar talleres de educación en la atención primaria respecto al autocuidado y tratamiento de epilepsia.					
Comparación	No realizar.					
Desenlaces	**Efecto relativo (IC 95%) -- Pacientes/ estudios**	**Efecto absoluto estimado***			**Certeza de la evidencia (GRADE)**	**Mensajes clave en términos sencillos**
		SIN talleres de educación**	**CON talleres de educación****	**Diferencia (IC 95%)**		
Control crisis*** (seguimiento a 12 meses)	RR 0,95 (0,74 a 1,22) -- 328 pacientes / 1 ensayo [16]	435 por 1000	413 por 1000	Diferencia: 22 menos (113 menos a 96 más)	⊕◯◯◯ [1,2] Muy baja	Realizar talleres de educación grupales sobre autocuidado podría llevar a un peor control de crisis en pacientes con epilepsia. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.
Automanejo ****** (seguimiento a 6 meses)	-- 92 pacientes / 1 ensayo en una revisión sistemática [1]	3,7 puntos	3,9 puntos	DM: 0,2 (0,06 a 0,34 más)	⊕⊕◯◯ [1,3] Baja	Realizar talleres de educación grupales sobre autocuidado podría tener poco impacto en la capacidad de automanejo en pacientes con epilepsia, pero la certeza de la evidencia es baja.
Funcionamiento social o psicológico (seguimiento entre 6 y 12 meses)	-- 551 pacientes / 3 ensayos en una revisión sistemática [1]	DME*****: 0,31 menos (0,92 menos a 0,29 más)			⊕◯◯◯ [1,3,4] Muy baja	Realizar talleres de educación grupales sobre autocuidado podría tener poco impacto en funcionamiento social en pacientes con epilepsia. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.
Adherencia ******** (seguimiento entre 6 y 12 meses)	-- 496 pacientes / 2 ensayos en una revisión sistemática [1]	47 puntos	47,2 puntos	DM: 0,20 más (0,04 más a 0,36 más)	⊕⊕⊕◯ [1] Moderada	Realizar talleres de educación grupales sobre autocuidado probablemente tiene poco impacto en la adherencia de pacientes con epilepsia.
Calidad de vida******** (seguimiento entre 1 y 12 meses)	-- 781 pacientes / 6 ensayos en una revisión sistemática [1]	55 puntos	62 puntos	DM: 6,95 más (1,33 a 12,57 más)	⊕◯◯◯ [1,3,4] Muy baja	Realizar talleres de educación grupales sobre autocuidado podría tener poco impacto en la calidad de vida de pacientes con epilepsia. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.
Efectos adversos	Si bien la revisión sistemática evalúa este desenlace, no entrega los valores por separado para la intervención de interés.				--	--

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%. // DM: Diferencia de medias. // DME: Diferencia de medias estandarizada.
GRADE: Grados de evidencia *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*.
*El promedio **SIN talleres de educación** está basado en el promedio del grupo control en los estudios/en el promedio del estudio de mayor peso/en la mediana del grupo control de los estudios. El promedio **CON talleres de educación** (y su margen de error) está calculado a partir de la diferencia de medias (y su margen de error).
**Talleres de educación especificado por el panel de expertos como intervenciones grupales, cara a cara, con enfoque a los pacientes y que traten sobre autocuidado o manejo.
***Control de crisis fue definido como pacientes que tuvieron menos de una crisis al mes.
****Evaluado con la escala Epilepsy Self-Management Scale (ESMS), compuesta de 38 ítems, cada uno de ellos de 0 a 5 puntos, donde mayor puntaje corresponde a mayor automanejo. No se identificaron estudios que reporten una diferencia clínicamente relevante.
*****La diferencia media estandarizada se utiliza cuando el desenlace ha sido medido en diferentes escalas, siendo difícil su interpretación clínica. Comúnmente se acepta que valores cercanos a 0,2 tendrían poca relevancia clínica, valores de 0,5 tendrían relevancia moderada (se reconoce clínicamente) y valores superiores a 0,8 tendrían relevancia alta.
******Medido con la escala "Medication Adherence Scale" compuesta de 14 ítem con puntajes de 0 a 5, donde a mayor puntaje, mayor adherencia. No se identificaron estudios que reporten la diferencia mínima clínicamente relevante.
*******Medido a través de la escala QOLIE-31, compuesta de 31 ítems, con puntajes de 0 a 100, donde mayor puntaje, mejor calidad de vida. Un estudio reportó que un cambio mínimo relevante sería de 12 puntos [17].
[1] Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo ya que la mayoría de los ensayos fue ciego, hubo pérdidas importantes de pacientes. Además, la comparación en los ensayos fue inapropiada (lista de espera) o mal definida en la mayoría.
[2] Se disminuyó dos niveles de certeza de evidencia por imprecisión ya que cada extremo del intervalo de confianza lleva una decisión muy opuesta entre sí.
[3] Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión ya que cada extremo del intervalo de confianza lleva una decisión diferente. En el caso del desenlace automanejo, se disminuyó este nivel de certeza de evidencia debido al número de pacientes, ya que no se puede descartar que el efecto sea producto del azar.

[4] Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por inconsistencia, debido a que se observó heterogeneidad significativa entre los estudios ($I^2 > 80\%$).
Fecha de elaboración de la tabla: Septiembre, 2019.

REFERENCIAS

1. Wang Z., Zhang Y., Xin Y., Guo W., Zhuang L., Hu X., Gao X.. Is self-management effective for improving the quality of life in adult epileptics? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. European Journal of Integrative Medicine. 2019;29.
2. Bradley, Peter M, Lindsay, Bruce, Fleeman, Nigel. Care delivery and self management strategies for adults with epilepsy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;2(2):CD006244.
3. da Mota Gomes M, Navarro T, Keepanasseril A, Jeffery R, Haynes RB. Increasing adherence to treatment in epilepsy: what do the strongest trials show?. Acta neurologica Scandinavica. 2017;135(3):266-272.
4. Dannenberg M, Mengoni SE, Gates B, Durand MA. Self-management interventions for epilepsy in people with intellectual disabilities: A scoping review. Seizure. 2016;41:16-25.
5. De Buck E, Van Remoortel H, Dieltjens T, Verstraeten H, Clarysse M, Moens O, Vandekerckhove P. Evidence-based educational pathway for the integration of first aid training in school curricula. Resuscitation. 2015;94:8-22
6. Edward, Karen-leigh, Cook, Mark, Giandinoto, Jo-Ann. An integrative review of the benefits of self-management interventions for adults with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2015;45.
7. Kuo, Chia-Chi, Wang, Hsiu-Hung. Applying self-management intervention studies to patients with chronic illness: a systematic review. Journal of Nursing & Healthcare Research. 2012;8(1):50-60.
8. Lewis SA, Noyes J, Hastings RP. Systematic review of epilepsy self-management interventions integrated with a synthesis of children and young people's views and experiences. Journal of advanced nursing. 2015;71(3):478-97.
9. Luedke MW, Blalock DV, Goldstein KM, Kosinski AS, Sinha SR, Drake C, Lewis JD, Husain AM, Lewinski AA, Shapiro A, Gierisch JM, Tran TT, Gordon AM, Van Noord MG, Bosworth HB, Williams JW. Self-management of Epilepsy: A Systematic Review. Annals of internal medicine. 2019;171(2):117-126.
10. Luedke MW, Blalock DV, Lewinski AA, Shapiro A, Drake C, Lewis JD, Goldstein KM, Husain AM, Gierisch JM, Sinha SR, Tran TT, Gordon AM, Kosinski AS, Bosworth HB, Van Noord M, Williams, Jr. JW. Self-management of Epilepsy: A Systematic Review. VA Evidence-based Synthesis Program Reports. 2019;
11. Smith A, McKinlay A, Wojewodka G, Ridsdale L. A systematic review and narrative synthesis of group self-management interventions for adults with epilepsy. BMC neurology. 2017;17(1):114.
12. Smith G, Modi AC, Johnson EK, Shegog R, Austin JK, Wagner JL. Measurement in pediatric epilepsy self-management: A critical review. Epilepsia. 2018;59(3):509-522.
13. Wagner JL, Modi AC, Johnson EK, Shegog R, Escoffery C, Bamps Y, Austin JK, Schultz RJ, MapelLentz S, Smith G. Self-management interventions in pediatric epilepsy: What is the level of evidence?. Epilepsia. 2017;58(5):743-754.

14. Yeung J, Okamoto D, Soar J, Perkins GD. AED training and its impact on skill acquisition, retention and performance--a systematic review of alternative training methods. Resuscitation. 2011;82(6):657-64.
15. Centro de Excelencia CIGES de la Universidad de La Frontera. Estudio Costo-efectividad de Intervenciones en Salud. 2010.
16. Ridsdale L, Wojewodka G, Robinson EJ, Noble AJ, Morgan M, Taylor SJC, McCrone P, Richardson MP, Baker G, Landau S, Goldstein LH. The effectiveness of a group self-management education course for adults with poorly controlled epilepsy, SMILE (UK): A randomized controlled trial. Epilepsia. 2018;59(5):1048-1061.
17. Wiebe S, Matijevic S, Eliasziw M, Derry PA. Clinically important change in quality of life in epilepsy. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2002 Aug;73(2):116-20.

ANEXO 1: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

#1 (epilep* OR seizure* OR convuls* OR antiepilep* OR "anti-epileptic" OR "anti-epileptics" OR AED OR AEDS)

#2 (educat* OR train* OR teach* OR "self-management" OR "self management" OR selfmanagement*)

#3 #1 AND #2