



Asociación Valenciana

Apoyando a todas las familias españolas

La Epilepsia en el SÍNDROME DE RETT

Parte Clínica:

**Dra. D^a. Mercedes Pineda Marfa
Dra. D^a. A. Aracil**

Farmacoterapia:

**Dr. D. N. Víctor. Jiménez Torres
Dra. D^a. Asunción Albert**



La Epilepsia en el Síndrome de Rett

Guía Práctica para padres

Introducción.

Las niñas afectas de Síndrome de Rett pueden sufrir convulsiones, como trastorno asociado, en algún momento de su vida.

La incidencia de convulsiones epilépticas en estas niñas es del 60%.

La edad de inicio oscila entre los 2 y los 10 años.

Tanto el origen de la epilepsia como la razón por la cual unas niñas padecen crisis y otras no, son desconocidas.

En esta publicación recibirá información general sobre la forma de epilepsia que puede sufrir su hija, cuál será la mejor manera de ayudarla y como actuar cuando sufra una convulsión.

Con ello no se pretende que sea una guía médica de cómo tratar una epilepsia individualmente. Los padres deben estar sobre aviso, pero se les aconseja que no cambien las pautas del tratamiento médico o de las actividades de la vida diaria basándose en la información de esta publicación sin antes consultar con su propio médico.



¿Qué es una convulsión?

Una convulsión es un trastorno agudo de la función cerebral debido a una descarga bioeléctrica neuronal excesiva.

¿Qué es la epilepsia?

Epilepsia, en términos amplios, es la sucesión de convulsiones o la posibilidad de repetición de las convulsiones de origen cerebral, por un funcionamiento anormal de las neuronas cerebrales. Las niñas que tienen epilepsia presentan convulsiones que se repiten aleatoriamente, sin posible predicción y, en ocasiones, coincidiendo con un buen estado de salud de la niña. Las crisis epilépticas reciben diferentes denominaciones: espasmos, convulsiones, crisis comiciales, ataques o paroxismos. La convulsión es un signo de que existe un trastorno, pero por sí misma una convulsión no es una enfermedad ni un fenómeno aislado.

Por ello nos tiene que quedar claro que denominamos epilepsia a dos o más crisis convulsivas originadas por un mal funcionamiento neuronal. La epilepsia no se contagia. La epilepsia no es la causa de un retraso mental (aunque en algunas ocasiones se asocia a él). La epilepsia no es por culpa de los padres ni hay ningún responsable.

¿Cómo se realiza el diagnóstico de la epilepsia?

El diagnóstico de la epilepsia se realiza gracias a la descripción que hacen los padres de cómo ha sido la convulsión, por los exámenes físicos y neurológicos, y por los hallazgos en el electroencefalograma (EEG).

¿En qué consiste un Electroencefalograma (EEG)?

Un EEG es una prueba que consiste en medir la actividad eléctrica generada por el cerebro. No mide la inteligencia. Pequeños electrodos se colocan sobre el pelo de la cabeza y se mantienen con unas cintas de goma, con un pegamento especial, o bien con un gorro. No produce ningún dolor. Sin embargo las niñas deben permanecer quietas mientras se les colocan los electrodos y se realiza el EEG. Es frecuente que se enfaden e incluso lloren, por ello en ocasiones excepcionales es imprescindible sedarlas.

El EEG solamente registra la actividad eléctrica presente en el momento en que se realiza el mismo. Por ello únicamente se registrará una crisis si ésta se produce en el momento en que a la niña se le está realizando un EEG. Por otra parte, si la niña ha presentado una crisis reciente, el trazado del EEG mostrará unos cambios que son muy útiles para que el médico pueda prescribir el tratamiento adecuado. El EEG se debe realizar tanto



e estado de vigilia como con sueño, ya que la actividad epileptógena puede variar y estar presente en ambos estados. Con la medicación, las crisis pueden disminuir en frecuencia e incluso desaparecer, pero ello no significa que el EEG se normalice.

¿Con que frecuencia se le debe realizar a mi hija un EEG?

La repetición del EEG está indicada cuando las crisis cambian en su presentación. Es frecuente que las niñas con S. de Rett tengan patrones EEG patológicos. Este patrón de anormalidad puede consistir en actividades epileptógenas que se pueden registrar en pacientes con crisis epilépticas. La información que se obtiene del EEG puede ayudar a definir el tipo específico de crisis. El médico entonces puede escoger el tipo de medicación antiepiléptica más adecuado. Sin embargo un EEG normal no descarta el diagnóstico de epilepsia, ni tampoco que hayan ocurrido crisis. Por otra parte, si no existe una historia clínica de crisis epilépticas, un EEG anormal no confirma un diagnóstico de epilepsia.

¿Qué ocurre en el cerebro durante una crisis epiléptica?

Cada una de las células del cerebro (neuronas) es una unidad electroquímica que genera una pequeña cantidad de corriente eléctrica. El cerebro recibe las señales que se propagan a través de los nervios desde todas las partes del cuerpo. Habitualmente esta actividad eléctrica se halla bien regulada y organizada, pero en ocasiones, de repente, reproduce una actividad eléctrica excesiva o errática. Cuando esto ocurre se produce lo que llamamos una crisis epiléptica. El trastorno eléctrico que acompaña a esta crisis se puede producir desde cualquier parte del cerebro. La forma o el tipo de crisis nos puede indicar en qué área del cerebro se origina el trastorno eléctrico.

¿Cómo se pueden manifestar en las niñas con S. de Rett?

Existen muchos tipos de crisis dependiendo de la localización en el cerebro del trastorno eléctrico. Las formas más comunes y la descripción de estas crisis se analizan a continuación.

Las formas más frecuentes son:

- **Crisis convulsivas generalizadas.**
- **Crisis convulsivas parciales.**



CRISIS GENERALIZADAS

La crisis se denomina generalizada cuando el trastorno eléctrico afecta a todo el cerebro.

Crisis tónico-clónica generalizada.

Son crisis que afectan a todo el cerebro, por esto durante la crisis pueden participar todos los músculos del cuerpo, las funciones motoras y acompañarse de pérdida de consciencia. La niña pierde la consciencia, puede caerse y, seguidamente, presentar movimientos rítmicos bruscos de todas las extremidades, o bien presentar una rigidez generalizada seguida de movimientos rítmicos. Habitualmente su duración no sobrepasa los cinco minutos. Cuando la niña recobra la consciencia, puede quedarse somnolienta durante 1 o 2 horas. Después del descanso, puede proseguir con sus actividades diarias. Durante la crisis pueden producir ruidos guturales o gritos, que son producto del aire que sale de los pulmones y de la garganta. No es un grito de dolor. Este tipo de crisis se denominaba "gran mal", y hoy día nos referimos a ellas como crisis tónico/clónica generalizadas, pues no implican por sí mismas un mal pronóstico.

Crisis de ausencia

Este tipo de crisis que se ha denominado como "pequeño mal" se caracteriza por bloqueos muy breves de toda actividad sin ninguna señal de predicción. Duran de 5 a 10 segundos. Inmediatamente el paciente sigue con su actividad sin ningún periodo de somnolencia ni confusión.

Crisis aquinéticas/atónicas

Este tipo de crisis se caracterizan por una pérdida brusca del tono postural. Si la niña está de pie, repentinamente se vuelve flácida y cae bruscamente al suelo.

Si está sentada, podemos observar una pérdida del tono de la cabeza que se le caerá hacia delante o hacia atrás. Estas crisis son muy breves. Inmediatamente después, la niña recupera su actividad habitual. Estas crisis también se denominan de caída brusca (drop attacks).

Crisis mioclónicas generalizadas

Estas crisis consisten en movimientos breves y bruscos de una o más extremidades (parecen tics).



CRISIS PARCIALES

Decimos que una crisis es parcial cuando el inicio de la misma (el trastorno eléctrico) se limita a una parte del cerebro. El trastorno eléctrico en ocasiones también se puede extender y afectar a todo el cerebro y, cuando esto ocurre, decimos que se trata de crisis parciales que secundariamente se han generalizado.

Crisis parciales simples

No tienen pérdida de consciencia. Se presentan como movimientos rítmicos de una extremidad o bien de un lado de la cara o de la mitad del cuerpo. La crisis puede estar precedida de una señal (aura) y seguida de un breve periodo de debilidad de la extremidad, de una zona de la cara u otros déficits.

Crisis parciales complejas

Durante la crisis hay trastornos de consciencia y en ella la niña es incapaz de realizar respuestas coherentes o cumplir las funciones habituales. Las crisis pueden consistir en tan solo periodos de estupor, o periodos de estupor acompañados de conductas motoras automáticas como dar vueltas a su alrededor, coger objetos inexistentes, o realizar movimientos no propositivos de los brazos o de las piernas.



¿Qué tipo de crisis se dan con mayor frecuencia en el S. de Rett?

Las niñas con S. de Rett pueden presentar crisis parciales y crisis generalizadas. No se ha observado un tipo específico de crisis en las niñas afectas de S. de Rett. Su hija puede tener un solo tipo de crisis o bien más de un tipo. Recordar que algunas niñas con S. de Rett nunca tienen crisis.

¿Cómo se realiza el diagnóstico?

El diagnóstico de epilepsia se realiza gracias a la descripción que hacen los padres de cómo ha sido la convulsión, por los exámenes físicos, neurológicos y los hallazgos en el EEG.

¿Qué debo hacer si mi hija tiene una crisis epiléptica?

Durante la crisis:

- ❖ Intentar observar qué sucede exactamente durante la crisis. Permanecer tranquilos y mirar exactamente su duración. Es muy posible que su médico no llegue nunca a poder ver una crisis de su hija. Los padres son la mayor fuente de información que tendrá el médico. Si es posible, es muy útil grabar las crisis en un vídeo para poder mostrarlas con mayor detalle.
- ❖ Colóquela echada de lado por si acaso vomita durante la crisis, mantenga el cuello en extensión para obtener una buena entrada de aire en las vías aéreas y en el aparato respiratorio.
- ❖ Intente colocarle un tubo de goma o un pañuelo en la boca, para evitar que se muerda la lengua.
- ❖ Retire todos los objetos contundentes cercanos a ella y protéjala de los que la puedan lesionar.
- ❖ Afloje las ropas, especialmente las que tenga alrededor del cuello.
- ❖ Recuerde que si se le detiene la respiración durante unos segundos o presenta palidez o cianosis (color azulado), ello no significa que se halla en peligro. Puede ocurrir en algunas crisis.
- ❖ Administrar por vía rectal una cánula de diacepán (**Stesolid**[®]) de 5 mg en menores de 2 años, de 10 mg en mayores de 2 años y en adultos, dosis que puede repetirse



una vez si no cede la convulsión en 2-3 minutos. Consultar con el médico pues se administra en relación con el peso de la niña y según el tipo de crisis.

- ❖ Permanezca al lado de la niña hasta que la crisis se termine y vuelva a recuperar su consciencia.
- ❖ Recuerde que aunque parezca que la niña tiene dolor, durante la crisis ella no siente nada.
- ❖ Darle seguridad y confianza a la niña después de que la crisis haya pasado.
- ❖ Si la crisis dura más de 10 minutos deberá llamar a su médico, al hospital o bien llevarla a un servicio de urgencias. Las crisis prolongadas pueden ser perjudiciales. Si dura más de 20 minutos se denomina "*status epiléptico*" y deben tomarse medidas específicas.
- ❖ No intente abrirle la boca cuando la tiene cerrada y aprieta los dientes, ni introducirle los dedos o bien objetos para separarles los dientes y evitar que se muerda la lengua. Anatómicamente es imposible que su hija se trague la lengua.
- ❖ No intente echarle agua fría, zarandearla o darle palmadas para que se recupere de la crisis. Usted no puede parar la crisis con estos métodos.
- ❖ No intente darle medicinas, agua, ni alimentos por boca durante la crisis, ni en el período postcrítico. Tampoco es conveniente dejarla todo el día en la cama después de una crisis.

Recomendaciones para los períodos intercríticos:

- ❖ Es conveniente la utilización de casco de protección si su hija cae con frecuencia o si su cabeza cae hacia delante durante la crisis. En ocasiones no es posible cogerla y el casco puede protegerla de lesiones en la cara y cabeza.
- ❖ Todas las niñas con epilepsia deben realizar actividades normales pero tomando las precauciones necesarias. Hay que vigilarlas cuando puedan sufrir alguna lesión, como puede ocurrir durante el baño, piscina etc.
- ❖ Es importante que los profesores del colegio estén bien informados de: el diagnóstico y del tipo de crisis, de la medicación, de los efectos secundarios, de qué deben hacer cuando se presente una crisis, del médico o del Centro de Urgencias (Hospital) que la debe atender si los padres no están localizables. Es importante que los maestros informen a los padres de cómo ha sido la crisis de la niña en el colegio y de los cambios de su conducta.



- ❖ Es importante y necesario explicar a sus hermanos y al resto de la familia que la niña tiene epilepsia y de cómo se manifiestan las convulsiones.
- ❖ La información precisa y el conocimiento acerca de la epilepsia son fundamentales para poder superar las situaciones de estrés que se producen durante las crisis.

Las niñas con S. de Rett presentan patrones de respiración muy irregulares, movimientos estereotipados, posturas anormales de los brazos y/o de las piernas, bruxismo (rechinar de dientes) y movimientos de balanceo. ¿Cómo se puede saber si está presentando una crisis durante estos episodios? ¿Son crisis epilépticas?

En ocasiones es difícil diferenciar entre las conductas asociadas, las apneas (contienen la respiración) y la actividad epiléptica. Usted debe observar con detalle todo lo que ocurre. Por ejemplo, cuando aguantan la respiración se debe vigilar si se acompaña de movimientos espasmódicos o viceversa. ¿Son los movimientos rítmicos o más bien erráticos?. ¿Cuánto dura el episodio?, ¿Se duerme o se queda somnolienta después?. Observar sus ojos. ¿Tiene la mirada perdida o sus globos oculares hacen movimientos circulares?. ¿Se le cae la cabeza?. Todos estos movimientos se pueden observar durante las apneas y también durante las crisis. Se han de describir con detalle todos estos fenómenos a su médico. Eventualmente, será preciso realizar una monitorización con vídeo, EEG y con registro de la respiración. Así se podrán analizar y diferenciar las conductas asociadas a un patrón de respiración irregular de una crisis epiléptica.

También es necesario realizar una filmación de vídeo y/o un EEG cuando la niña realice todas las otras conductas asociadas, aunque habitualmente ninguna de ellas ha sido asociada a una actividad epiléptica.

¿Qué tipo de medicamentos se utilizan para tratar las convulsiones en el S. de Rett?

El tratamiento más común y más útil para la epilepsia es el farmacológico con anticonvulsivantes. Existen muchos fármacos aunque ninguno es específico para tratar las crisis convulsivas del S. de Rett. Se escoge el fármaco según el tipo de crisis. El objetivo principal de estos fármacos es controlar las crisis con los mínimos efectos secundarios. Las dosis que se deben administrar se calculan según el peso de la niña, nivel de absorción y relación con los otros fármacos que pudiera estar tomando. Se adjunta una tabla de los fármacos más habituales y sus efectos secundarios.



¿En qué consiste la monitorización de las concentraciones de antiepilépticos en plasma?

La premisa más importante para la monitorización de fármacos es que la respuesta o intensidad del efecto farmacológico se correlaciona más estrechamente con la concentración plasmática que con la dosis administrada.

La información que proporciona la determinación de las concentraciones del antiepiléptico en plasma, considerando además la situación clínica del paciente, permite adecuar las dosis de forma individual y reconocer las causas por las cuales se obtiene una respuesta inadecuada en un paciente determinado. El objetivo de la monitorización es la individualización de la posología en el paciente, buscando el mayor beneficio del tratamiento antiepiléptico instaurado.

¿Cómo y cuando se deben de monitorizar las concentraciones en plasma?

Se debe de realizar una extracción de muestra de sangre, preferentemente en un momento previo a la administración de la dosis del antiepiléptico. Se recomienda monitorizar siempre que se sospeche de incumplimiento, se evidencie toxicidad o se presenten crisis recurrentes. La periodicidad está en función del cumplimiento del tratamiento, de la situación clínica y de las modificaciones del tratamiento; cambios de dosis o horarios de administración o bien, si se incorporan medicamentos con potencialidad de interacción. Los fármacos antiepilépticos que se monitorizan habitualmente son: Carbamazepina, Fenitoína, Fenobarbital y Valproico.

Pautas esenciales que se deben conocer y seguir al utilizar estas medicaciones

- 1.- Conocer los medicamentos que toma su hija, incluyendo el laboratorio farmacéutico, el nombre genérico, color, forma y tamaño. Comprobar los medicamentos cuando los repongamos y preguntar cualquier diferencia que observe al farmacéutico o bien a su médico.
- 2.- Dar las dosis según las instrucciones que constan en la receta de su médico. Póngase de acuerdo con su médico para que el horario y la forma de administración resulte lo más razonable y cómodo para la niña. No suprima un tratamiento por su cuenta, incluso en el caso de efectos secundarios. Consulte antes a su médico.
- 3.- Pregunte qué debe hacer si un día se le olvida administrarle la medicación.
- 4.- Infórmese sobre los posibles efectos secundarios y pida instrucciones de los pasos que debe seguir.



- 5.- Pregunte a su médico acerca de las posibles interacciones de los medicamentos recetados con el antiepiléptico que toma su niña.
- 6.- Mantenga controles periódicos con su médico para que él pueda regular la respuesta de su hija al tratamiento.
- 7.- El tratamiento que le han recetado sólo es para su hija. No lo administre a ninguna otra persona. Mantenga los medicamentos fuera del alcance de los niños.
- 8.- Pregunte a su farmacéutico dónde debe guardar los medicamentos. Normalmente se aconseja mantenerlos en un lugar seco, frío, sin luz directa del sol ni humedad. Si observa alguna alteración en el producto consulte con su farmacéutico antes de administrarlo.

¿Qué efectos secundarios deberá tener en cuenta y explicar a su médico?

Todos los efectos secundarios se deben explicar a su médico aunque crea que no son importantes.

Afortunadamente, los medicamentos antiepilépticos no tienen con frecuencia efectos secundarios graves. Al iniciar la medicación puede observarse irritabilidad, somnolencia, cambio de carácter, o bien, alteraciones cutáneas, intolerancia gástrica, vómitos, etc.

También pueden aparecer cuando ya llevan tiempo tomándola y, en ocasiones, por interacciones con otros medicamentos.

¿Qué ocurre si se olvida de tomar una dosis de medicación?

Los antiepilépticos se administran diariamente para mantener el nivel sanguíneo adecuado para controlar las crisis. Si no se administran según se ha prescrito, su efecto no se alcanza completamente. No obstante, el retrasar la administración de una dosis, hasta 3 ó 4 horas, respecto al horario establecido no es motivo para suprimirla. Debe administrarse en ese momento. Cuando la ha olvidado, no la acumule al horario de la siguiente dosis. Nunca administrar dos dosis a la vez si no lo ha consultado previamente. Recuerde que algunos medicamentos son de acción sostenida de modo que una sola toma al día proporciona el mismo efecto que las dosis de medicamentos convencionales (acción inmediata).



¿Cuándo se puede retirar la medicación antiepiléptica?

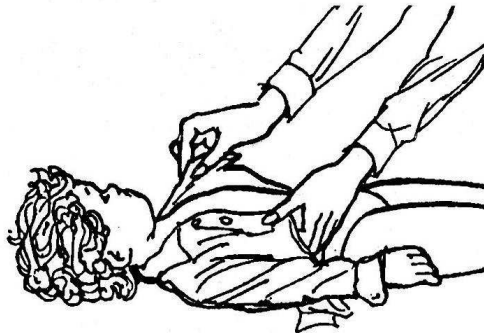
Nunca se puede suspender bruscamente esta medicación. Como norma general se considera que se puede suprimir de forma gradual siempre, que el paciente lleve por lo menos dos años sin crisis y dos años con el EEG sin actividad epiléptica ni en vigilia ni en sueño, pero siempre dependiendo del tipo de crisis que haya presentado. La medicación antiepiléptica no provoca adicción, pero es muy importante retirarla lentamente; es decir en al menos dos o tres meses.

¿Con qué frecuencia se debe acudir a control médico?

Su médico la controlará cada 4 - 6 meses dependiendo de la edad y de su estado general. El control analítico en sangre y los niveles de fármacos antiepilépticos se realizan dependiendo de los aumentos de peso, crecimiento y del tipo de fármaco que tome. En cualquier caso, es recomendable una o dos veces al año. Los controles se realizarán con mayor frecuencia si las crisis cambian en su presentación, frecuencia o bien aparecen efectos secundarios.

¿Qué hay que hacer cuando una niña está convulsionando?

1. Tender a la niña boca arriba en el suelo o en un lugar donde no pueda hacerse daño (evitar golpes, caídas, retirar objetos, dejarle espacio, etc.).
2. Desabrochar la ropa y quitar el exceso de abrigo.
3. Retirar todo lo que tenga en la boca para evitar que las vías respiratorias se obstruyan.
4. Colocarle la cabeza de lado, por si vomita.



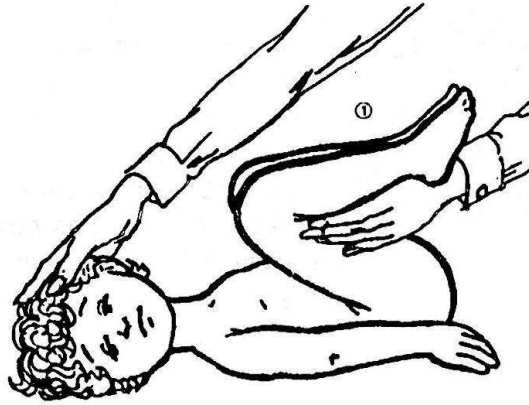


¿Cómo se trata?

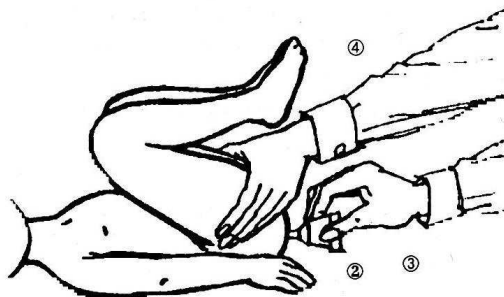
Administrar el diazepam vía rectal según las indicaciones del médico:

1. Flexionar las rodillas del niño sobre el abdomen (1).

PIERNAS FLEXIONADAS
- CABEZA LADEADA



2. Introducir la cánula en el ano (2).
3. Vaciar el contenido de la cánula en el interior del recto.
4. Con la otra mano mantener las dos nalgas apretadas durante dos minutos para evitar que el líquido administrado pueda ser expulsado.



UNA MANO PRESIONA LAS NALGAS Y LA OTRA INTRODUCE EL MEDICAMENTO



- * Este procedimiento puede dejar a la niña adormecida.
- * Deberá mantenerlo en un ambiente tranquilo.
- * No comerá hasta pasadas unas horas.



¿Cuándo debe llevarle al hospital?

1. Cuando su médico se lo indique.
2. Cuando la convulsión se prolongue más allá de 5-10 minutos a pesar de haber administrado correctamente el diazepam vía rectal.
3. Cuando la convulsión se acompañe de fiebre sin que conozcamos la causa de ésta.

¿Qué tipo de vida puede llevar la pequeña?

La niña con convulsiones puede llevar una vida absolutamente normal. (Puede ir a la escuela y puede practicar todo tipo de deporte o juegos).



PRINCIPIO ACTIVO (Nombre comercial) PRESENTACIONES	TIPO DE CONVULSIÓN	EFFECTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES	PROBLEMAS CON EL ANTIIEPILÉPTICO AL ASOCIAR OTRA MEDICACIÓN (*)
CARBAMAZEPINA <i>Tegreto[®]</i> comp 200 y 400 mg	PARCIAL Simple Compleja GENERALIZADA Tónico/Clónica	Visión doble, ataxia, somnolencia, vértigo, visión borrosa, náuseas, neutropenia, hiponatremia.	<i>DISMINUCIÓN DE NIVELES: Felbamato, Fenitoína, Fenobarbital, Primidona.</i> <i>AUMENTO DE NIVELES: Gmetidina, Claritromicina, Eritromicina, Danazol, Diltiazem, Fluoxetina, Isoniazida, Lamotrigina, Propoxifeno, Verapamilo, Valproico.</i>
CLONAZEPAM <i>Rivotri[®]</i> comp 0,5 y 2 mg gts 2,5 mg/mL	GENERALIZADA Ausencia Mioclonía	Somnolencia, fatiga, sedación, agresividad y hiperkinesia (en niños), mareos.	<i>DISMINUCIÓN DE NIVELES: Carbamazepina, Fenitoína.</i>
CLORACEPATO <i>Nansius[®]</i> <i>Tranxilium[®]</i> caps 5, 10 y 15 mg comp 50 mg sob Pedt 2,5 mg	PARCIAL Simple Compleja	Somnolencia, mareos, sedación, ataxia, confusión.	<i>AUMENTO DE NIVELES: Gmetidina.</i>
ETOSUXIMIDA <i>Zarontin[®]</i> <i>Etosuximida Faes[®]</i> caps 250 mg jbe 250 mg/5mL	GENERALIZADA Ausencia Acinética/Atónica	Vómitos, náuseas, anorexia, dolor de cabeza, hipo, agitación, somnolencia.	<i>DISMINUCIÓN DE NIVELES: Carbamazepina, Fenitoína, Fenobarbital.</i> <i>AUMENTO DE NIVELES: Isoniacida, Valproico.</i>
FENITOÍNA <i>Neosidantoína[®]</i> <i>Epanutin[®]</i> <i>Sinergina[®]</i> caps 100 mg comp 100 mg jbe 125 mg/5mL	GENERALIZADA Tónico/Clónica PARCIAL Simple Compleja	Nistagmo, ataxia, náuseas, vómitos, hiperplasia gingival, letargia, movimientos anómalos, confusión mental, cambios cognitivos, neuropatía.	<i>DISMINUCIÓN DE NIVELES: Ac. Fólico, Antiácidos, Carbamazepina, Clobazam, Fenilbutazona, Fenobarbital, Nutrición enteral, Rifampicina, Salicilatos, Sucralfato, Sulfisoxazol, Valproico, Vigabatrina.</i> <i>AUMENTO DE NIVELES: Amiodarona, Cimetidina, Cloranfenicol, Disulfiram, Felbamato, Fluconazol, Isoniazida, Omeprazol, Tolbutamida, Topiramato.</i>
FENOBARBITAL <i>Gardenal[®]</i> <i>Gratusmina[®]</i> <i>Luminal[®]</i> <i>Luminaletas[®]</i> comp 15, 50 y 100 mg gts 126 mg/mL	GENERALIZADA Tónico/Clónica PARCIAL Simple Compleja	Hiperactividad (niños), sedación, pérdida de memoria (niños), irritabilidad (niños), insomnio (niños), fatiga, depresión.	<i>DISMINUCIÓN DE NIVELES: Carbamazepina, Fenitoína, Vigabatrina.</i> <i>AUMENTO DE NIVELES: Felbamato, Fenitoína, Cimetidina, Cloranfenicol, Valproico.</i>
GABAPENTINA <i>Neurontin[®]</i> caps 100, 300 y 400 mg	PARCIAL Simple Compleja GENERALIZADA Tónico/Clónica	Somnolencia, fatiga, ataxia, molestias gastrointestinales, mareo.	<i>No se han descrito</i>
LAMOTRIGINA <i>Lamictal[®]</i> <i>Labileno[®]</i> comp 25, 50, 100 y 200 mg	PARCIAL Simple Compleja GENERALIZADA Tónico/Clónica	Mareo, temblor, dolor de cabeza, ataxia, visión doble, molestias gastrointestinales, rash.	<i>DISMINUCIÓN DE NIVELES: Carbamazepina, Fenitoína, Fenobarbital.</i> <i>AUMENTO DE NIVELES: Valproico.</i>



PRINCIPIO ACTIVO (Nombre comercial) PRESENTACIONES	TIPO DE CONVULSIÓN	EFFECTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES	PROBLEMAS CON EL ANTEPILEPTICO AL ASOCIAR OTRA MEDICACIÓN (*)
PRIMIDONA <i>Mysoline</i> [®] comp 250 mg	GENERALIZADA Tónico/Clónica PARCIAL Simple Compleja	Somnolencia, fatiga, mareos, irritabilidad, náuseas, vómitos.	<i>DISMINUCIÓN DE NIVELES:</i> <i>Acetazolamina, Carbamazepina.</i> <i>AUMENTO DE NIVELES:</i> <i>Clonazepam, Felbamato, Fenitoína,</i> <i>Valproico.</i>
VALPROICO, Acido <i>Depakine</i> [®] comp 200 mg y 500 mg "crono" 300 mg y 500 mg sol 200 mg/MI	GENERALIZADA Tónico/Clónica Ausencia Mioclonías PARCIAL Simple Compleja	Aumento de peso, alopecia, alteraciones gastrointestinales, temblor, aumento de enzimas hepáticos, náuseas, vómitos, edema periférico.	<i>DISMINUCIÓN DE NIVELES:</i> <i>Carbamazepina, Fenitoína,</i> <i>Fenobarbital, Primidona.</i> <i>AUMENTO DE NIVELES:</i> <i>Eritromicina, Felbamato, Fluoxetina,</i> <i>Salicilatos.</i>
VIGABATRINA <i>Sabrilax</i> [®] sob 500 mg sob 1, 2 y 3 g comp 500 mg	PARCIAL Simple Compleja	Cambios del comportamiento, sedación, fatiga, depresión, aumento de peso, molestias gastrointestinales.	<i>No se han descrito.</i>

(*) NOTA: La asociación de estos medicamentos al tratamiento antiepiléptico habitual puede requerir tanto un seguimiento clínico y una monitorización más intensiva, como una modificación de la dosis prescrita del antiepiléptico.

ABREVIATURAS: caps: cápsulas; comp: comprimidos; gts: gotas; jbe: jarabe; sob: sobres; sob Pedt: sobres pediátricos; sol: solución.



OTROS MEDICAMENTOS QUE PUEDEN UTILIZARSE COMO ALTERNATIVA

PRINCIPIO ACTIVO (Nombre comercial) PRESENTACIONES	INDICACIÓN	EFECTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES	PROBLEMAS CON EL ANTIEPILEPTICO AL ASOCIAR OTRA MEDICACIÓN (*)
CLOBAZAM Noiafren® Clarmy® comp 10 y 20 mg	Ansiedad Insomnio	Sedación, mareo, irritabilidad depresión, desinhibición.	<i>DISMINUCIÓN DE NIVELES:</i> Carbama zepina, Fenitoína, Fenobarbital.
FELBAMATO Taloxa® comp 400 y 600 mg susp 600 mg/mL	Síndrome de Lennox-Gastaut (edad ≥ 4 años)	Irritabilidad, insomnio, anorexia, náusea, dolor de cabeza.	<i>DISMINUCIÓN DE NIVELES:</i> Carbama zepina, Fenitoína, Fenobarbital.
NITRAZEPAM Nitrazepam Prodes® Serenade® comp 5 mg	Insomnio	Somnolencia, confusión, ataxia, molestias gastrointestinales, mareos, sedación, cefalea, depresión.	<i>DISMINUCIÓN DE NIVELES:</i> Rifampicina. <i>AUMENTO DE NIVELES:</i> Probenecid
TOPIRAMATO (*) Topamax® comp 25, 50, 100 y 200 mg	Convulsiones parciales y con generalización secundaria	Dificultades cognitivas, temblor, mareo, ataxia, dolor de cabeza, fatiga cálculos renales, molestias gastrointestinales.	<i>DISMINUCIÓN DE NIVELES:</i> Carbama zepina, Fenitoína.

(*) Medicamento no comercializado en España. Las indicaciones corresponden al país de origen