

---

## Caracterización de los patrones de prescripción de nuevos antiepilépticos

### *Prescription patterns characteristics of new antiepileptic drugs*

**Dra. Tania García-Arias; Dra. Indira López-Gutiérrez; Dra. Emilia Argelia Don-Quirós; Dr. Ernesto Sánchez-Rodríguez; Dra. Iraida Mederos-Pérez; Dra. Marena Morales-Morales.**

Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Fundamento:** la epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes y cerca del 30 % de los pacientes que la padecen no se controlan con antiepilépticos clásicos.

**Objetivo:** caracterizar los patrones de prescripción de antiepilépticos nuevos.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo transversal, de utilización de medicamentos, de tipo prescripción/indicación, con elementos de esquema terapéutico. El universo estuvo constituido por 300 pacientes y todos quedaron incluidos en el estudio. Las variables evaluadas fueron: grupo de edad, indicaciones, asociaciones e intervalos de administración.

**Resultados:** predominó el uso de vigabatrina y lamotrigina en niños, y en pacientes con diagnóstico de epilepsia, mientras que la gabapentina se empleó más en adultos y en el dolor neuropático. La vigabatrina y la lamotrigina se emplearon sobre todo asociadas a antiepilépticos clásicos, donde el valproato fue el más utilizado. La gabapentina se utilizó solo en monoterapia. Existieron errores en los intervalos de administración de los tres fármacos estudiados.

**Conclusiones:** la prescripción de nuevos antiepilépticos fue adecuada en la mayoría de los casos. Los errores identificados estuvieron relacionados con los intervalos de administración.

**DeCS:** ANTICONVULSIVANTES/administración&dosificación; ERRORES DE MEDICACIÓN; MEDICAMENTOS BAJO PRESCRIPCIÓN; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA; EPILEPSIA/tratamiento farmacológico.

## ABSTRACT

**Background:** epilepsy is one of the most frequent neurological diseases and almost 30 % of patients who suffer from it do not get control with classic antiepileptic drugs.

**Objective:** to characterize prescription patterns of new antiepileptic drugs.

**Methods:** a descriptive and cross-section study about use of medicines, of prescription-indication type with elements of therapeutic scheme was conducted. The study universe was composed of 300 patients and all of them were included on the research. The following variables were studied: group of age, associations, indications and interval of administration.

**Results:** use of vigabatrin and lamotrigine prevailed in children and patients with diagnosis of epilepsy. Use of Gabapentin was more frequent in adults and neuropathic pain. Vigabatrin and lamotrigine were mainly used in associations with classical antiepileptic drugs, being valproate the drug more used on it. Gabapentin was only used alone. There were mistakes on intervals of administration of all studied drugs.

**Conclusion:** prescription of new antiepileptic drugs was adequate in most cases. Identified mistakes were related to intervals of administration.

**DeCS:** ANTICONVULSANTS/administration&dosage; MEDICATION ERRORS; PRESCRIPTION DRUGS; EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE; EPILEPSY/drug therapy.

---

## INTRODUCCIÓN

La epilepsia es un trastorno cerebral caracterizado por una predisposición mantenida para generar crisis epilépticas recurrentes y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales derivadas de esta condición. Se denomina crisis epiléptica a la aparición transitoria de signos y síntomas como consecuencia de la actividad anormal excesiva o hipsincrónica de las neuronas de un área cerebral.<sup>1-4</sup>

Según los criterios de la Liga Internacional contra la epilepsia, la prevalencia de esta oscila entre 1,5 y 10,8 por cada 1 000 habitantes y la incidencia entre 20 y 70 por cada 100 000 habitantes por año.<sup>5</sup>

En Cuba, la prevalencia varía desde 3,3 hasta 7,1 por 1 000 habitantes.<sup>6</sup> El estudio realizado por Rimbau Cabrera D,<sup>7</sup> en Camagüey, sobre reacciones adversas a los anticonvulsivantes, muestra la cifra de 923 niños con diagnóstico de epilepsia activa.

Esta enfermedad neurológica predomina en el sexo masculino y en los grupos etáricos más jóvenes. Disminuye en la adultez temprana y aumenta hacia la sexta y séptima décadas de la vida.<sup>1, 2, 6</sup>

Cerca del 30 % de los pacientes es resistente a los antiepilépticos clásicos.<sup>8</sup> En estos casos se requieren soluciones terapéuticas alternativas (cirugía, estimulación del nervio vago, el

cerebelo, o protocolos farmacológicos con nuevos medicamentos).<sup>9-12</sup>

Para lograr un mayor control de la epilepsia refractaria, en 1990 se comenzaron a introducir en Europa, Estados Unidos y otros países, anticonvulsivantes de segunda generación (felbamato, lamotrigina, vigabatrina, gabapentina, la oxcarbazepina y topiramato).<sup>5,8</sup> Primero fueron aprobados como terapia adjunta, y con posterioridad, en monoterapia para varios tipos de crisis epilépticas en adultos y niños.<sup>13</sup>

En Cuba se comenzaron a utilizar a partir de 2002, gracias a un gran esfuerzo del sistema de salud, que ha garantizado un suministro estable a pesar de su elevado costo.<sup>5</sup> Sólo existen en el cuadro básico de medicamentos de 2014: lamotrigina 100 mg, vigabatrina 500 mg y gabapentina 300 mg, los que deben ser prescritos por especialistas en Neurología a pacientes con diagnóstico de epilepsia, y en el caso de la gabapentina, aprobado además para el tratamiento del dolor neuropático.<sup>14-16</sup>

Aún no existe suficiente experiencia en la provincia de Camagüey con relación al uso de estos fármacos. De ahí el estudio estuvo dirigido a caracterizar el comportamiento de los patrones de prescripción de los mismos en este territorio.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal de utilización de medicamentos, de tipo pres-

cripción/indicación, con el objetivo de caracterizar los patrones de prescripción de los anticonvulsivantes de segunda generación en el municipio Camagüey, en el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de agosto de 2015. El estudio incluyó el total de farmacias de dicho municipio donde se expenden medicamentos controlados. El universo estuvo constituido por los 300 pacientes con certificados de medicamentos controlados de nuevos anticonvulsivantes, vigentes durante el período en estudio; se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

**Criterios de inclusión:** Pacientes que tengan indicado estos medicamentos en monoterapia o como terapia adjunta.

**Criterios de exclusión:** Pacientes cuyo certificado médico no recoja toda la información necesaria para la realización de la investigación.

Las variables evaluadas fueron: grupos de edades, indicaciones, asociaciones e intervalos de administración. Estos datos se extrajeron de los certificados de medicamentos. Con la información recogida se confeccionó una base de datos en SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versión 21, que permitió el procesamiento de los mismos mediante técnicas de estadística descriptiva e inferencial. Se emplearon técnicas univariadas consistentes en distribución de frecuencias absolutas y relativas.

## RESULTADOS

Según la distribución de los pacientes por grupos de edades. Puede observarse que vigabatrina y lamotrigina predominaron en pacientes entre uno y 10 años, con un 45,16 % y 24,69 %, mientras que la gabapentina predominó en el grupo de 51 a 60 años seguido por el de 41 a 50 años, con un 23,94 % y 21,80 % (tabla 1).

La vigabatrina se prescribió más en pacientes con diagnóstico de epilepsia parcial con generalización secundaria (77,41 %) y la lamotrigina en pacientes con diagnóstico de epilepsia generalizada (48,14 %). Por el contrario la gabapentina fue prescrita en un mayor por ciento (73,40 %) para tratar diferentes causas de dolor neuropático entre las que se destacaron la neuralgia del trigémino y la neuropatía diabética (tabla 2).

Según la relación monoterapia, doble terapia y triple terapia para cada anticonvulsivante estu-

diado. Como se aprecia, con vigabatrina y lamotrigina predominó la doble terapia con un 58,07 % y 61,73 %. La gabapentina fue empleada en monoterapia en el 100 % de los pacientes. El valproato fue el fármaco que más se asoció a vigabatrina y lamotrigina, seguido de piracetam y clobazam con vigabatrina, y de clobazam y clonazepam con lamotrigina (tabla 3).

Al analizar la distribución de los pacientes según intervalos de dosis se observó que el 3,22 % y 45,16 % de los pacientes tratados con vigabatrina, la recibió cada seis y ocho horas. Al 19,75 % de los casos de lamotrigina, esta les fue administrada cada ocho horas. La gabapentina fue utilizada cada seis, 12 y 24 horas en el 9,57 %; 15,95 % y 1,06 % de los pacientes. Los anteriores intervalos de administración se consideran incorrectos (tabla 4).

**Tabla 1.** Prescripción de nuevos antiepilépticos según edad

| Grupos de edades | vigabatrina |       | lamotrigina |       | gabapentina |       |
|------------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
|                  | Nº          | %     | Nº          | %     | Nº          | %     |
| Menor de 1 año   | 1           | 3,22  | 0           | 0     | 0           | 0     |
| 1-10             | 14          | 45,16 | 20          | 24,69 | 0           | 0     |
| 11-20            | 4           | 12,91 | 9           | 11,10 | 3           | 1,59  |
| 21-30            | 3           | 9,67  | 13          | 16,05 | 14          | 7,45  |
| 31-40            | 4           | 12,91 | 11          | 13,58 | 16          | 8,52  |
| 41-50            | 5           | 16,13 | 14          | 17,29 | 41          | 21,80 |
| 51-60            | 0           | 0     | 14          | 17,29 | 45          | 23,94 |
| 61-70            | 0           | 0     | 0           | 0     | 33          | 17,55 |
| Más de 70        | 0           | 0     | 0           | 0     | 36          | 19,15 |
| Total            | 31          | 100   | 81          | 100   | 188         | 100   |

Fuente: formulario.

**Tabla 2.** Número de pacientes según diagnósticos que motivaron el uso de anticonvulsivantes de segunda generación

| Diagnósticos                                    | vigabatrina |       | vamosotrigina |       | gabapentina |       |
|---|-------------|-------|---------------|-------|-------------|-------|
|   | Nº          | %     | Nº            | %     | Nº          | %     |
| Síndrome de West                                | 4           | 12,90 | 0             | 0     | 0           | 0     |
| Síndrome Lennox Gastaut                         | 3           | 9,67  | 6             | 7,40  | 0           | 0     |
| Epilepsia parcial con generalización secundaria | 24          | 77,41 | 0             | 0     | 0           | 0     |
| Epilepsia generalizada                          | 0           | 0     | 39            | 48,14 | 29          | 15,42 |
| Epilepsia parcial                               | 0           | 0     | 29            | 35,80 | 21          | 11,17 |
| Crisis de ausencia en la infancia               | 0           | 0     | 7             | 8,64  | 0           | 0     |
| Dolor neuropático                               | 0           | 0     | 0             | 0     | 138         | 73,40 |
| Total   | 31          | 100   | 81            | 100   | 188         | 100   |

Fuente: formulario.

**Tabla 3.** Prescripción de anticonvulsivantes en monoterapia y terapia combinada

| Prescripción de anticonvulsivantes | vigabatrina |       | lamotrigina |       | gabapentina |     |
|------------------------------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-----|
|                                    | Nº          | %     | Nº          | %     | Nº          | %   |
| Monoterapia                        | 5           | 16,13 | 20          | 24,69 | 188         | 100 |
| Doble terapia                      | 18          | 58,07 | 50          | 61,73 | 0           | 0   |
| Triple terapia                     | 8           | 25,80 | 11          | 13,58 | 0           | 0   |
| Total                              | 31          | 100   | 81          | 100   | 188         | 10  |

Fuente: formulario.

**Tabla 4.** Prescripciones según intervalos de dosis utilizados

| Intervalos de dosis | vigabatrina |       | lamotrigina |       | gabapentina |       |
|---------------------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
|                     | Nº          | %     | Nº          | %     | Nº          | %     |
| Cada 6 horas        | 1           | 3,22  | 0           | 0     | 18          | 9,57  |
| Cada 8 horas        | 14          | 45,16 | 16          | 19,75 | 138         | 73,40 |
| Cada 12 horas       | 13          | 41,93 | 60          | 74,07 | 30          | 15,95 |
| Cada 24 horas       | 3           | 9,67  | 5           | 6,17  | 2           | 1,06  |
| Total               | 31          | 100   | 81          | 100   | 188         | 100   |

Fuente: formulario.

## DISCUSIÓN

La vigabatrina y la lamotrigina se utilizan en niños y jóvenes, pues en ellos prevalecen: la epilepsia parcial con generalización secundaria, el síndrome de West, el síndrome de Lennox-Gastaut, y la epilepsia generalizada, donde estos fármacos se emplean con mayor frecuencia.<sup>4,8</sup>

Trevathan E et al.<sup>17</sup> en ensayos clínicos realizados con la lamotrigina en pacientes de dos a 20 años de edad, demostraron su eficacia en la reducción de la frecuencia de las crisis parciales en la infancia, crisis de ausencia y crisis generalizadas asociadas con síndrome de Lennox-Gastaut.

La gabapentina, además de ser empleada en la epilepsia generalizada y en las parciales, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de los dolores neuropáticos, donde la neuralgia del trigémino y la neuropatía diabética los más frecuentes. Estas patologías tienen mayor incidencia entre la sexta y séptima décadas de la vida,<sup>11</sup> lo que se corresponde con los grupos etarios donde fue más utilizado este fármaco.

La vigabatrina es considerada una alternativa a la corticotropina (ACTH) como fármaco de primera elección en el manejo del síndrome de West.<sup>4,18</sup>

La gabapentina fue aprobada primero como anticonvulsivante y con posterioridad para el tratamiento de estados dolorosos neuropáticos.

<sup>19</sup> Es posible que sea el anticonvulsivante de segunda generación menos eficaz, pero se ha utilizado en crisis parciales con o sin generali-

zación secundaria, tanto en epilepsias de inicio como refractarias.<sup>11</sup>

Caminero Rodríguez AB,<sup>20</sup> considera que la primera elección en el tratamiento del dolor neuropático está compuesta por amitriptilina, gabapentina y pregabalina. El tratamiento anti-epiléptico debe iniciarse siempre en monoterapia. En caso de fracaso se ensayará otra droga en monoterapia antes de pasar a una primera terapia doble.<sup>10</sup>

La mejor manera de lograr periodos prolongados sin convulsiones con el menor riesgo de efectos secundarios es establecer el diagnóstico oportuno y administrar el tratamiento inmediato de los trastornos convulsivos con un solo fármaco. Si el paciente cumple con el fármaco seleccionado en la dosis máxima tolerada, las convulsiones desaparecen en cerca del 50 % de los casos.

Si se confirma que el paciente ha cumplido con su tratamiento y aun así las convulsiones persisten, se busca otro fármaco. Cuando tampoco es suficiente el segundo fármaco, se justifica un tratamiento combinado. Esta decisión no se toma a la ligera, porque la mayoría de los pacientes obtienen el control óptimo de las convulsiones con los menores efectos indeseables, con un solo fármaco. No obstante, algunos enfermos necesitan dos o más anticonvulsivos simultáneos.

Al parecer conviene seleccionar dos fármacos que actúen por mecanismos distintos (es decir, uno que fomente la inactivación de los conduc-

conductos de Na<sup>+</sup> y otro que favorezca la inhibición sináptica mediada por el ácido γ-aminobutírico). También es importante tener en cuenta los efectos secundarios de cada fármaco y sus posibles interacciones farmacológicas. Muchos de estos fármacos inducen la expresión de citocromos y, por lo tanto, repercuten en el metabolismo de ellos mismos y de otros fármacos.<sup>21</sup>

Los resultados del estudio (predominio de la terapia combinada con vigabatrina y lamotrigina) se corresponden con lo antes descrito, se tuvo en cuenta que estos anticonvulsivantes son utilizados en pacientes con epilepsia refractaria a tratamiento convencional, y por tanto tributarios de terapia combinada.

Morales Plaza CD et al.<sup>22</sup> en su estudio sobre patrones de prescripción de antiepilépticos en pacientes colombianos señalaron que la mayoría de los pacientes recibía monoterapia y solo la cuarta parte, terapia combinada. Esto puede explicarse porque en dicha investigación se incluyeron tanto anticonvulsivantes clásicos como de segunda generación.

Xiao Y et al.<sup>23</sup> concluyeron que la evidencia es insuficiente para pronunciarse sobre el balance riesgo-beneficio de la monoterapia con vigabatrina frente a carbamazepina en la epilepsia. Marson AG, et al.<sup>24</sup> estudiaron la lamotrigina en monoterapia en epilepsias parciales refractarias, y demostraron la eficacia de este fármaco en la disminución de la frecuencia de las crisis.

Kwan P et al.<sup>25</sup> compararon la eficacia de la lamotrigina frente a la pregabalina, ambas en

monoterapia, en pacientes con crisis parciales recién diagnosticadas, y obtuvieron como resultado un mayor número de pacientes (tratados con la primera), libre de crisis durante seis meses o más.

Zeng QY et al.<sup>26</sup> compararon la efectividad a largo plazo de la monoterapia con cinco anticonvulsivantes en pacientes adultos con epilepsias focales. El estudio concluyó que la lamotrigina es apropiada como primera elección en estos casos.

Existen pocos datos sólidos que permitan conocer cuáles son las mejores combinaciones de antiepilépticos. Los datos provienen sobre todo de ensayos clínicos no aleatorizados realizados en el adulto.<sup>10</sup>

Valdivia Álvarez I et al.<sup>27</sup> realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la respuesta terapéutica a la vigabatrina en terapia adjunta, en pacientes con diagnóstico de epilepsia refractaria ingresados en el Hospital Pediátrico Juan M. Márquez. Dicha investigación mostró que las combinaciones de vigabatrina con valproato en doble terapia o vigabatrina con valproato más una benzodiazepina (clobazam o clonazepam) incrementaron de forma gradual el control de las crisis al año de tratamiento en la mayoría de los pacientes en estudio; y en dos casos fue posible la monoterapia con vigabatrina al obtenerse respuesta favorable.

Morales Plaza CD et al.<sup>22</sup> en su estudio sobre patrones de prescripción de antiepilépticos mostraron, entre las combinaciones más frecuentes de triple terapia, la de lamotrigina



más valproato más clonazepam, lo que coincidió con el estudio.

Cuando se utilizan intervalos de dosis inadecuados puede presentarse ineficacia del tratamiento en los pacientes medicados con intervalos superiores a los establecidos (menor frecuencia de administración) o reacciones adversas si los intervalos son inferiores (mayor frecuencia de administración).

Las propiedades farmacocinéticas de la vigabatrina así como su mecanismo de acción irreversible justifican su administración en una o dos tomas al día.<sup>16, 21, 28</sup> La lamotrigina se debe administrar una o dos veces al día debido a su prolongada semivida de eliminación (24 horas en monoterapia), la que disminuye a 15 horas si se asocia a inductores de su metabolismo hepático (fenitoina, fenobarbital y carbamazepina) o se incrementa a más de 70 horas, si se administra junto al valproato.<sup>28,29</sup> La gabapentina presenta una corta semivida de eliminación (cinco a siete horas), por lo que se administra en tres tomas al día.<sup>16, 21, 28</sup>

## CONCLUSIONES

Lamotrigina y vigabatrina fueron indicadas con mayor frecuencia en niños y en epilepsias. La gabapentina se empleó más en adultos y en el dolor neuropático. Predominó el uso de vigabatrina y lamotrigina en terapia combinada, y el valproato fue el medicamento más empleado en las asociaciones. La gabapentina se usó solo en monoterapia. Se identificaron errores

en los intervalos de administración de los tres fármacos estudiados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín Zurro A. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. 7ma ed [Internet]. España: Elsevier S.L.; 2014 [citado 2 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788490221105000269?scrollTo=%23s0370>
2. Wiebe S. Epilepsias. En: Goldman L, Schafer AI. Cecil y Goldman. Tratado de Medicina interna. V. 2. 24 ed. Barcelona: Elsevier; 2013.p. 2287-2298.
3. Daroff R, Jankovic J, Mazziotta J, Pomeroy S, editors. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 7ª ed [Internet]. Elsevier Inc.; 2016 [citado 2 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780323287838001010?scrollTo=%23s0010>
4. Haslam RHA. The nervous system. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 26<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B Saunders; 2000. p. 1813-1829.
5. Valdivia Álvarez I, Abadal Borges G. Epilepsia de difícil control en Pediatría: Nuevas drogas antiepilépticas. Rev Cubana Pediatr [Internet]. Dic 2005 [citado 05 Nov 2018];77 (3-4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312005000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000300008&lng=es)



6. Sosa Sánchez TM. Epilepsia. En: Vicente Peña E, Rodríguez Porto AL, Sánchez Zulueta E, Quintana López L, Riverón González JM, Ledo Grogues D, editores. Diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. La Habana: ECIMED; 2012. p. 660-669.
7. Rimbau Cabrera D. Patrón de reacciones adversas a los anticonvulsivantes en niños en la provincia de Camagüey [tesis]. Camagüey: Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey; 2012.
8. Zarranz Imirizaldu JJ. Epilepsias. En: Farreras Valentí P, Rozman C, editores. Farreras. Rozman. Medicina Interna. V.2. 17 ed. Barcelona: Elsevier; 2012.p. 1307-1323.
9. Kros L, Eelkman Rooda OH, De Zeeuw CI, Hoebeek FE. Controlling Cerebellar Output to Treat Refractory Epilepsy. Trends Neurosci [Internet]. 2015 Dec [citado 05 Nov 2018];38(12):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26602765>
10. Auvin S. Antiepilepticos. EMC-Pediatría [Internet]. 2014 [citado 2 Nov 2018]; 49(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.emc-consulte.com/en/article/873593>
11. Gómez Betancur L, Vilaplana Domínguez L, Sancho Rieger J. Tratamiento de la epilepsia. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Medicine [Internet]. Mar 2015 [citado 2 Nov 2018];11(73):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/browse/journal/03045412/1-s2.0-S0304541215X70934>
12. Pozo Lauzán D, Pozo Alonso A. Antiepilepticos de tercera generación. Rev Cubana Pediatr [Internet]. Ene-Mar 2010 [citado 2 Nov 2018];82(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475312010000100010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312010000100010&lng=es&nrm=iso)
13. Pozo Alonso AJ, Pozo Lauzán D. Tratamiento con medicamentos antiepilepticos en el niño. Rev Cubana Pediatr [Internet]. Oct-Dic 2013 [citado 2 Nov 2018];85(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475312013000400010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312013000400010&lng=es&nrm=iso)
14. Ministerio de Salud Pública. Cuadro básico de Medicamentos. Medicamentos dispensados por tarjeta control. La Habana: ECIMED; 2014.
15. Ministerio de Salud Pública. Cuadro básico de Medicamentos. Medicamentos por certificado médico. La Habana: ECIMED; 2014.
16. Ministerio de Salud Pública. Formulario Nacional de Medicamentos. 4ta ed. La Habana: ECIMED; 2014.
17. Trevathan E, Kerls SP, Hammer AE, Vuong A, Messenheimer JA. Lamotrigine adjunctive therapy among children and adolescents with primary generalized tonic-clonic seizures. Pediatrics [Internet]. 2006 Aug [citado 2014 Aug 12];118(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16847080>
18. Hussain K, Walsh TJ, Chazen JL. Brain MRI findings with vigabatrin therapy: case report and literature review. Clin Imaging [Internet]. 2016 Ene-Feb [citado 05 Nov 2018];40(1):

[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26526789>

19. Chen L, Mao J. Medicamentos analgésicos no opioides. En: Miller RD, Cohen NH, Eriksson LI, Fleisher LA, Wiener-Kronish JP, Young WL, editores. Miller. Anestesia. Barcelona: Elsevier;2016. p. 1-17.

20. Caminero Rodríguez AB. Dolor neuropático y neuralgias craneofaciales. En: Serra Catafau J, editor. Tratado de dolor neuropático [Internet]. Madrid: Editorial Médica Panamericana;2007 [citado 05 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788445820087500055>

21. McNamara JO. Farmacoterapia de las epilepsias. En: Brunton LL, Chabner B, Knollmann BC, editors. Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill;2012. p. 583-606.

22. Morales Plaza CD, Machado Alba JE. Patrones de prescripción de antiepilépticos en pacientes colombianos afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Neurología [Internet]. 2014 [citado 05 Nov 2018]:[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0213485314002011>

23. Xiao Y, Gan L, Wang J, Luo M, Luo H. Vigabatrin versus carbamazepine monotherapy for epilepsy. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 [citado 05 Nov 2018];11: [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26580100>

24. Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, Ap-

leton R, Baker GA, Chadwick DW, et al. The SANAD study of effectiveness of carbamazepine, gabapentin, lamotrigine, oxcarbazepine, or topiramate for treatment of partial epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. Lancet [Internet]. 2007 Mar [citado 2 Nov 2018];369(9566):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-17382827>

25. Kwan P, Brodie MJ, Kälviäinen R, Yurkewicz L, Weaver J, Knapp LE. Efficacy and safety of pregabalin versus lamotrigine in patients with newly diagnosed partial seizures: a phase 3, double-blind, randomised, parallel-group trial. Lancet Neurol [Internet]. 2011 Oct [citado 05 Nov 2018];10(10): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/medline/2-s2.0-21889410>

26. Zeng QY, Fan TT, Zhu P, He RQ, Bao YX, Zheng RY, et al. Comparative Long-Term Effectiveness of a Monotherapy with Five Antiepileptic Drugs for Focal Epilepsy in Adult Patients: A Prospective Cohort Study. PLoS One [Internet]. 2015 [citado 05 Nov 2018];10(7):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26147937>

27. Valdivia Álvarez I, Garnelo Loaeza M, Bonnet Quesada E, Odales Ibarra R, García García R, Marrero Martínez P. Eficacia de la vigabatrina en la epilepsia refractaria del niño. Rev Cubana Pediatr [Internet]. Jul-Sep 2007 [citado 2 Nov 2018];79(3):[aprox. 12 p.].

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00347531200700030005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347531200700030005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

28. Armijo Simon JA, Herranz Fernández JL. Fármacos antiepilépticos y anticonvulsivantes. En: Flórez Beledo J, Armijo Simon JA, Mediavilla Martínez A, editores. Farmacología Humana. 6ta ed. Elsevier Masson; 2014. p. 476-502.
29. Inoue K, Yamamoto Y, Suzuki E, Takahashi T, Umemura A, Takahashi Y, et al. Factors that influence the pharmacokinetics of lamotrigine in Japanese patients with epilepsy. Eur J Clin Pharmacol [Internet]. 2016 Jan [citado 05 Nov 2018]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26790665>

Recibido: 29 de marzo de 2018

Aprobado: 10 de octubre de 2018

Ronda: 1

Dra. Tania García Arias. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Farmacología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. Email: [taniagarcia68@nauta.cu](mailto:taniagarcia68@nauta.cu)

