

Actualización de las GPC sobre manejo de la migraña

La European Federation of Neurological Societies (EFNS) ha actualizado las GPC del tratamiento de la migraña. Estas GPC tienen el propósito de dar recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento farmacológico de los ataques de migraña y la profilaxis de la migraña. Las definiciones siguen los criterios diagnósticos de la International Headache Society (IHS).

El tratamiento farmacológico de la migraña incluye evidencias sobre el uso de analgésicos, antitérmicos, triptanes y alcaloides de la ergot. Con respecto a la profilaxis de la migraña, los autores discuten el uso de beta-bloqueantes, antagonistas del calcio, antiepilépticos, AINEs, y antidepresivos.

Las GPC también discuten el manejo de la migraña durante el embarazo y menstruación.

Eur J Neurol 2009; 16(9):968-81.

Para ampliar información pinchar [aquí](#) .

Malformaciones y muerte fetal en el registro español de fármacos antiepilépticos y embarazo: resultados a los 6 años

Los registros de embarazadas epilépticas proporcionan información fiable sobre los riesgos asociados al tratamiento antiepiléptico durante el embarazo. Con este fin se está realizado el registro EURAP, que es un estudio prospectivo observacional internacional que incluye mujeres tratadas con fármacos antiepilépticos (FAE) durante la concepción. Los datos de los centros españoles que participan en el registro reflejan cuál es la realidad en nuestro medio.

El objetivo del estudio fue estudiar la incidencia de malformaciones congénitas (MCM) y/o muerte fetal perinatal (MFP), así como los posibles factores relacionados con las mismas en el registro EURAP España.

Tras el consentimiento informado las pacientes son incluidas en el registro prospectivo y son evaluadas en diferentes periodos: al inicio del embarazo, al final del segundo y tercer trimestre, después del parto y al año del nacimiento. Las variables que se analizan son: datos demográficos, tipo de epilepsia y frecuencia de crisis durante el embarazo, los FAE y dosis, otros tóxicos potenciales, uso de ácido fólico y dosis, complicaciones obstétricas y datos sobre el recién nacido. Tras 6 años de seguimiento (junio 2001-octubre 2007) se analizan los resultados de este registro en España, con especial énfasis en la incidencia de MCM y MFP.

De un total de 540 casos incluidos en el registro, son prospectivos (incluidos antes de la semana 16) 490 casos y disponemos de todos los datos para el análisis en 368. Presentaron MCM el 5% (n=13) de los neonatos expuestos a monoterapia y el 12% (n=6) de los expuestos a politerapia ($p=0,08$). Todas las politerapias asociadas a MCM incluían el ácido valproico. De las variables estudiadas sólo el bajo peso al nacer y el fármaco utilizado mostraron una asociación estadísticamente significativa con MCM y MFP. El porcentaje de MCM fue superior para el ácido valproico, particularmente a dosis igual o superior a 1.000 mg (16%), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La mayoría de las pacientes estaban en monoterapia (83%) con dosis bajas de FAE y tomaban 5 mg de ácido fólico.

Los autores concluyen que los hijos de pacientes en politerapia, particularmente si incluyen el ácido valproico, son los que presentan más MCM. De los pacientes en monoterapia únicamente el peso al nacer y el FAE presentaban asociación significativa con MCM/MFP. En nuestra serie, el ácido valproico presenta más riesgo que la lamotrigina y no se observan diferencias respecto a carbamazepina.

Neurología 2009;24(6):360-5.

Para ampliar información pinchar [aquí](#).

La exposición a medicamentos antiepilépticos durante el embarazo asociado a resultados adversos

Según los datos de una investigación publicada en la revista *Epilepsia*, son en gran parte los medicamentos usados para el tratamiento de la epilepsia y no la condición en sí los que incrementan el riesgo de resultados adversos durante el embarazo y nacimiento.

Este estudio usa datos del Medical Birth Registry of Norway (MBRN)- registro prospectivo de partos, obtenidos de una población de 4,5 millones de personas durante un período de 7 años-.

El estudio incluyó todos los nacimientos registrados desde el 1 de diciembre de 1998 hasta 2005. Hubo 2.861 partos de madres con epilepsia diagnosticadas antes o durante el embarazo, estas se compararon con un grupo control consistente en 369.267 partos durante el mismo período. La mayoría de las pacientes con epilepsia no usaron fármacos antiepilépticos (FAE) –66%-- En total hubo 961 embarazos expuestos a FAE; los más comúnmente usados incluyeron carbamacepina (46%; n=439), lamotrigina (25%; n=237) y ácido valproico (22%; n=215). Las mujeres expuestas a FAE usaron más suplementación con ácido fólico tanto antes de la concepción (32% vs 10% con control y 13% en el grupo de epilepsia no tratada) y durante el embarazo (66%), especialmente para tratamiento con politerapia con FAE (75%) y ácido valproico (72%).

Los principales resultados se exponen a continuación:

- La frecuencia de malformaciones congénitas mayores (MCM) fue del 2,5% en el grupo control y 2,8% en el grupo de epilepsia (OR 1,1; IC 95% 0,9-1,4; p=0,3).
- Se encontró un incremento estadísticamente significativo del riesgo para MCM para las expuestas a ácido valproico (5,6%, OR 2,3; IC 95% 1,3-4,2; p=0,005) y politerapia con FAE (6,1%; OR 2,5, IC 95% 1,2-5,1; p=0,02).
- Los niños expuestos a FAE fueron más a menudo pretérmino (p=0,01) y más frecuentemente tuvieron un peso al nacer <2500 g (p<0,001), circunferencia cefálica <2,5 percentiles (p<0,001) y puntuación Apgar baja (p=0,03) comparado con los controles no epilépticos.
- Se produjo más frecuentemente nacimiento de niños con pequeña edad gestacional en los expuestos a FAE (p=0,05) y en los no expuestos (p=0,02) que en los controles.

Los autores observan que un cambio a un porcentaje más elevado de monoterapia y una selección de FAE menos teratogénicos puede haber contribuido a un menor riesgo de teratogenicidad en este estudio en comparación con estudios previos. Además, el uso de suplementación con ácido fólico en embarazos de alto riesgo pudo haber contribuido al bajo porcentaje de malformación.

Epilepsia 2009;50:2.130-9.

Para ampliar información pinchar [aquí](#) .

[Ver datos EURAP España](#) .

¿Los resultados del estudio PreCISE muestran que glatiramer retrasa la conversión a esclerosis múltiple clínicamente definida?

Según los resultados publicados recientemente en la revista Lancet, el tratamiento temprano con acetato de glatiramer pueden retrasar la conversión a esclerosis múltiple clínicamente definida en pacientes con síndrome aislado clínicamente y lesiones cerebrales identificadas por MRI.

El estudio PreCISE (early glatiramer acetate treatment in delaying conversion to clinically definite multiple sclerosis in subjects Presenting with a Clinically Isolated Syndrome) fue realizado en 16 países e incluyó a 481 pacientes que presentaban un síndrome clínicamente aislado con manifestación unifocal y 2 ó más lesiones cerebrales T2 pesadas de 6mm o más. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a recibir tanto acetato de glatiramer subcutáneo 20 mg por día (n=243) o placebo (n=238) durante 36 semanas, a menos que se convirtiera en esclerosis múltiple clínicamente definida. La variable principal fue el tiempo hasta esclerosis múltiple clínicamente definida, basada en un segundo ataque clínico.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

- Acetato de glatiramer redujo el riesgo de desarrollar esclerosis múltiple clínicamente

definida en un 45% comparado con placebo (HR 0,55, IC 95% 0,40-0,77; p=0,0005).

- El tiempo para que el 25% de los pacientes conviertan a enfermedad clínicamente definida se prolongó en un 115%, desde los 336 días para placebo a los 722 días para acetato de glatiramero.

- El acontecimiento adverso más común en el grupo de acetato de glatiramero fue reacciones en el punto de inyección (135 –56%- para acetato de glatiramero vs 56 –24%- para placebo) y reacciones post-inyección intermedias (47 –19%- vs 12 –5%-).

Adicionalmente, la proporción de pacientes que tuvieron un segundo ataque, fue reducido similarmente desde un 42,9% en el grupo placebo al 24,7% en el grupo activo (OR 0,41, IC 95% 0,28-0,62; p<0,0001- variable secundaria). Según los investigadores, en la base de estas proporciones, el NNT para prevenir la conversión de un paciente a esclerosis múltiple clínicamente definida es de 5,49.

Una editorial discute todos los aspectos de este estudio.

The Lancet, Early Online Publication, 7 October 2009.

Para ampliar información pinchar aquí. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61259-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61259-9/abstract)

Editorial (requiere suscripción). [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61453-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61453-7/fulltext)

Revisión: Prevención y manejo del ictus en pacientes ancianos

Este artículo de revisión aborda la prevención y el manejo del ictus en pacientes ancianos (mayores de 80 años), incluyendo:

- Antihipertensivos: prevención primaria, prevención del ictus recurrente, clases específicas de medicamentos, tolerabilidad.
- Estatinas: prevención primaria, prevención del ictus recurrente, clases específicas de medicamentos, dosis y tolerabilidad.
- Tratamiento antiplaquetario
- Tratamiento anticoagulante
- Tratamiento del ictus agudo: trombolisis con alteplasa, proyección de imagen antes de la trombolisis.

Los autores observan que los pacientes muy mayores a pesar de estar en el mayor riesgo de ictus es menos probable que sean tratados con medicamentos basados en la evidencia para la prevención del ictus o para el tratamiento del ictus en la fase aguda. Observan que debido al rápido crecimiento de la población mayor de 80 años, ensayos futuros necesitan incluir este grupo de edad para facilitar la generalización de los resultados y convencer a los clínicos escépticos de que todos los pacientes con ictus se beneficien de un pronto tratamiento basado en la evidencia, independientemente de la edad.

The Lancet Neurology, Early Online Publication, 2 October 2009.

Para ampliar información pinchar aquí. [http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(09\)70259-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(09)70259-5/abstract)