

Conclusión: La comprensión del diagnóstico, con la aplicación de técnicas no farmacológicas, no costosas, y de fácil acceso, parece ser una herramienta útil en el abordaje de estos pacientes.

19601. ASISTOLIA ICTAL DURANTE LA MONITORIZACIÓN VIDEO-EEG: REGISTRO DE 4 CASOS

Sempere Navarro, C.¹; Pardellas Santiago, E.²; Juiz Fernández, Á.¹; López González, F.¹; Rodríguez Osorio, X.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; ²Servicio de Neurofisiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

Objetivos: La asistolia ictal, definida como un cese súbito de la actividad cardíaca mayor de 3 segundos en el contexto de una crisis epiléptica, es una entidad poco frecuente pero con importantes implicaciones clínicas.

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional retrospectivo de los pacientes de la unidad de monitorización video-EEG prolongada, en los que se detectó la presencia de asistolia ictal entre los años 2011 y 2023. Definimos características demográficas, clínicas y de la asistolia.

Resultados: 4 de los 890 pacientes registrados (2 hombres y 2 mujeres) presentaron asistolia ictal (0,45%). Una de las pacientes, por episodios previos de asistolia ya tenía implantado un marcapasos; en el video-EEG se objetivó bradicardia con activación del marcapasos posterior. La edad media de detección de asistolia fue de 49,25 años. Todos ellos tenían epilepsia farmacorresistente y tomaban al menos un bloqueante de los canales de sodio. En el momento del evento, todas las crisis fueron focales y con implicación temporal, derecha en tres de los casos e izquierda en uno. Todas menos una, asociaron alteración de la consciencia. La duración de la asistolia fue de al menos 10 segundos y autolimitada en todos los casos. Una paciente ya tenía marcapasos definitivo, en dos más se colocó y otro está pendiente de cardioneuroablación.

Conclusión: La incidencia de asistolia ictal es baja y de curso generalmente benigno pero puede asociar consecuencias potencialmente graves. Su detección mediante video-EEG y ECG simultáneos, es importante para optimizar el tratamiento y ayudar a esclarecer los mecanismos subyacentes.

19603. EPILEPSIA Y AUTISMO: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

de Lózar Mena, V.; Sánchez Caro, J.; Rodríguez Uranga, J.

Unidad de Epilepsia. Centro de Neurología Avanzada (CNA).

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes con epilepsia y TEA comórbido en nuestra unidad de epilepsia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohortes históricas. Se recogieron variables en relación con características demográficas, clínicas y de pruebas complementarias.

Resultados: Se incluyó un total de 17 pacientes (14 varones, 82,35%). La edad media fue de 22,59 años (DE = 7,75). La edad mediana de inicio de la epilepsia fue de 8 años (RIC = 16). Un total de nueve pacientes (52,94%) fueron diagnosticados de epilepsia focal y seis (35,29%) de generalizada. La frecuencia de crisis en la última consulta fue variable, observándose con mayor frecuencia crisis controladas (> 1 año libre de crisis; 52,94%). La etiología fue desconocida en nueve casos (52,94%). Doce pacientes (70,59%) presentaron anomalías epileptiformes en el EEG, siete pacientes (41,18%) presentaron una RM alterada y seis (35,29%) se habían realizado previamente un estudio genético. La comorbilidad más común fue el trastorno de conducta (9 pacientes, 52,94%), siendo la agresividad la alteración de conducta más común (5 pacientes, 29,41%). Once pacientes (64,71%) recibieron neurolépticos en algún momento, la risperidona fue el más usado (11

pacientes, 64,71%). El fármaco anticrisis más usado al inicio de la epilepsia y en la última consulta fue el ácido valproico (13 pacientes, 76,47%).

Conclusión: Como conclusión, los pacientes con TEA y epilepsia presentan unas características diferenciales cuyo conocimiento puede contribuir a mejorar el manejo clínico de este complejo subgrupo de pacientes.

19886. EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD DEL PERAMPANEL EN LAS CRISIS DE AUSENCIAS. EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Cuenca Juan, F.; Sánchez Larsen, Á.; González Villar, E.; Restrepo Carvajal, L.; Martínez Fernández, I.; Sánchez Morales, L.; Ocaña Mora, B.; Segura Martín, T.; Sopelana Garay, D.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: Las ausencias son un tipo de crisis generalizadas características de la epilepsia generalizada idiopática (EGI) y otros síndromes epilépticos como el síndrome de Lennox-Gastaut (SLG). El perampanel (PER) es una opción terapéutica en epilepsias generalizadas que está siendo evaluada en crisis de ausencias. Evaluamos la efectividad y seguridad del PER como tratamiento de crisis de ausencias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, analizando los pacientes con crisis de ausencia seguidos en consultas de neurología de un hospital terciario que hayan tomado PER.

Resultados: Se revisaron 39 pacientes, 32 presentan EGI y 7 SLG. Quince han tomado en algún momento PER: 7 SLG (3 excluidos por no poder contabilizar ausencias) y 8 no SLG (4 epilepsia de ausencias juvenil, 1 síndrome de Jeavons, 1 epilepsia mioclónica juvenil, 2 epilepsias generalizadas genéticas). En el grupo de pacientes no SLG, el 87% eran farmacorretractarios. La frecuencia de ausencias/mes pasó de 82,6 a 1,90 tras PER; 50% fueron respondedores (reducción \geq 50% crisis); 37,5% quedó libre de crisis. Tiempo medio de adherencia a PER 887,6 días (106 a 2.566 días). 5/8 presentaron buena tolerancia o efectos adversos leves transitorios. 2/8 suspendieron el tratamiento por efectos adversos graves (brote psicótico). En SLG (100% farmacorretractarios) de 34,5 ausencias/mes a 19 tras PER; 2/4 fueron respondedores; ninguno presentó libertad de crisis. Tiempo medio de adherencia a PER, 524,5 días. 2/4 buena tolerancia, 2/4 retirado por efectos adversos graves (uno por trastorno de conducta y otro por bradipsiquia/inestabilidad).

Conclusión: PER puede ser una alternativa terapéutica eficaz para el tratamiento de las crisis de ausencias.

Epilepsia III

18903. EVALUACIÓN ELECTROENCEFALOGRÁFICA DEL CENOBAMATO EN EPILEPSIAS REFRACTARIAS

Patiño, S.; Apel, D.; Peña, J.; Hampel, K.; Winter, Y.

Servicio de Neurología. Universitätsmedizin Mainz.

Objetivos: En las epilepsias refractarias se encuentra una mayor tasa de actividad ictal subclínica en los registros de EEG. El cenobamato (CNB) muestra clínicamente una buena eficacia en casos refractarios. Aún no se ha realizado una evaluación electroencefalográfica detallada del CNB. El objetivo de este estudio es investigar el efecto del CNB sobre la actividad ictal en el EEG.

Material y métodos: En el estudio participaron pacientes con epilepsia refractaria recién ingresados al tratamiento con CNB y de los que se disponía de datos de EEG inmediatamente antes de iniciar la terapia y transcurridos 6 meses desde el inicio de la misma. En todos los pacien-

tes incluidos, se requería evidencia de actividad epileptiforme (AE) interictal o patrones de crisis subclínicas en el EEG.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes de $41,2 \pm 12,7$ años de edad. En 26 (76,5%) pacientes se detectó AE interictal, y en 8 (23,5%) pacientes se detectaron patrones de crisis subclínicas en el EEG basal antes del inicio de CNB. En el seguimiento de EEG a los 6 meses desde el inicio del tratamiento con CNB, 8 (23,5%) pacientes mostraron AE interictal, 3 pacientes (8,8%) patrones de crisis subclínicas y 25 pacientes (67,6%) no tuvieron AE interictal/actividad ictal ($p < 0,01$). Clínicamente, se pudo lograr una tasa de respuesta ($\geq 50\%$ de reducción en la frecuencia de las crisis) del 58,8% y una ausencia de crisis del 23,5%.

Conclusión: El tratamiento con CNB muestra no solo una buena eficacia clínica, sino también una reducción eficaz tanto de la AE interictal como de los patrones de crisis subclínicas.

18921. TERMOCOAGULACIÓN GUIADA POR ESTÉREO-ELECTROENCEFALOGRAFÍA EN PACIENTES CON EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Beltrán Corbellini, Á.¹; Toledano Delgado, R.¹; Valls Carbó, A.²; Budke Neukamp, M.³; Martínez Álvarez, R.³; García Morales, I.¹; Álvarez Linera, J.⁴; Parra Díaz, P.¹; Sánchez-Miranda Román, I.¹; Gil-Nagel Rein, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Ruber Internacional; ²Fundación Iniciativa para las Neurociencias. Hospital Ruber Internacional;

³Servicio de Neurocirugía. Hospital Ruber Internacional; ⁴Servicio de Radiología. Hospital Ruber Internacional.

Objetivos: La termocoagulación (TC) guiada por estéreo-electroencefalografía es una alternativa en el tratamiento de la epilepsia focal refractaria (EFR). Este estudio describe la efectividad y seguridad de esta técnica.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó los pacientes con EFR que se sometieron a estéreo-electroencefalografía y TC entre 2012 y 2021 en un centro de referencia. Fueron considerados respondedores a los 2 y 12 meses aquellos con un 50% o más de reducción en frecuencia de crisis. Los intervenidos entre los 2 y los 12 meses fueron considerados no respondedores.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes y 56 procedimientos de TC (mediana de edad 24,3 años). Un 50% presentaba RM craneal no lesional, un 32,1% una lesión extensa y un 17,9% una lesión circunscrita. La implantación fue extratemporal en el 78,6%. Se termocoaguló una mediana de 17 contactos por paciente. El 39,3% fueron respondedores a los 12 meses (17,9% de libertad de crisis). El porcentaje de libertad de crisis a los 2 meses fue significativamente mayor entre los pacientes con lesiones circunscritas ($p < 0,001$). En los pacientes finalmente operados, ser respondedor a los 2 meses se asoció significativamente a una mayor probabilidad de Engel I a los 12 meses tras la cirugía (valor predictivo positivo de 0,62). No se registraron efectos adversos graves relacionados con la TC.

Conclusión: La TC guiada por estéreo-electroencefalografía es segura y efectiva en el tratamiento de la EFR, especialmente si existen lesiones circunscritas en RM craneal. La respuesta a los 2 meses puede predecir mejores resultados quirúrgicos.

19653. CAMBIO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN PACIENTES QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN VIDEO-EEG

Lázaro Hernández, C.; Melgarejo Martínez, L.; Fonseca Hernández, E.; Lallana Serrano, S.; Gifreu Fraixinó, A.; Quintana Luque, M.; Campos Fernández, D.; Abaira del Fresno, L.; Santamarina Pérez, E.; Toledo, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes que ingresan en una unidad de monitorización de epilepsia (UME) y el cambio que supone el ingreso en el diagnóstico/caracterización de su enfermedad y el tratamiento.

Material y métodos: Estudio prospectivo de cohorte de pacientes que ingresaron en la UME para monitorización video-EEG (MVEEG) desde junio de 2020 hasta marzo de 2023. Se recogieron las características basales de los pacientes y se determinaron las modificaciones en la caracterización/diagnóstico y el cambio terapéutico al alta.

Resultados: Se incluyeron 135 pacientes; edad media 40 (DE 14,9) años, 54% mujeres. El motivo de ingreso fue diagnóstico en 117 pacientes (86,7%), ajuste farmacológico en 35 (25,9%) y evaluación prequirúrgica en 21 (15,6%). El tipo de epilepsia más frecuente fue focal (115 [85,2%]), 12 pacientes (8,9%) presentaban trastornos paroxísticos no epilépticos. La MVEEG supuso un cambio en el diagnóstico/caracterización de eventos en 64 pacientes (47,5%) y terapéutico en 34 (25,2%). En total, 81 pacientes (60%) experimentaron un cambio diagnóstico y/o terapéutico. La modificación en la caracterización/diagnóstico de los pacientes se asoció a registrar eventos no epilépticos ($p = 0,002$) y registrar crisis durante el sueño ($p = 0,026$). El cambio terapéutico se asoció a menor edad ($p = 0,004$), menor edad de inicio de epilepsia ($p = 0,007$), mayor número de fármacos anticrisis ($p = 0,049$) y registrar crisis epilépticas ($p = 0,042$).

Conclusión: La MVEEG es una herramienta útil en la evaluación de los pacientes con epilepsia, y su realización comporta importantes cambios en su abordaje diagnóstico-terapéutico. Son necesarios más estudios para determinar factores clínicos asociados a una mayor rentabilidad de la prueba.

19779. CENOBAMATO EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ACCESO EXTENDIDO

Gómez Ibáñez, A.¹; Villanueva Haba, V.²; Santos Carrasco, D.³; Cabezudo García, P.⁴; Garcés Sánchez, M.²; Serrano Castro, P.⁴; Castro Vilanova, M.⁵; Sayas Gilabert, D.²; López González, F.⁶; Torres Gaona, G.⁷; Saiz Díaz, R.⁸; Hampel, K.²; Martínez Ferri, M.⁹; Aguilar Amat, M.¹⁰; Mercedes Álvarez, B.¹¹; García Morales, V.¹²; del Villar, A.¹³; Rodríguez Uranga, J.¹⁴; Rodríguez Osorio, X.⁶; Massot Tarrús, A.⁹

¹Servicio de Neurología. Clínica Universidad de Navarra; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; ³Servicio de Neurología. Centro Neurología Avanzada; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga; ⁵Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; ⁶Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; ⁷Servicio de Neurología. Clínica Corachan, S.A.; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa; ¹⁰Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; ¹¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ¹²Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Araba; ¹³Servicio de Neurología. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón; ¹⁴Servicio de Neurología. Centro de Neurología Avanzada.

Objetivos: Mostrar los resultados de una serie de pacientes con epilepsia que accedieron al Programa de Acceso Extendido PAE para cenobamato (CNB) en España, como experiencia más temprana en vida real.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo y observacional. Criterios de inclusión: > 18 años; epilepsia focal; autorización del PAE. Los datos fueron extraídos de historias clínicas. Los tiempos de análisis fueron: basal, 3, 6 y 12 meses. No fueron analizados pacientes seguidos < 3 meses.

Resultados: Incluimos 170 pacientes, con epilepsia de media 26 años de evolución y 23 crisis/mes. La media de fármacos anticrisis (FAC) previos y concomitantes fue 12,1 y 3,2. La dosis media de CNB fue 175,8 mg/día (3 meses), 200,2 mg/día (6 meses) y 250 mg/día (12 meses). La tasa de retención fue 98,2% a 3 meses (167/170), 94,5% a 6 meses (120/127) y 87% al año (40/46). Estaban libres de crisis en la última visita un 13,3%; la reducción de crisis fue $\geq 90\%$ en 27,9%, $\geq 75\%$

en 45,5% y $\geq 50\%$ en 63%. La respuesta fue mantenida independientemente de FAC previos o concomitantes. El 44,7% redujeron FAC concomitantes. Tuvo efectos adversos (EA) un 68,2% a 3 meses y un 74,1% a 6 y 12 meses; un 3,5% retiraron CNB a 3 meses y 4,1% a 6 y 12 meses; los más frecuentes fueron somnolencia, mareo, pérdida de memoria y ataxia.

Conclusión: Los resultados de CNB en pacientes con epilepsia refractaria mostraron una alta respuesta, independiente de los FAC previos o concomitantes. Un número alto de pacientes manifestaron EA; pocos suspendieron la medicación.

19742. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON EPILEPSIA DE LÓBULO TEMPORAL EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA DE EPILEPSIA REFRACTARIA

Paños Basterra, P.¹; Romero del Rincón, C.¹; Iriarte Uribe-Echeverría, P.¹; Vivancos, J.¹; de Toledo Heras, M.²; Vieira Campos, A.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; ²Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa.

Objetivos: Describir las características clínicas, radiológicas y electroencefalográficas de pacientes con epilepsia refractaria del lóbulo temporal (ERlt), y factores implicados en la decisión quirúrgica final, así como en su pronóstico tras la intervención.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de una cohorte de pacientes con ERlt (focal o multifocal) derivados a un hospital terciario y centro de referencia (CSUR) para cirugía de epilepsia refractaria, para completar estudio y valoración prequirúrgica. Se incluyeron pacientes ingresados para vEEG extendido entre junio 2015-enero 2017 que completaron el estudio prequirúrgico.

Resultados: N = 94. Edad media 45,9 años (DE = 11,18), 61,7% mujeres, con duración media de epilepsia hasta derivación 22,63 años (DE = 14,61). Un 39,4% pacientes presentaban etiología desconocida (n = 2 fueron diagnosticados de epilepsia autoinmune durante el seguimiento), 38,3% EMT, resto otras. Se realizó intervención quirúrgica en el 67% de los pacientes (n = 54 cirugía resectiva, n = 8 VNS), alcanzando libertad de crisis un 50,8%, y un 33,3% una mejoría $\geq 50\%$ crisis. N = 9 fueron reintervenidos, quedando Engel I n = 4. La normalidad del EEG pos-lqx (< 12 meses) y la concordancia de > 2 de los 4 factores diagnósticos evaluados (semiología, imagen, vEEG y NPS) con el lado de la intervención quirúrgica mostró tendencia no significativa (p < 0,10) a asociarse a mejor resultado. No encontramos otras diferencias asociadas al resultado quirúrgico.

Conclusión: La epilepsia del lóbulo temporal es una entidad clínica muy heterogénea cuyo tratamiento debe ser individualizado. Nuestra base amplía la evidencia científica disponible sobre cirugía de epilepsia refractaria del lóbulo temporal y afianza el rol de un estudio prequirúrgico amplio para optimizar el resultado quirúrgico.

18857. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL USO DE PERAMPANEL EN PACIENTES CON ESTADO EPILEPTICO REFRACTARIO Y SUPERREFRACTARIO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Cid Izquierdo, V.; Alcalá Ramírez del Puerto, J.; Ribacoba Díaz, C.; Lara González, M.; Hidalgo Valverde, B.; Lastras Fernández-Escandón, C.; Mayo Rodríguez, P.; Parejo Carbonell, B.; García Morales, I.; Romeral Jiménez, M.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Describir nuestra experiencia con perampanel en el tratamiento del estado epiléptico (EE) refractario y superrefractario.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una serie de 17 pacientes con EE tratados con perampanel en un hospital terciario entre mayo de 2019 y marzo de 2023.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes (70,6% hombres), con edad media de 66,17 años. El 41,2% fueron EE refractarios y el 58,8% superrefractarios. Según semiología fueron: 46,1% focal motor, 17,6% mio-clónico, 23,5% EE no convulsivo (EENC) sin coma y el 11,8% EENC con coma. Las etiologías más frecuentes fueron: estructural (50%), encefalopatía hipóxico-isquémica (25%) y epilepsias generalizadas idiopáticas (18,8%). Respecto al uso de perampanel, en el 23,5% se inició en las primeras 24 horas, 29,4% entre 24 y 48 horas, 11,8% entre 48 y 72 horas, y 35,3% pasadas 72 horas desde el inicio del EE. Previamente se habían administrado de media 4,53 medicamentos anticrisis. La mediana de dosis inicial fue 10 mg/día (6-14 mg/día), el 23,5% requirió subida de dosis posterior. El 64,7% (11/17) de los pacientes respondieron a perampanel: dos en la primera hora, siete en las primeras 12 horas, y otros dos entre 24 y 26 horas; siendo en estos el último fármaco añadido y sin recurrencia posterior. Solamente uno sufrió efectos adversos leves (somnolencia, alteración cognitiva), en ninguno se suspendió el fármaco por los mismos. La mortalidad intrahospitalaria fue del 23,5%.

Conclusión: El perampanel puede ser un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento del EER y EESR, aunque se necesitan estudios más amplios para confirmar dichos resultados.

19551. CONSENSO ESPAÑOL SOBRE EL MANEJO DE MEDICAMENTOS ANTICRISIS CONCOMITANTES CUANDO SE USA CENOBAMATO EN ADULTOS CON CRISIS FOCALES NO CONTROLADAS

Rodríguez Uranga, J.¹; Villanueva Haba, V.²; Toledo Argany, M.³; Serratosa Fernández, J.⁴; Carreño Martínez, M.⁵; Gil-Nagel Rein, A.⁶

¹Servicio de Neurología. Centro de Neurología Avanzada; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁴Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Ruber Internacional.

Objetivos: El cenobamato es un medicamento anticrisis (MACs) aprobado en España para el tratamiento concomitante de las crisis de inicio focal en adultos previamente tratados con al menos 2 MACs. Se ha observado que aquellos pacientes que reducen la comedicación mejoran la tolerabilidad y la retención. Con el objetivo de maximizar el balance eficacia-tolerabilidad, seis epileptólogos españoles con amplia experiencia en el uso con cenobamato, han llegado a un consenso sobre cuándo y cómo ajustar la dosis de los ASM concomitantes, teniendo en cuenta las interacciones farmacocinéticas y farmacodinámicas.

Material y métodos: Se utilizó un proceso Delphi modificado de tres etapas, que incluye dos reuniones presenciales virtuales (ronda 1 y 3) y una encuesta (ronda 2), para desarrollar recomendaciones sobre el uso de cenobamato.

Resultados: Si bien las dosis de clobazam, fenitoína, fenobarbital y bloqueantes de los canales de sodio en dosis altas deben reducirse de manera proactiva durante el periodo de titulación, otros ASM concomitantes deben reducirse de manera reactiva si el paciente informa efectos adversos moderados/intensos en cualquier etapa del periodo de titulación. Adicionalmente, se recomienda una titulación personalizada y un seguimiento estrecho para lograr el mejor balance de eficacia y tolerabilidad.

Conclusión: El ajuste de la dosis de ASM concomitantes para prevenir posibles efectos adversos puede resultar de utilidad para el manejo de cenobamato durante el ascenso de dosis. Adicionalmente, esta reducción de la comedicación también resulta ventajosa para los pacientes ya que se descargan farmacológicamente.

19566. EFICACIA DE PERAMPANEL EN EL TRATAMIENTO DE LAS CRISIS NOCTURNAS EN PACIENTES ADULTOS CON EPILEPSIA

López Maza, S.¹; Fonseca, E.²; Gifreu, A.²; Quintana, M.²; Lallana, S.²; Campos, D.²; Abaira, L.²; Santamarina, E.²; Toledo, M.²

¹Departamento de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;
²Unidad de Epilepsia. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Las crisis nocturnas representan un problema importante en el tratamiento de la epilepsia. Nuestro objetivo será estudiar la efectividad del perampanel para el tratamiento de las crisis nocturnas (CN).

Material y métodos: Estudio observacional de una muestra adquirida prospectivamente de pacientes adultos con epilepsia en los que se inició perampanel de enero a octubre de 2021, y con un seguimiento mínimo de 3 meses. Se recogieron características demográficas y clínicas. Se recogió la frecuencia de crisis durante los 6 meses previos a partir de la historia clínica. Se recogieron como variables resultado: tasa respuesta (reducción $\geq 50\%$ de la frecuencia de CN), tasa de retención, y mejoría en quejas subjetivas del sueño (QS).

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes (60,4% hombres; $39,8 \pm 17,4$ años); 38 con seguimiento de 6 meses. La mayoría tenían epilepsia focal (81,3%), siendo la etiología estructural predominante (56,3%). El 70,8% tenían una epilepsia farmacorresistente. Previo al inicio de perampanel, la frecuencia media mensual de CN fue de $13,2 \pm 35,9$; y el 31,3% presentaban QS. Perampanel se inició con una dosis mediana de 4 mg/día (2-14). A los 3 meses, la tasa de retención fue del 74,6% y el 64,6% fueron considerados respondedores (54,2% estaban libres de crisis). Las crisis nocturnas mensuales disminuyeron significativamente a los 3 ($8,2 \pm 26,7$ vs. $13,2 \pm 35,9$; $p = 0,044$) y 6 meses ($5,3 \pm 18,2$ vs. $13,2 \pm 35,9$; $p = 0,006$). También se redujeron las QS a los 3 ($10,4$ vs. $31,3\%$; $p = 0,002$) y 6 meses ($10,5$ vs. $31,3\%$; $p = 0,022$).

Conclusión: Perampanel es un fármaco adecuado para el manejo de crisis nocturnas en pacientes adultos con epilepsia.

19237. FENOBARBITAL EN PACIENTES ADULTOS CON ESTADO EPILEPTICO REFRACTARIO Y SUPERREFRACTARIO. ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO

Montalvo Olmedo, C.¹; Campos Fernández, D.²; Giraime Rizzo, L.¹; Iza Achutegui, M.¹; Elosua Bayes, I.¹; López Maza, S.¹; Lallana Serrano, S.²; Fonseca Hernández, E.²; Quintana Luque, M.¹; Abaira del Fresno, L.²; Toledo Argany, M.²; Santamarina Pérez, E.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Existe escasa evidencia del manejo farmacológico en estatus epileptico refractario (RSE) y superrefractarios (SRSE). El objetivo es valorar la respuesta y pronóstico de pacientes con RSE y SRSE tratados con fenobarbital.

Material y métodos: Estudio longitudinal retrospectivo unicéntrico de pacientes con RSE y SRSE tratados con fenobarbital (10 mg/kg) entre noviembre 2016 y marzo 2023. Se analizaron características demográficas, clínicas, fármacos concomitantes y respuesta al fenobarbital (mejora clínica/EEG), necesidad de sedación, días de ingreso en UCI, recurrencia y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes con edad media de $67 \pm 17,8$ años, 16 (42,1%) eran mujeres, con escala de Rankin basal de 0 en 14 (28,9%) y 1-3 en 24 pacientes (63,2%). El fenobarbital fue eficaz en el 52,6% ($n = 20$). Aquellos que respondieron presentaron una menor necesidad de sedación terapéutica (10 vs. 72,2% en no respondedores, $p < 0,001$) y una menor estancia en UCI (0 [0-2,5] vs. 10,5 [0-17], $p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en la mortalidad intrahospitalaria (30,0% respondedores vs. 38,9% no respondedores; $p = 0,593$), aunque, entre los que sobrevivieron al alta ($n = 25$), se

observó una tendencia a que los respondedores presentaran menor recurrencia de crisis en el seguimiento a largo plazo (35,7 vs. 63,6%; $p = 0,165$).

Conclusión: La morbilidad del SRE y SRSE es elevada. El fenobarbital parece ser un tratamiento eficaz y seguro en ese contexto. Son necesarios más estudios prospectivos con mayor número de pacientes que evalúen su eficacia, perfil de seguridad y efectos.

19272. TENDENCIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA EPILEPSIA GENERALIZADA IDIOPÁTICA EN ADULTOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Elosua-Bayes, I.; Abaira, L.; Fonseca, E.; Lallana, S.; Campos, D.; López-Maza, S.; Quintana, M.; Salas-Puig, J.; Santamarina, E.; Toledo, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Describir cambios en la medicación anticrisis (MAC) en la epilepsia generalizada idiopática (EGI) en los últimos 10 años.

Material y métodos: Estudio transversal comparando dos cohortes de pacientes > 16 años con EGI de una consulta de epilepsia (año 2013 y 2023). Analizamos variables clínico-demográficas globalmente y por subtipos: Epilepsia de ausencia infantil (EAI), epilepsia mioclónica juvenil (EMJ), epilepsia de ausencia juvenil (EAJ), epilepsia con crisis tónico-clónicas generalizadas solamente (TCGs) y síndrome de Jeavons. **Resultados:** Se incluyeron 278 pacientes en 2023 (61,2% mujeres; edad media 38 años) y 249 en 2013 (53,8% mujeres; edad media 36 años). En 2023 frente a 2013, observamos: EMJ (39,6 vs. 33,3%) seguido de TCGs (28,4 vs. 42,6%), EAJ (18,7 vs. 7,2%), síndrome de Jeavons (6,5 vs. 6,8%) y EAI (6,1 vs. 4,8%). VPA fue el fármaco más utilizado tanto en 2013 (69,1%) como en 2023 (49,3%) ($p < 0,001$). LTG fue el segundo más utilizado en 2013 (14,1%) seguido de LEV (12,4%). LEV fue el segundo más utilizado en 2023 (29,5%), seguido de LTG (21,6%) (LEV $p < 0,001$; LTG $p = 0,025$). En mujeres < 45 años disminuyó el uso de VPA (57,9 vs. 20,3%; $p < 0,001$), a expensas principalmente de un mayor uso de LEV (19,6 vs. 45,8%; $p < 0,001$). En hombres no observamos diferencias para el uso de VPA (80,0 vs. 75,9%; $p = 0,463$).

Conclusión: La EMJ es el subtipo de EGI más frecuente. Respecto a hace 10 años, objetivamos un mayor uso de LEV respecto LTG y disminuye el uso de VPA, especialmente en mujeres en edad fértil.

19643. PERFIL DE SEGURIDAD Y EFECTOS ADVERSOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE BRIVARACETAM EN INFUSIÓN EN LA UNIDAD DE MONITORIZACIÓN VIDEO-EEG

Lázaro Hernández, C.; Melgarejo Martínez, L.; Fonseca Hernández, E.; Lallana Serrano, S.; Gifreu Fraixinó, A.; Quintana Luque, M.; Campos Fernández, D.; Abaira del Fresno, L.; Santamarina Pérez, E.; Toledo, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Describir la seguridad de la administración de brivaracetam en infusión intravenosa (iv) (15 minutos) en una unidad de monitorización video-EEG (VEEG) de un centro terciario.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohorte de pacientes ingresados para monitorización VEEG a los que se administró brivaracetam iv, entre junio 2020 y marzo 2023. Se recogieron las características basales de los pacientes, dosis, efectos adversos, número de crisis epilepticas pre- y 24 h posinfusión en observación hospitalaria (siguientes 24 horas) y retención durante el seguimiento al alta.

Resultados: De una base de 37 pacientes con infusión de brivaracetam, se incluyeron 17 con edad media 33,6 (DE 12,8) años y 68,8% hombres. El 94,1% de los pacientes presentaba una epilepsia farmacorresistente. La dosis de brivaracetam mediana administrada fue 200 mg (100-200), y mantenimiento 125 mg/24 horas (100-200). Durante el ingreso 15/17 pacientes presentaron crisis epilepticas (88,2%) con una mediana de 1

crisis al día (0,5-1,3); tras la administración de la infusión 2/17 (11,7%) presentaron crisis epilépticas en las primeras 24 horas. Se registraron efectos adversos transitorios en forma de somnolencia 2/17 (11,7%). Tras una mediana de 21,5 (10,1-23,8) meses de seguimiento, se mantuvo tratamiento con BRV en 15/17 (88,2%) de pacientes. En 1 paciente se retiró por empeoramiento del estado de ánimo, y otro sufrió un clúster de crisis por falta de toma de brivaracetam.

Conclusión: El uso de brivaracetam iv se muestra rápidamente eficaz y seguro en pacientes hospitalizados, con una buena tasa de retención y perfil de efectos adversos a largo plazo.

19880. LAS MANIOBRAS DE SUGESTIÓN EN EL VIDEO-EEG SON ÚTILES EN EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LAS CRISIS PSICÓGENAS NO EPILÉPTICAS

Menéndez Albarracín, A.; Yugueros Baena, B.; Rabaneda Lombarte, N.; Carbonell Gisbert, J.; Ciurans Molist, J.; Jiménez González, M.; Chies Pérez, E.; Fagundez Garzón, O.; Fumanal, A.; Becerra Cuñat, J.; Grau López, L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Objetivos: Analizar el uso de maniobras de sugestión durante el video-electroencefalograma ambulatorio (v-EEG) en el diagnóstico de certeza y pronóstico de pacientes con sospecha de crisis psicógenas no epilépticas (CPNE)

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal con cohorte prospectiva de pacientes a los que se realizó v-EEG por sospecha de CPNE. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de epilepsia y CPNE. Se analizó si las maniobras de sugestión desencadenaban CPNE. Se realizó un análisis estadístico descriptivo entre pacientes con crisis tras sugestión y pacientes sin crisis, comparando variables demográficas (género, edad), clínicas (tipo de crisis, tiempo de evolución, edad de inicio, comorbilidad psiquiátrica, fármacos anticrisis, tratamiento con psicotrópicos, diagnóstico final) y pronósticas (desaparición, reducción > 50%, persistencia de misma frecuencia de crisis).

Resultados: Se incluyeron 149 pacientes. 62,4% fueron mujeres. La edad media de aparición de crisis fue $34,5 \pm 19,9$ años y el tiempo de evolución $3,56 \pm 4,5$ años. Se realizaron técnicas de sugestión a 55 (37%) pacientes. En 40 pacientes, el diagnóstico final no fue CPNE y de estos ninguno presentó crisis tras maniobras de sugestión. En los 109 pacientes con diagnóstico final de CPNE, aquellos que presentaron crisis tras sugestión ($n = 44/55$, 80%) tenían mayor comorbilidad psiquiátrica (100 vs. 2.8%, $p > 0,001$), mayor uso de medicación anticrisis (59,5 vs. 24,2%, $p < 0,01$), antidepresivos (73,8 vs. 50%, $p = 0,17$) y peor control en el último seguimiento (77% sin reducción de episodios vs. 44%, $p < 0,01$) que los pacientes sin crisis tras sugestión.

Conclusión: El uso de técnicas de sugestión durante v-EEG tiene impacto en el diagnóstico de certeza en pacientes con sospecha de CPNE.

Gestión y asistencia neurológica

19887. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL CON LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DESDE LA INTRODUCCIÓN DE LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

Petronila Cubas, C.; Ramírez Sánchez-Ajofrín, J.; Montabes Medina, P.; García-Bellido Ruiz, S.; del Álamo Díez, M.; de Fuenmayor Fernández de la Hoz, C.; Domínguez González, C.; Méndez Guerrero, A.; Guerrero Molina, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: La prestación de ayuda a morir (PAM) aparece en el catálogo de prestaciones del SNS tras la aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en marzo de 2021, motivada por el intento de paliar el sufrimiento de pacientes con padecimientos crónicos incurables.

Material y métodos: Revisión de las solicitudes realizadas en nuestro servicio desde marzo de 2021.

Resultados: Se han realizado 5 solicitudes, 3 pacientes con ELA, 1 enfermedad mitocondrial fenotipo SANDO con mutaciones en POLG y una ataxia de Friedreich. Solo 3 han completado el proceso: 2 pacientes con ELA de 50 y 58 años y un paciente con mutación en POLG con 72 años en el momento de la PAM. Los pacientes con ELA presentaban un fenotipo espinal sin deterioro cognitivo. La duración de la enfermedad en los pacientes con ELA fue de 1 año y año y medio respectivamente y más de 27 años de evolución en el paciente con 2 mutaciones en POLG. Dos se realizaron con ingreso hospitalario programado, el otro fue acometido en el domicilio del paciente. En 2 de los casos fue el neurólogo el médico responsable de la PAM y en el otro fue su médico de atención primaria con apoyo del neurólogo.

Conclusión: El neurólogo tiene un papel esencial en la evaluación y acompañamiento de los pacientes que solicitan la PAM, muchos de ellos con enfermedades neurodegenerativas. Esto requiere una adecuada formación, no solo en el proceso de solicitud, sino a nivel ético, para asegurar una correcta atención de este proceso.

19959. DISEÑO DE UNA APP PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CON ICTUS

García Amor, G.¹; Pérez Peñarroja, L.²; Dolz Feliu, E.²; Millán Torne, M.¹; Davins, M.³; Valero, P.³; Soria Medina, S.²; Pérez de la Ossa Herrero, N.¹; Bustamante Rangel, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol;

²Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Germans Trias i

Pujol; ³Servicio de Medicina. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Objetivos: E-Salut-Ictus es una aplicación diseñada para la información y seguimiento del paciente posictus, que pretende facilitar el acceso a información fiable, empoderar al paciente, potenciar la adherencia terapéutica y los hábitos de vida saludables, humanizar los cuidados y mejorar resultados en salud.

Material y métodos: Se realizó una primera fase de identificación de necesidades en 550 pacientes con ictus mediante la *Post-Stroke checklist* y un mapa de empatía y viaje con 7 pacientes y 5 cuidadores. Un equipo multidisciplinar redactó y diseñó contenido original con el soporte de la plataforma e-Salut, integrada en el sistema de información hospitalaria.

Resultados: Las principales necesidades identificadas fueron la falta de información (50%), quejas cognitivas (38%), estado anímico (45%) y fatiga (55%). El mapa de empatía identificó la fase aguda como la peor experiencia para el paciente, y para cuidadores, la de seguimiento ambulatorio. Se diseñó un contenido dinámico con perfiles según tipo de ictus y secuelas. Se dividió en tres apartados. "Seguimiento", con formularios de evaluación del estado de salud (PROM y PREM), control de factores de riesgo cardiovascular y ejercicios de rehabilitación. "Aprende", informa sobre procedimientos, subtipos etiológicos del ictus y sus secuelas. "Contacto", facilita la comunicación directa con el equipo. Una ilustración original precede cada entrada de texto.

Conclusión: El diseño de una aplicación digital resulta útil para organizar y transmitir información sobre el ictus y recoger resultados de salud. Es un canal que contribuye en la educación sanitaria y detección de complicaciones durante el seguimiento, facilitando la comunicación entre paciente, familia y profesionales al alta.