

Material y métodos: Análisis de supervivencia en pacientes tratados con AMC A-CGRP, definiendo como evento una disminución $\geq 50\%$ en la frecuencia de cefaleas. Se empleó el modelo de Kaplan-Meier para estimar la función de supervivencia, la probabilidad acumulada e instantánea de respuesta. Se realizó una regresión de Cox para evaluar el impacto de covariables clínicas.

Resultados: Se incluyeron 462 pacientes, 358 (77,5%) con migraña crónica, 401 (86,8%) mujeres. La mediana de edad fue 48 años (RI: 41-56). La probabilidad acumulada de respuesta aumentó del 36,1% (IC95% 31,6-40,4) en el primer mes a 72% (IC95% 66,7-76,6) a los 12 meses. La probabilidad mensual de respuesta disminuyó de 36,1% (IC95% 31,6-40,4) en el primer mes a 7,8% (IC95% 7,7-7,8) en el tercer mes, permaneciendo inferior al 5% a partir del cuarto mes. En el análisis multivariante la probabilidad de respuesta aumentó con las variables dolor hemisférico 33,25% (IC95% 2,4-73,4) y fotofobia 64,3% (IC95% 7,1-51,9), disminuyendo con migraña crónica 31,6% (IC95% 11-47%), sexo masculino 36,2% (IC95% 6,1-56,7), número de preventivos previos 4,8% (0,4-9,0) y cefaleas basales 0,18% (0,01-0,34); $p < 0,001$.

Conclusión: La mayor probabilidad de respuesta a AMC A-CGRP se observó durante el primer trimestre, siendo influenciada por factores como el tipo de migraña. Aunque es posible obtener una respuesta posteriormente, las probabilidades son muy bajas, haciendo recomendable considerar un cambio de tratamiento, salvo que sea la última línea terapéutica.

20883. ESTUDIO-ESTELA: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA TERAPIA A LARGO PLAZO CON ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE CALCITONINA (ANTI-CGRP)

Somovilla García-Vaquero, A.¹; Fernández Lázaro, I.¹; González-Martínez, A.¹; Díaz de Terán, J.²; Portocarrero, L.²; Latorre, G.³; Calle de Miguel, C.³; Porta-Etessam, J.⁴; Cuadrado, M.⁴; González, N.⁴; Guerrero, A.⁵; García Azorín, D.⁵; González Osorio, Y.⁵; Martín Ávila, G.⁶; Terrero Carpio, R.⁶; Rodríguez Vico, J.⁷; Jaimes, A.⁷; Gómez García, Á.⁷; Treviño, C.⁸; Sánchez del Río, M.⁹; Lozano Ros, A.¹⁰; Sánchez Soblecher, A.¹⁰; Urriaga Valle, S.¹¹; González Salas, M.¹¹; Rivera, E.¹²; Gago-Veiga, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; ²Servicio de Neurología. Complejo Universitario La Paz; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada; ⁴Servicio de Neurología. Complejo Universitario de San Carlos; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; ⁷Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitario Severo Ochoa; ⁹Servicio de Neurología. Clínica Universitaria de Navarra; ¹⁰Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ¹¹Servicio de Neurología. Hospital de Torrejón; ¹²Servicio de Neurología. Hospital Ruber Internacional.

Objetivos: Los anticuerpos anti-CGRP han demostrado que son efectivos y seguros en práctica clínica real; si bien las guías actuales recomiendan discontinuarlos tras 12-18 meses por falta de datos a largo plazo. Este estudio evalúa su efectividad y seguridad en pacientes con migraña tratados con anticuerpos anti-CGRP durante al menos 2 años.

Material y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo en una cohorte de 13 Unidades de Cefaleas. Se incluyeron pacientes en tratamiento activo con el mismo anticuerpo anti-CGRP durante ≥ 2 años, sin contabilizar los períodos de discontinuación. Se describieron características basales, variables de respuesta terapéutica: días con cefalea (DCM) y/o migraña (DMM) mensuales basales, a 6 meses, 1, 2, 3 y 4 años; y efectos adversos (EA).

Resultados: Se incluyeron 456 pacientes, 91% mujeres, edad media 48 (DE: 9,9), 72% con migraña crónica, con 7 preventivos previos (RIQ: 5-7), tratadas con 39% erenumab, 34% galcanezumab y 27% fremanezumab; 57% ininterrumpidamente y 43% con reintroducción. Se demostró una reducción sostenida respecto a valores iniciales en los DCM: 20 (DE: 8,8) vs. 8 (DE: 8,1), 9 (DE: 9,2), 8 (DE: 9,2); los DMM: 14 (DE: 6,7) vs. 5 (DE: 5,2), 5 (DE: 6), 4 (DE: 5); y el uso excesivo de

medicación se redujo del 78,4% al 13%, 20% y 18% tras 2, 3 y 4 años, respectivamente. Únicamente el 7% (31/456) experimentó pérdida de eficacia tras 2 años. Los EA fueron infrecuentes ($< 20\%$) y principalmente leves ($> 80\%$); conllevando una interrupción únicamente en el 1,7%. **Conclusión:** Los resultados sugieren que los anticuerpos anti-CGRP son efectivos y seguros a largo plazo, logrando una respuesta terapéutica mantenida sin evidencia de EA significativos. Estos hallazgos podrían influir en las recomendaciones sobre la duración óptima del tratamiento.

20107. ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA EN CEFALEA EN RACIMOS CRÓNICA REFRACTARIA: RESULTADOS A LARGO PLAZO Y ANÁLISIS DE CONECTIVIDAD

Morollón Sánchez-Mateos, N.¹; Aibar Durán, J.²; Belvis Nieto, R.¹; González Aranceta, N.³; Mirapeix, R.⁴; Piella Fenol, G.³; Borrell Pichot, M.¹; Roig Arsequell, C.²; Seijo Fernández, F.⁵; Rodríguez Rodríguez, R.²

¹Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ²Servicio de Neurocirugía. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ³Facultad de Ingeniería. Universidad Politécnica de Barcelona; ⁴Departamento de Anatomía Humana. Universidad Autónoma de Barcelona; ⁵Servicio de Neurocirugía. Centro Médico de Asturias.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar la respuesta a largo plazo de la estimulación cerebral profunda (ECP) en pacientes con cefalea en racimos crónica refractaria (CRCR), además de identificar el área óptima y realizar análisis de imágenes conectómicas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con CRCR tratados con ECP. Los datos demográficos y clínicos se registraron preoperatoriamente y a los 3, 6, 12 y 24 meses. La variable principal de respuesta al tratamiento fue la reducción de la carga de cefalea (CC), clasificándose en pobre (reducción $< 30\%$), parcial (reducción 30-50%) o alta (reducción $> 50\%$). Se realizaron análisis del punto óptimo y conectómico para identificar las áreas cerebrales más correlacionadas con la reducción de la CC e identificar las redes estructurales involucradas.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes, con edad media de 42,4 ($\pm 10,7$) años y duración media de la cefalea de 8 ($\pm 5,75$) años. Las puntuaciones de CC disminuyeron significativamente desde el inicio hasta el mes 24 (424,22 frente a 146,33, $p = 0,001$). En la mayoría de los pacientes ($n = 8$, 57,2%), la CC se redujo en un 50%. Los otros seis pacientes mostraron una respuesta parcial ($n = 3$, 21,4%) o pobre ($n = 3$; 21,4%). El punto óptimo fue el área tegmental ventral lateral. El análisis conectómico apuntó a la implicación de los tractos corticorrumbrales.

Conclusión: La ECP es efectiva a largo plazo en una proporción sustancial de pacientes con CRCR. El área tegmental ventral lateral fue identificada como el mejor objetivo para esta indicación, con la probable participación de los tractos corticorrumbrales.

20633. SAFE-CGRP STUDY: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ANTI-CGRP EN PACIENTES CON COMORBILIDADES RELEVANTES O EXCLUIDAS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS

Sanabria Gago, C.¹; Fernández Lázaro, I.¹; González Martínez, A.¹; Heredia Rodríguez, P.¹; Sánchez Soblecher, A.²; Lozano Ros, A.²; Luque Buzo, E.²; González Osorio, Y.³; Guerrero Peral, A.³; García Azorín, D.³; Latorre González, G.⁴; Calle de Miguel, C.⁴; Toledo Alfocea, D.⁵; Casas Limón, J.⁶; Urriaga Valle, S.⁷; González Salas, M.⁷; Martín Ávila, G.⁸; Terrero Carpio, R.⁸; Pascual Gómez, J.⁹; González Quintanilla, V.⁹; Madera Fernández, J.⁹; Polanco Fernández, M.⁹; Rodríguez Vico, J.¹⁰; Jaimes Sánchez, A.¹⁰; Gómez García, A.¹⁰; Cuadrado Pérez, M.¹¹; Gago Veiga, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; ²Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio

Marañón; ³Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ⁷Servicio de Neurología. Hospital de Torrejón; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; ⁹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; ¹⁰Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ¹¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Los anticuerpos monoclonales anti-CGRP son efectivos en pacientes con migraña. Sin embargo, hay patologías excluidas de los ensayos clínicos o que podrían suponer un riesgo, sin ser una contraindicación formal. Nuestro objetivo fue evaluar la seguridad en este subgrupo de pacientes en la vida real.

Material y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo realizado en 11 Unidades de Cefaleas nacionales, seleccionando pacientes con comorbilidades relevantes o no permitidas en ensayos clínicos que utilizaron al menos un anticuerpo anti-CGRP.

Resultados: De 2.041 historias clínicas, se seleccionaron 362 pacientes con al menos una comorbilidad, con un tiempo medio de tratamiento de 12,7 meses. Se incluyeron 53 patologías: 126 pacientes con patología vascular (IMC > 30,46%; diabetes mellitus 15,1%; ictus/AIT 11,1%; IAM 3,2%...), de los cuales 21 tenían riesgo vascular moderado-alto (escala Framingham); 18 con patología pulmonar; 53 oncológicos; 162 con patología autoinmune; 10 inmunosuprimidos y 26 con otras patologías. 42 pacientes no consiguieron un buen control de su patología de base tras la instauración del tratamiento, no relacionado con el anticuerpo. Únicamente se objetivó posible relación con empeoramiento en 10 pacientes: 7 casos de Raynaud, dos brotes de artritis, y un angioedema hereditario, constatando mejoría tras retirada del anticuerpo. No se reportó ningún acontecimiento grave en estos pacientes.

Conclusión: El paciente en vida real es mucho más complejo. Nuestro estudio abarcó un amplio grupo de pacientes con diversas patologías, sin constatar eventos graves relacionados con el uso de anti-CGRP durante un largo seguimiento. Se necesitan estudios prospectivos para confirmar que estos tratamientos no alteran el curso clínico de estas enfermedades.

21506. ESTUDIO VIRENCEF: FENOTIPO Y DURACIÓN DE LA CEFALEA ASOCIADA A LA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL: UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO

Vallecillo Arenillas, B.¹; Recio García, A.²; Eiros Bouza, J.³; Sanz Muñoz, I.⁴; Iglesia Aparicio, R.⁵; López Gonzalo, C.⁶; Sánchez Martínez, J.³; Guerrero Peral, A.¹; Sierra Mencía, A.⁶; González Osorio, Y.⁷; García Azorín, D.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ²Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León (ICSCYL); ³Servicio de Microbiología. Centro Nacional de Gripe de Valladolid (Valladolid NIC). Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ⁴Centro Nacional de Gripe de Valladolid (Valladolid NIC). Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León (ICSCYL). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC); ⁵Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León (ICSCYL). Centro Nacional de Gripe de Valladolid (Valladolid NIC); ⁶Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León (ICSCYL); ⁷Unidad de Investigación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: La cefalea es un síntoma frecuente en infecciones agudas respiratorias. No existen estudios que analicen la cefalea relacionada con la infección respiratoria por virus respiratorio sincital (VRS). Nuestro objetivo es caracterizar la cefalea como manifestación de la infección, determinando fenotipo, duración e implicaciones pronósticas.

Material y métodos: Estudio observacional analítico con diseño de casos y controles, anidado en una cohorte prospectiva. La población de estudio fueron pacientes con diagnóstico confirmado de infección por VRS. Periodo de estudio de 13 de noviembre de 2023 a 21 de marzo de 2024. Se recogieron variables demográficas, antecedentes patológicos, síntomas relacionados con la infección, variables relacionadas con la cefalea y los tratamientos utilizados. Se siguió a los pacientes con cefalea persistente hasta su resolución.

Resultados: Se reclutaron 112 pacientes, de los cuales 100 cumplieron criterios de elegibilidad y completaron el estudio. De ellos, 35 presentaron cefalea. La edad de los pacientes con cefalea fue menor ($71,3 \pm 9,7$ vs. $80,8 \pm 8,7$, $p < 0,001$). La cefalea tuvo una duración media de 102 horas, intensidad media 5/10, topografía predominante frontal y temporal (82,9%, 80,0%), bilateral (91,43%), y cualidad opresiva (80%). El 88,6% de los pacientes con cefalea precisó tratamiento analgésico. La hospitalización por la infección por VRS fue mayor en pacientes sin cefalea (66,2 vs. 31,4%, $p = 0,001$).

Conclusión: El fenotipo de la cefalea relacionada con VRS fue inespecífico, similar a otras virales. La mayoría de los pacientes precisaron analgesia, con buena respuesta. La presencia de cefalea se asoció a un mejor pronóstico de la infección por VRS, con menor riesgo de hospitalización.

Conducta y demencias I

20185. DISCRIMINACIÓN ENTRE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PRODRÓMICA Y TRASTORNO COGNITIVO FUNCIONAL. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO FCD-Q8

García Roldán, E.; Marín Cabañas, M.; Bernal Sánchez-Arjona, M.; Luque Tirado, A.; Almodóvar Sierra, Á.; Franco Macías, E.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío.

Objetivos: El objetivo fue validar un cuestionario (FCD-Q8) para discriminar trastorno cognitivo funcional (TCF) frente a enfermedad de Alzheimer prodrómica (EAp).

Material y métodos: Fase 1 de evaluación de prueba diagnóstica. Pacientes con estudio completo en Unidad de Memoria (Neuropsicología, Neuroimagen, Biomarcadores de EA -PET amiloide o LCR-). 2 grupos: grupo 1: diagnóstico de EAp, con biomarcadores positivos; grupo 2: sospecha de TCF [inconsistencia interna (Ball *et al.*, 2020) y biomarcadores negativos]. Un explorador, ciego al diagnóstico, administró el cuestionario FCD-Q8 y puntuó la presencia (= 1) o ausencia (= 0) de 8 ítems: acude solo; más preocupado que acompañante; respuesta larga y detallada a pregunta de apertura; respuesta conservada a la pregunta compuesta; consideración de memoria previa como muy buena; consideración de problema actual de memoria como grave; compulsión por anotaciones y comprobaciones; evitación de tareas con demanda cognitiva. Análisis mediante comparaciones de medias y curvas ROC.

Resultados: 26 pacientes en cada grupo. El grupo TCF resultó (mediana/RIC) más joven ($66/58-70$ vs. $71/67-75$, $p = 0,001$) y tuvo mayor puntuación en recuerdo libre de FCSRT+IR ($16/11-22$ vs. $12/5-17$, $p = 0,05$), en Goldberg-ansiedad ($6/4-8$ vs. $2/1-4$, $p > 0,001$), en Goldberg-depresión ($6/4-8$ vs. $2/1-4$, $p < 0,001$) y en FCD-Q8 ($5/5-6$ vs. $3/2-4$, $p < 0,001$). FCD-Q8 mostró buena utilidad diagnóstica para discriminar entre los grupos [AUC = 0,87 (IC95%: 0,77-0,97), con el punto de corte ≥ 4 puntos mostrando sensibilidad del 81% y especificidad de 88,5%].

Conclusión: El cuestionario FCD-Q8, que evalúa constructos del TCF como inconsistencia interna, fallo de metacognición y conductas compulsivas o de evitación, muestra buena utilidad diagnóstica para realizar este diagnóstico frente a EAp.