

Conclusión: La duración total de las crisis focales con evolución a TCB en nuestra serie fue de un minuto y medio aproximadamente. Observamos 3 fases semiológicas previas, de unos 40 segundos de duración, en las que predominan síntomas automotores y tónicos unilaterales.

20806. EPILEPSIA Y DEPRESIÓN, ¿QUÉ PODEMOS HACER DESDE LA CONSULTA? UN ESTUDIO CON 56 PACIENTES

Fernández Cabrera, A.¹; Santamaría Montero, P.¹; Figueira Gómez, A.¹; García de Soto, J.¹; Rodríguez Botana, M.²; Pego Reigosa, R.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Lucus Augusti;

²Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.

Objetivos: La relación entre epilepsia y trastornos psiquiátricos es bidireccional y compleja. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes epilépticos es elevada y, además, difícil de valorar por factores añadidos como la presencia de medicamentos antiepilepsia (MAC) que pueden provocar clínica similar o empeorar patología subyacente. **Material y métodos:** Realizamos un estudio cualitativo y prospectivo en los que identificamos pacientes de una consulta de epilepsia que no estuvieran diagnosticados de patología psiquiátrica concomitante. Estudiamos variables demográficas, así como tipo de epilepsia, números de MAC y MAC concreto utilizado. Se realizó un cribado con las escalas NDDIE y GAD para valorar la posible presencia de depresión y ansiedad. Se instauró tratamiento cuando fue necesario y se reevaluó a los seis meses.

Resultados: Se reclutaron 56 pacientes, con una edad media de 53 ± 23 años, un 57% mujeres. La mayoría tenían epilepsia focal (73%). Un 78% solo seguían tratamiento con un único MAC, un 16% con dos. El resto tenían 3. Un 43% (n = 24) cribó positivo para depresión o ansiedad. Hay una relación entre número de MAC y depresión ($p < 0,01$). La media NDDIE en el grupo que fue cribado como depresión fue 18,5 y en el otro 7,82. Se instauró tratamiento en 23 pacientes y se han revisado a los seis meses a 12 de esos 23, mejorando sus escalas.

Conclusión: La prevalencia de patología psiquiátrica en pacientes con epilepsia es muy elevada. La escala NDDIE resulta un buen cribado en la consulta para pacientes que pueden requerir tratamiento o seguimiento especializado.

20435. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL Y ROL DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN EPILEPSIA EN EL USO DEL CENOBOMATO

Ros González, I.; Montero Grande, C.; Neri Crespo, M.; Lallana Serrano, S.; Simón Campo, P.; Campos Blanco, D.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: La eficacia y tolerabilidad del cenobamato en práctica clínica real está por definir. La figura de una enfermera especialista en epilepsia, que proporcione información sobre el fármaco e intervenga en su posología, será clave para una mejor tolerabilidad de este.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes adultos con epilepsia a los que se inició cenobamato entre septiembre de 2022 y febrero de 2024. Se evaluaron la impresión de mejoría del paciente (CGI-I) y el grado de satisfacción con la información proporcionada por la enfermera mediante una escala de 5 ítems.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes (edad media $51,81 \pm 16,91$ años; 42,1% hombres), con una mediana de seguimiento de 12 meses (RIC 6-12). La media de FACs concomitantes era de 2 ± 1 , con 6 ± 3 fármacos previos de media. La media basal de crisis era de $10,7 \pm 20,6$ crisis mensuales. El porcentaje de pacientes libres de crisis a los tres, seis y doce meses fue del 27,77%, 36,95% y 35,48%, con media de crisis mensuales de $3,9 \pm 5,7$, $3,2 \pm 5,3$ y $4,4 \pm 6,7$ respectivamente. El 36,95% experimentaron efectos adversos, siendo la somnolencia el

principal. La tasa de retención a los 12 meses fue del 77,14%. El 68,6% de los pacientes refirieron una mejoría según la escala CGI-I, considerando el 89,3% útil o muy útil la información proporcionada por la enfermera.

Conclusión: El cenobamato es un fármaco eficaz, cuya tolerabilidad y tasa de retención puede mejorar con el apoyo de una enfermera especialista en epilepsia.

20465. TEC COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN NORSE POR ENCEFALITIS ANTI-NMDAR: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Luque Ambrosiani, A.; Sánchez Rodríguez, N.; Fernández Espigares, L.; Ortega Ruiz, A.; Fernández Panadero, A.; Hernández Chamorro, F.; Hernández Ramos, F.; Palomino García, A.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío.

Objetivos: El estatus epiléptico refractario de aparición reciente (NORSE) es una emergencia médica caracterizada por falta de respuesta a fármacos antiepilepsia y anestésicos generales, en un paciente previamente no epiléptico. La terapia electroconvulsiva (TEC) se ha planteado como opción de rescate. Presentamos un paciente con encefalitis anti-NMDAr donde se aplicó esta, con buena respuesta.

Material y métodos: Varón de 28 años, consumidor de cocaína. Inicia de forma aguda clínica neuropsiquiátrica y crisis focales con alteración de conciencia, con hallazgo en EEG de estatus epiléptico no convulsivo. Se sospecha origen inmunomediado, comenzando con corticoides. Se inician anticonvulsivos, sin respuesta. Ingresa en UCI con necesidad de anestésicos generales, presentando recurrencia de crisis pese a estos. Se obtiene EEG con patrón *extreme delta-brush*, anticuerpos anti-NMDAr positivos en LCR y RM con hiperintensidad hipocampal y temporal mesial, diagnosticándose encefalitis anti-NMDAr.

Resultados: Tras numerosas modificaciones de anticonvulsivos e inicio de rituximab, por persistencia de crisis comiciales se inicia TEC tras 36 días de ingreso en UCI. Se aplican 11 sesiones en modo bilateral con estímulo de carga creciente, finalizando 30 días después. Entonces, comienza a retirarse sedación con evolución favorable, pasando a planta de hospitalización solo con medicación oral, presentando crisis puntuales. Tras 96 días de ingreso hospitalario, se decide alta domiciliaria, sin recurrencia de crisis en el seguimiento al año siguiente del evento.

Conclusión: La TEC se ha empleado como terapia de rescate en NORSE con buena respuesta, siendo a nuestro conocimiento este el primer caso reportado de su aplicación en contexto de encefalitis anti-NMDAr.

20923. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA EN EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA Y SU IMPACTO EN EL MANEJO CLÍNICO

Mayol Traveria, J.¹; Grávalos Orellana, M.¹; Fonseca Hernández, H.²; Quintana Luque, M.²; López-Maza, S.²; Campos Fernández, D.²; Abraira del Fresno, L.²; Santamarina Pérez, E.²; Toledo Argany, M.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología. Grupo de Investigación en Estado Epiléptico y Crisis Agudas. Institut de Recerca Vall d'Hebron. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Nuestro objetivo es evaluar el proceso diagnóstico de los pacientes con epilepsia focal farmacorresistente (EFR) de etiología desconocida, y su relación con la evolución de la enfermedad y comorbilidades.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes consecutivos con EFR visitados en consultas externas durante el año 2023. En cada visita se registraron datos sociodemográficos, frecuencia de crisis, medicación antiepilepsia (MAC) y comorbilidades. El resultado del estudio diagnóstico se revisó retrospectivamente.

Resultados: Se incluyeron 180 pacientes en 412 visitas ambulatorias, edad mediana $45,6 \pm 17,1$ años, 52,2% mujeres. Los subtipos más

frecuentes de epilepsia fueron del lóbulo temporal (48,3%) y lóbulo frontal (22,2%). Durante el año de seguimiento, se ajustó MAC en 53,3% pacientes, en 12,2% se cambió el diagnóstico y el 25% consultaron a urgencias. El EEG mostró anomalías epileptiformes en 71,1% pacientes, las cuales se relacionaron con mayor toma de MAC [3 (2-4) vs. 2,5 (2-3), $p = 0,036$], más visitas [2 (1-3) vs. 1 (1-2), $p = 0,002$] y menos cambios diagnósticos (8,6 vs. 23,4%, $p = 0,009$). Se realizó estudio de autoinmunidad (sangre y/o LCR) en 89 (49,7%) pacientes, con resultado patológico en 20 (22,5%); 9 (10,1%) antinuclear, 4 (4,5%) anti-GAD65. El estudio neuropsicológico, realizado en el 43,3% pacientes, mostró mayor afectación de la atención y la memoria en pacientes con menor edad al inicio (R: 0,64, $p = 0,013$; R: 0,66, $p = 0,02$) y mayor tiempo de evolución (R: -0,56, $p = 0,037$; R: -0,66, $p = 0,018$).

Conclusión: La EFR representa un reto diagnóstico y terapéutico. Un estudio etiológico exhaustivo incluyendo autoinmunidad o neuropsicología proporciona un gran valor diagnóstico e información sobre comorbilidades cognitivas.

21256. PRIMEROS MESES DEL CÓDIGO CRISIS Y SU IMPACTO EN LOS PACIENTES CON POSIBLE CRISIS EPILÉPTICA GRAVE EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

del Álamo Díez, M.; Montabes Medina, P.; Saiz Díaz, R.; González de la Aleja Tejera, J.; Bellido Cuéllar, S.; Alcalá Torres, J.; García-Bellido Ruiz, S.; Petronila Cubas, C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: Mostrar los resultados iniciales en un hospital de referencia tras la puesta en marcha del Código Crisis (CC) en la Comunidad de Madrid (CAM).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo (nov. 2023-mayo 2024, sigue fase prospectiva) sobre el registro de pacientes con CC de un hospital de referencia. Se analizan variables clínicas, demográficas, hallazgos EEG y evolución del paciente.

Resultados: Hasta el momento se han incluido 179 pacientes, 29 pediátricos (16%, 11 mujeres, media 4,5 años) y 150 adultos (84%, 84 mujeres, media 63,7 años). 39 con epilepsia previa. Principal motivo de petición fue sospecha de estatus no convulsivo. En 23 (12,8%) se activó CC tras desactivar código ictus. El patrón EEG más observado fue actividad lenta. En 35 pacientes (19,6%) se documentó un patrón EEG de EE o continuo ictal-interictal (CII), y en otros 19 (10,6%) actividad epileptiforme intercrítica. Se objetivaron más estatus/CII entre los pacientes que cumplían criterios estrictos de CC ($p = 0,03$). No había diferencias entre adultos y niños. Los pacientes con epilepsia cumplían con mayor frecuencia dichos criterios ($p = 0,014$), así como los casos valorados previamente por neurología ($p < 0,01$). La presencia de EE/CII se asoció a mayor refractariedad ($p < 0,01$), morbilidad y mortalidad ($p = 0,017$). El *outcome* de casos pediátricos fue significativamente mejor (situación basal frente secuelas/exitus 71 vs. 18% adultos, $p < 0,01$).

Conclusión: El Código Crisis puede ser una herramienta útil para detectar a pacientes con crisis grave o sospecha de estatus/CII, y mejorar su atención. Si bien, es preciso analizar su utilidad a mayor escala, así como revisar los criterios actuales en algunos grupos de pacientes.

20161. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA EPILEPSIA EN ADULTOS ASOCIADO A COMPLEJO ESCLEROsis TUBEROSA

Pinzón Benavides, P.¹; Pedrozo García, L.²; Quintana Luque, M.³; Toledo Argany, M.³

¹Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes; ²Área de Neurología. Pontifícia Universidade Católica de Rio Grande do Sul; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Describir la evolución clínica de la epilepsia en pacientes adultos con diagnóstico de TSC (complejo esclerosis tuberosa).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de TSC en seguimiento en consulta especializada de epilepsia adultos de un hospital de tercer nivel.

Resultados: Recogimos datos de 16 pacientes con un seguimiento medio de 22 años. El factor de riesgo de epilepsia más prevalente fue en el antecedente familiar, todos los pacientes tenían epilepsia focal, la mitad de ellos multifocal. En el estudio genético más de la mitad tenían mutación en TSC 2. La frecuencia de las crisis fue variable durante las diferentes etapas de la vida. Sin embargo, se evidenció que en todas las etapas un alto porcentaje presentaban crisis diarias y que el tipo de crisis más habitual fueron las focales con alteración del nivel de conciencia. El 43% tenían epilepsia refractaria, la mitad tenían un CI bajo y el 56,3% se encontraban libres de crisis durante períodos prolongados. Tres pacientes tenían crisis diarias desde la infancia. Dos pacientes desarrollaron un SEGA.

Conclusión: Según nuestra serie la epilepsia asociada a TSC muestra la evolución muy variable. La forma de presentación de la epilepsia en la infancia se suele mantener hasta la edad adulta. Es común que los pacientes tengan epilepsia multifocal refractaria, con crisis epilépticas de desconexión del medio diarias que no se modifica a lo largo de la vida del paciente.

21304. ESTATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO Y SUPERREFRACTARIO EN NUESTRO CENTRO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Villamor Rodríguez, J.; Barbero Jiménez, D.; Hernández Ramírez, M.; González Gómez, M.; Sánchez García, F.; Serrano González, C.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: El estatus epiléptico (EE) se asocia a morbilidad significativa. Nuestro objetivo fue evaluar diferentes variables demográficas y clínicas en el EE refractario (EER) y superrefractario (EESR).

Material y métodos: Estudio unicéntrico, observacional, transversal y retrospectivo. Recogida de datos de pacientes con EE y correlato EEG (enero 2021-abril 2024).

Resultados: 50 pacientes (62% mujeres) con media de edad de $58,82 \pm 28,05$ años. Clasificación (semiología): 12% EE convulsivo (EEC), 2% mioclónico, 14% focal motor, 28% EE no convulsivo (EENC) con coma y 44% EENC sin coma. Clasificación (etiología): 36% (18/50) sintomática aguda (6/18 enfermedad cerebrovascular, 2/18 encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), 3/18 encefalitis autoinmune (EAi), 2/18 infección del SNC, 3/18 otros procesos infecciosos, 2/18 tóxico-metabólica), 24% (12/50) sintomática remota (10/12 enfermedad cerebrovascular, 1/12 EHI, 1/12 EAi), 18% (9/50) sintomática progresiva (4/9 neoplasia cerebral, 5/9 enfermedad neurodegenerativa), 12% (6/50) síndromes electroclínicos definidos (3/6 Lennox-Gastaut, 1/16 Panayiotopoulos, 1/16 síndromes de delección cromosómica, 1/6 epilepsia generalizada idiopática), 10% (5/50) criptogénica. 7% edema cortical poscrítico (RM). 60% desarrollaron EER y 40% EESR. 60% fueron EE *de novo* y 12% (6/50) cumplieron criterios de estatus epiléptico refractario de nueva aparición (NORSE), siendo el 83% (5/6) EESR y presentando el 67% (4/6) EAi confirmada (2/6 anti-RNMDA, 1/6 anti-LGI1, 1/6 anti-GAD65). La mortalidad intrahospitalaria fue 38% (19/50), siendo el 58% (11/19) EENC con coma.

Conclusión: En nuestro estudio el tipo de EE más frecuente fue el EENC sin coma y la etiología sintomática aguda, en concreto la enfermedad cerebrovascular. El 12% cumplieron criterios de NORSE, la mayoría con EAi confirmada y evolución a EESR. El tipo de EE con mayor mortalidad intrahospitalaria fue el EENC con coma.