

Existen retrasos importantes en los tiempos de atención y diagnóstico en nuestro entorno, que enfatizan la necesidad de implementar estrategias para optimizar la atención sanitaria en estos casos.

20974. TIEMPOS DE ATENCIÓN A LAS CRISIS URGENTES: DATOS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO

Sala Padró, J.¹; Fonseca Hernández, E.²; Quintana, M.²; Hernández Pérez, G.¹; López Maza, S.²; Campos Fernández, D.²; Abaira del Fresno, L.²; Santamarina Pérez, E.²; Veciana de las Heras, M.¹; Falip Centellas, M.¹; Toledo Argany, M.²

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

Objetivos: En el tratamiento del estado epiléptico (EE) son vitales los tiempos de acceso a la atención, al tratamiento y al diagnóstico adecuados. Nuestro objetivo es revisar esta atención, comparando los tiempos de activación del SEM (Sistema de Emergencias Médicas), el tratamiento prehospitalario y el acceso al EEG.

Material y métodos: Desde 2023, se ha completado un registro prospectivo en dos centros terciarios introduciendo todos los pacientes que consultan por crisis urgentes. Se ha registrado el momento de las crisis, el momento de activación del SEM, el tratamiento prehospitalario, el momento del EEG y el diagnóstico final.

Resultados: Se han recogido 1.887 episodios, el 50,9% (960) atendidos por el SEM; en 502 se registró el tiempo de activación. De estos pacientes, 90 tenían un EE. La atención prehospitalaria llegó más tarde en los pacientes con EE (25 vs. 55 minutos, $p = 0,006$). La mayoría de los pacientes (78,2%) no recibieron ningún tratamiento, si bien los pacientes con EE recibieron más veces tratamiento (38,9 vs. 14,6%, $p < 0,0001$). Se realizó EEG en 285 pacientes, 87 con EE. Sobre los tiempos de acceso al EEG, no hubo diferencias significativas (15,5 vs. 17 horas, $p = 0,518$).

Conclusión: Los pacientes con EE reciben atención prehospitalaria tardía y a menudo no reciben tratamiento adecuado. El tiempo a EEG urgente es prolongado y similar para todos los pacientes. Es necesario optimizar los protocolos para garantizar un diagnóstico y tratamiento más rápido y efectivo.

20445. PREDICTORES DE DESARROLLO DE EPILEPSIA TRAS HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTÁNEA

Giramé Rizzo, L.¹; Campos Fernández, D.²; Toledo Argany, M.²; Fonseca Hernández, E.²; López Maza, S.²; Quintana Luque, M.²; Montalvo Olmedo, C.¹; Pancorbo Rosal, O.³; Rodríguez Luna, D.³; Santamarina Pérez, E.²; Abaira, L.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Grupo de Investigación del Estado Epiléptico y Crisis Agudas. Unidad de Epilepsia. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ³Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: La aparición de crisis epilépticas tras una hemorragia intracerebral espontánea (HIC) se ha asociado a un peor pronóstico funcional y deterioro de la calidad de vida. Nuestro objetivo es describir factores predictores de epilepsia en pacientes con HIC espontánea de cara a un diagnóstico y tratamiento precoces.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una base de datos prospectiva de pacientes con HIC espontánea atendidos en un hospital terciario entre enero 2018 y mayo 2023. Se recogieron variables demográficas, clínico-radiológicas, crisis sintomáticas agudas (CSA) (≤ 7 días desde debut) y desarrollo de epilepsia, definido como aparición de crisis remotas no provocadas > 7 días.

Resultados: Se incluyeron 234 pacientes, con edad media de $70,5 \pm 14,0$ años, 63,2% varones, mediana mRS basal de 1 (RIQ 0-2). Tras una mediana de seguimiento de 2,5 años (RIC 1,1-4,7), 28 pacientes (12%) desarrollaron epilepsia con una latencia mediana de 329 días. Los factores asociados de forma significativa al desarrollo de epilepsia fueron NIHSS inicial > 12 ($p = 0,032$), aparición de CSA ($p = 0,019$), etiología no hipertensiva ($p < 0,001$) y mayor volumen basal del hematoma ($p < 0,001$), que además permite diferenciar 3 grupos de riesgo: < 15 ml (3,3% de crisis remotas), 15-30 ml (17,9%) y > 30 ml (38,1%). El desarrollo de epilepsia también se asoció a mayor discapacidad funcional (mRS 90 d > 2) tras la HIC ($p = 0,019$).

Conclusión: La gravedad clínica, la etiología no hipertensiva y un mayor volumen de sangrado aumentan el riesgo de desarrollar epilepsia tras una HIC, que a su vez podría empeorar el pronóstico funcional de estos pacientes.

21501. ENCEFALITIS AUTOINMUNES. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y RIESGO DE DESARROLLO DE EPILEPSIA POSTERIOR

Carbonell Gisbert, J.; Jiménez González, M.; Ciurans Molist, J.; Grau López, L.; Izquierdo Gracia, C.; Presas Rodríguez, S.; Ramo Tello, C.; Becerra Cuñat, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Objetivos: Las crisis epilépticas sintomáticas agudas (CSA) son una manifestación frecuente de las encefalitis autoinmunes (EA), pero el riesgo de desarrollo de epilepsia posterior es desconocido. Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes con EA que presentaron CSA con el objetivo de analizar los factores asociados al desarrollo de epilepsia.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con EA que presentaron CSA con al menos 1 año de seguimiento posterior, desde 2010 hasta la actualidad. Se analizaron variables demográficas, clínicas, radiológicas y neurofisiológicas.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes con una media de seguimiento de 7,67 años. El 41,7% ($n = 4$) eran mujeres, edad media al debut de $48 \pm 17,9$ años. En el 41,7% ($n = 5$) se identificaron anticuerpos contra antígenos de superficie, 33,3% ($n = 4$) contra antígenos intracelulares y 25% ($n = 3$) restante fueron seronegativos. El 8,3% ($n = 1$) debutó con un estado epiléptico. En el 25% se diagnosticó una neoplasia ($n = 3$, todas microcítico de pulmón). Un 25% ($n = 3$) falleció durante el seguimiento. El 50% desarrolló epilepsia, siendo farmacorresistente en el 33,3% ($n = 4$). La presencia de una esclerosis mesial en la RM de control se asoció de forma significativa al desarrollo de epilepsia ($p = 0,008$). El 100% recibieron tratamiento de primera línea ($n = 6$ corticoides, $n = 6$ corticoides e inmunoglobulinas), el 33,3% ($n = 4$) tratamiento de segunda línea ($n = 2$ rituximab, $n = 1$ ciclofosfamida, $n = 1$ ciclofosfamida, rituximab y azatioprina) y un 8,3% ($n = 1$) de tercera línea ($n = 1$ anakinra).

Conclusión: La mitad de los pacientes de nuestra serie desarrollaron epilepsia. La presencia de esclerosis mesial en la RM de control se asoció al desarrollo de epilepsia.

21653. HISTORIA NATURAL Y FENOTIPO DEL SÍNDROME POR DEFICIENCIA DE CDKL5 EN LA EDAD ADULTA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL

Núñez Manjarres, G.¹; Lewis-Smith, D.²; Morcos, R.³; González Giráldez, B.⁴; Steensbjerre Møller, R.⁵; Aledo Serrano, Á.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea;

²Clinical Lecturer. Newcastle University; ³Servicio de Neurología. Instituto de Neurociencias Synaptia. Grupo Hospitalario Vithas;

⁴Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ⁵Danish Epilepsy Center.

Objetivos: El conocimiento de la epilepsia, fenotipo y resultados del síndrome por deficiencia de CDKL5 se limita a estudios transversales, principalmente en niños. Proponemos describir la historia natural en adultos, resultados y factores que influyen en ellos.

Material y métodos: Recopilamos retrospectivamente datos sobre una cohorte internacional de adultos. Analizamos datos clínicos, puntuación en la escala de desarrollo de CDKL5 (CDS) y tratamiento y evaluamos asociaciones con factores predictivos del pronóstico.

Resultados: Los 67 pacientes tenían una mediana de edad de 24 años, tres fallecieron. Todos menos uno padecían epilepsia, que comenzó con espasmos epilépticos o crisis tónicas antes de los 4 meses, con crisis de inicio focal y no motoras más tarde. Las crisis mejoraron con la edad y menos de un tercio presentó crisis tónico-clónicas bilaterales o estatus epiléptico siendo adultos, aunque el 73% nunca estuvo 6 meses libre de crisis. Los trastornos del movimiento, déficits visuales, trastornos del sueño y escoliosis fueron frecuentes. Todos tenían discapacidad intelectual. Aquellos con antecedentes de convulsiones neonatales alcanzaron menos habilidades en la CDS y tenían más probabilidades de complicaciones de su enfermedad y tratamiento. Los portadores de variantes *missense* alcanzaban más habilidades en la CDS que los que presentaban otras variantes y eran más propensos a perder habilidades en la edad adulta y a desarrollar ansiedad.

Conclusión: Describimos la historia natural y resultados de los pacientes con síndrome por deficiencia de CDKL5 en adultos. La presencia de una variante *no-missense* o antecedentes de convulsiones neonatales indica una tendencia hacia un peor neurodesarrollo y trastorno más complejo.

20118. ESTATUS EPILÉPTICO FOCAL SIN ALTERACIÓN DE CONCIENCIA: EXPERIENCIA EN DOS CENTROS HOSPITALARIOS

Cabib, C.¹; Grau López, L.¹; Jiménez González, M.¹; Carbonell Gisbert, J.¹; Hernández Stahl, M.²; Becerra Cuñat, J.¹; Ciurans Molist, J.²

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

²Servicio de Neurología. Hospital General de Granollers.

Objetivos: El estatus epiléptico focal sin alteración del nivel de conciencia (SEFSC) es poco frecuente y tiene mejor pronóstico que otros estatus. Realizamos una descripción de pacientes con SEFSC e identificamos las variables asociadas a pronóstico funcional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en que se revisó la base de datos de pacientes con SEFSC entre 2019-2024 de la Unidad de Epilepsia de dos hospitales. Hemos analizado variables premórbidas, clínicas, neurofisiológicas y terapéuticas, estudiando su relación con el pronóstico funcional al alta y al seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes (31,6% mujeres, media 66,6 ± 13,7 años, mediana mR 2). 63,2% eran personas con epilepsia y 89,5% presentaban patología neurológica estructural previa. 47% presentó síntomas predominantemente motores. El 73% presentó un estatus sintomático remoto y el 68% fueron causados por patología asociada a mal pronóstico (ictus, infección del SNC, TCE, tumor cerebral). El tiempo hasta el EEG fue de 24 horas [2-312]. Los hallazgos EEG más frecuentes fueron descargas periódicas lateralizadas (PLD) con o sin crisis subintrales. La duración del SEFSC fue de 48 horas [24-504]. Ningún paciente fue tratado con sedación. El 10,5% murió durante el ingreso. Al alta y al seguimiento (mediana 6 meses), el 63% y el 52% presentaron respectivamente un empeoramiento de su funcionalidad basal, sin observarse una asociación significativa con las variables analizadas.

Conclusión: El SEFSC presenta una menor mortalidad que el resto de los estatus. La mayoría de los pacientes presentan un empeoramiento funcional al alta y al seguimiento. En nuestra serie, ninguna de las variables clínicas y neurofisiológicas se asocia a empeoramiento funcional.

20562. ESTADO EPILÉPTICO EN PACIENTES CON PARADA CARDÍACA REFRACTARIA ASISTIDA MEDIANTE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EXTRACORPÓREA Y FACTORES ASOCIADOS

Montalvo Olmedo, C.¹; Abaira del Fresno, L.²; Quintana, M.²; Campos Fernández, D.²; Girame Rizzo, L.¹; Vidal Burdeus, M.³; Riera del Brío, J.³; Argudo Serra, E.⁴; Sánchez Corral, A.⁴; Sueiras Gil, M.⁵; Thonon, V.³; López Maza, S.²; Fonseca Hernández, E.²; Toledo Argany, M.²; Santamarina Pérez, E.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Unidad de Epilepsia. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ³Unidad de Cuidados Coronarios. Departamento de Cardiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁴Departamento de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁵Departamento de Neurofisiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Evaluar la incidencia y factores asociados al estado epiléptico (SE) mioclónico en pacientes tras parada cardiorrespiratoria refractaria y asistida mediante reanimación cardiopulmonar extracorpórea (e-RCP) con sistema de oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO).

Material y métodos: Estudio longitudinal retrospectivo unicéntrico (junio 2017 - mayo 2024) de pacientes con parada cardiorrespiratoria refractaria extra e intrahospitalaria que han requerido soporte mediante ECMO en un hospital terciario. Recogimos variables demográficas, clínicas, EEG y de neuroimagen. Evaluamos la presencia de SE y factores asociados.

Resultados: Se incluyeron 109 pacientes, analizándose 89 tras excluir 20 por muerte precoz (< 24 horas). La edad media fue de 52,2 (± 13) años, 78,7% hombres. El tiempo desde el inicio de maniobras hasta la recuperación de circulación (*low-flow time*) fue de 59,3 (± 32) minutos, 33 pacientes presentaron retorno de circulación espontánea (ROSC) intermitente. La TC cerebral inicial mostró alteraciones agudas en 33 pacientes y el primer EEG (< 24 horas, n = 58) mostró actividad de fondo continua (48,3%), actividad discontinua (29,3%), brote-supresión (BS) (12,1%) y supresión (10,3%). La tasa de SE durante la primera semana fue del 24,4%. La mortalidad hospitalaria fue del 70,8%. Las variables que se asociaron de forma independiente con SE fueron ROSC intermitente (HR 3,109 [IC95%: 1,181-8.183], p = 0,022) y el patrón BS (HR 4,563 [IC95%: 1,560-13.349], p = 0,006). No hubo asociación con el *low-flow time* (p = 0,871) ni la TC inicial (p = 0,693).

Conclusión: El SE es una complicación frecuente en PCR refractarias asistidas mediante e-RCP. La presencia de ROSC intermitente y un EEG < 24 horas con BS se asocian a un mayor riesgo de SE posanóxico.

20646. DISPLASIA CORTICAL FOCAL: AMPLIANDO EL ESPECTRO CLÍNICO. ESTUDIO DE CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Varas Martín, E.; Jiménez Caballero, P.; Palomino Cardozo, N.; Ros González, M.; Freire Lázaro, M.; Montero Grande, C.; Puime Rey, P.; García Artech, M.; Simón Campo, P.; Lallana Serrano, S.; Campos Blanco, D.

Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Descripción de la respuesta al tratamiento de una serie de pacientes con displasia cortical focal (DCF) y comparación con la literatura.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en adultos con diagnóstico de DCF en seguimiento por una unidad de epilepsia en un hospital terciario.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes (edad media 45 ± 17,74 años; sexo masculino 58,1%), con una mediana de edad al debut de epilepsia de 14 (1-52) años. La localización de la displasia fue temporal en 11 (35,5%), frontal en 8 (25,8%), parietal en 7 (22,6%), occipital en 2 (6,4%) y multifocal en 3 (9,7%). 17 (54,84%) pacientes presentaron una epilepsia farmacorresistente, sin diferencias en función del lóbulo