

XIV Reunión Anual de la Asociación Madrileña de Neurología

Madrid, 20-21 de octubre de 2016

1.

¿Cómo evolucionan nuestros pacientes cuando se sustituye natalizumab por fingolimod?

C. Aguirre, V. Meca, B. del Río, I. Palmí, M. Rabadán, J. Vivancos

Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa. Madrid.

Objetivo. Evaluar la respuesta de pacientes con esclerosis múltiple remittente recurrente (EMRR) en tratamiento con fingolimod tras natalizumab, analizando si existen características clínicas o radiológicas que predigan dicha respuesta. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes con EMRR atendidos en nuestra unidad en tratamiento con fingolimod tras natalizumab. **Resultados.** 16 pacientes, 68,8% mujeres, edad media 39,4 años (rango: 29-51 años). Media de evolución de la enfermedad: 10,6 años (rango: 4-22 años). Media de tratamientos previos a natalizumab: $1,7 \pm 0,62$. Media de perfusiones de natalizumab: 24,1 (rango: 2-43). 81,4% suspensión por anticuerpos anti-JC positivos. Mediana de EDSS al inicio de natalizumab: 3; suspensión: 1,75. Mediana de cambio EDSS tras natalizumab: $-0,5$. Media de tasa de brotes durante natalizumab: 0,27 (rango: 0-1,5). Tiempo medio de tratamiento con fingolimod: 27,7 meses (rango: 0-48 meses). Mediana de EDSS al inicio de fingolimod: 2; tras un año: 2. Mediana de cambio de EDSS tras año de fingolimod: $+0,25$. Media de tasa de brotes de Fingolimod: 0,6 (rango: 0-1,25). Siete pacientes (43,75%)

tenían lesiones captantes de gadolinio en RM prenatalizumab y ninguno postratamiento. Cuatro (25%) pre-fingolimod (dos de ellos con período prolongado de lavado, uno con brote en él y dos con brote a los seis meses de inicio de tratamiento) y uno (6,25%) tras un año de tratamiento. El 68,75% de los pacientes continúan en tratamiento con fingolimod con mediana de EDSS de 3. No hubo significación que asocie estas variables a peor evolución tras cambio de tratamiento, únicamente tendencia a progresión ($p = 0,19$) en pacientes con lesiones captantes de gadolinio prenatalizumab. **Conclusiones.** Observamos una tendencia al incremento de EDSS en pacientes que cambian de natalizumab a fingolimod, más marcada en pacientes con lesiones captantes de gadolinio prenatalizumab.

2.

La escala ASPECTS a juicio en el tratamiento endovascular del ictus: ¿tendrá mayor valor predictivo en TC basal, TC de perfusión o imágenes fuente de angiotomografía?

C. Aguirre^a, S. Trillo^a, S. Bashir Viturro^a, C. Ramos^a, L. Martínez^a, G. Zapata Wainberg^a, A. Jiménez-Carrillo^a, G. Reig^a, A. Barbosa del Olmo^b, R. Manzanares^b, J.L. Caniego^b, E. Bárcena^b, J. Vivancos^a

^aUnidad de Ictus. Servicio de Neurología.

^bServicio de Radiología. Hospital Universitario La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa. Madrid.

Objetivo. Evaluar el valor predictivo entre la puntuación ASPECTS del TC cerebral basal (ASPECTS basal), la del

TC de perfusión (ASPECTS-CBV) y la de las imágenes fuente de angiotomografía (ASPECTS-CTASI) en pacientes con ictus tratados mediante tratamiento endovascular. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con recogida prospectiva de datos con ictus isquémico agudo en territorio de la arteria cerebral media tratados mediante tratamiento endovascular en nuestro centro con éxito en la revascularización. Se incluyeron oclusiones de M1/T carótida y tándem. La puntuación ASPECTS fue asignada por radiólogos y neurólogos. Se estudió su correlación con la escala de Rankin modificada (mRS) a los tres meses mediante el método rho de Spearman. **Resultados.** 119 pacientes, 56,3% mujeres ($n = 67$). Edad media: 67 años (rango: 16-87 años). Mediana NIHSS pretratamiento: 18 (rango intercuartílico: 7). Mediana ASPECTS basal: 8 (rango intercuartílico: 3); ASPECTS-CBV: 8 (rango intercuartílico: 2); ASPECTS-CTASI: 8 (rango intercuartílico: 2). Mediana mRs a los tres meses: 1 (rango intercuartílico: 3). Entre todas las puntuaciones ASPECTS y la evolución a los tres meses (mRs) se obtuvo una correlación inversa y estadísticamente significativa: ASPECTS basal, rho: $-0,363$ ($p < 0,01$); ASPECTS-CBV, rho: $-0,430$ ($p < 0,01$); ASPECTS-CTASI, rho: $-0,441$ ($p < 0,01$). **Conclusiones.** La escala ASPECTS puntuada en sus distintas variantes ha mostrado un valor predictivo significativo en la respuesta al tratamiento endovascular del ictus. Esta correlación fue más fuerte para ASPECTS-CBV y ASPECTS-CTASI, por lo que consideramos ambas técnicas como herramientas con valor pronóstico y que pueden ayudar en la toma de decisiones.

3.

Experiencia con toxina botulínica para el tratamiento de la migraña. Estudio prospectivo a un año

G. Latorre González^a, S.C. González González^b, E. Correas Callero^a, M. Rabasa Pérez^a, M.V. Loarte^a, L.A. Rodríguez de Antonio^a, I. García Castañón^a, I. Fernández Barriuso^a, E. Gutiérrez Delicado^a, A.V. Vázquez Pérez^a

^aHospital Universitario de Fuenlabrada.

^bFacultad de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivo. Corroborar en nuestra población las conclusiones de investigaciones previas respecto al uso de toxina onabotulínica A en migraña. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo sobre una muestra de pacientes con migraña crónica y criterios para iniciar el uso de toxina botulínica a lo largo de un año. **Resultados.** Se seleccionaron 34 pacientes (85% mujeres, edad media: 45 años). 24% migraña con aura, 76% sin aura. 3% criterios de unilateralidad. Presentaban abuso de analgesia un 59%. Al inicio del primer ciclo, el 41% no tenía tratamiento preventivo, el 18% estaba tratado con antidepresivos, el 3% con betabloqueantes, el 6% con combinaciones de betabloqueantes y neuromoduladores y el 32% con combinación de neuromoduladores y antidepresivos. El 65% no presentó ningún efecto adverso; el 32%, efectos adversos leves locales, y el 3%, moderados (cefalea y paresia de *frontalis*). No aparecieron efectos adversos de gravedad. La media del valor de la escala HIT-6 al inicio fue de

66,7 ± 9,24, y al final, de 60,88 ± 8,5. El valor medio al inicio del tratamiento de la escala MIDAS fue de 81,67 ± 57,2 puntos, y al final del tratamiento, de 39,4 ± 43,4 puntos. La variación media de las escalas es mayor en aquellos pacientes que no presentan abuso de analgesia ($p > 0,05$). Las visitas a urgencias disminuyeron un 63%. La eficacia percibida y la mejoría en las escalas aumenta con el número de ciclos recibidos. **Conclusiones.** En nuestra muestra se confirman los datos de eficacia y seguridad de la toxina botulínica en migraña crónica, aportando reproducibilidad y coherencia a los resultados de estudios previos.

4.

Análisis de los pacientes derivados a consultas de neurología con sospecha de neuralgia del trigémino: un ejemplo de sobrediagnóstico

G. Latorre González, E. Correas Callero, L.A. Rodríguez de Antonio, I. Fernández Barriuso, M.V. Loarte, M. Rabasa Pérez, A.V. Vázquez Pérez, E. Gutiérrez Delicado, I. García Castañón

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivo. Analizar los pacientes derivados a neurología como neuralgia del trigémino durante un año. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo en una consulta de neurología general de un hospital secundario. **Resultados.** En los 12 meses de análisis se derivaron 44 pacientes desde otros servicios con el diagnóstico de neuralgia del trigémino. Edad media: 54,75 años; 77,3% mujeres. Procedencia: 40,9%, urgencias; 38,6%, atención primaria; 2,2%, oftalmología; 2,2%, maxilofacial; 2,2%, medicina interna; 4,5%, unidad del dolor, y 9%, otras. En el 82% de los casos, el neurólogo pudo establecer el diagnóstico en la primera visita. Diagnósticos iniciales: dolor facial idiopático persistente, 27,27%; migraña, 15,9%; disfunción temporomandibular, 13,63%; cefalea en racimos, 6,81%; SUNCT/SUNA, 6,81%; odontalgia atípica, 6,81%; cervicogénica/miofascial, 4,54%. Tan sólo cinco pacientes (11,36%) fueron

considerados como neuralgia del trigémino en la primera visita, de los cuales tres lo mantuvieron en el seguimiento (6,8%). El 27,2% de los pacientes no requirió realizar mayores estudios complementarios. La resonancia magnética fue la más utilizada (63,6%). Sólo cinco pacientes cambiaron el diagnóstico en el seguimiento y nueve recibieron más de un diagnóstico. El 38,6% de los pacientes fueron dados de alta. **Conclusiones.** La neuralgia del trigémino es una enfermedad rara pero sobrediagnosticada fuera del ámbito de la neurología. La precisión diagnóstica en nuestra muestra es baja, siendo los servicios de urgencias y atención primaria los más implicados. La valoración neurológica mejora la capacidad diagnóstica, en la mayor parte de ocasiones en una sola visita. Nuestro estudio enfatiza la necesidad de formación y el cuidadoso abordaje del dolor facial.

5.

Aumento de la frecuencia de ictus isquémicos y hemorrágicos en pacientes con infección por VIH en España

E. Monreal^a, P. Gullón Tosio^c, A. Escobar Villalba^a, P. Martínez Ulloa^a, C. Quereda Rodríguez-Navarro^b, I. Hernández Medrano^a, J. Masjuán Vallejo^a, M.J. Pérez Elías^b, I. Corral Corral^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. ^cEscuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Objetivos. Estudiar la frecuencia de episodios de primer ictus en pacientes infectados por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en España a lo largo de 15 años, y describir los factores de riesgo asociados y las diferencias entre dos épocas de tratamiento antirretroviral. **Pacientes y métodos.** A partir del conjunto mínimo básico de datos del Ministerio de Sanidad, se recogieron todos los casos ingresados en España entre 1997 y 2012 con diagnósticos simultáneos de infección por VIH e ictus isquémico o hemorrágico. Se evaluó sólo el primer episodio por paciente. Se com-

pararon entre el período con TARGA precoz (1997-2001) y actual (2006-2012) la frecuencia de ictus, factores de riesgo vascular y otros diagnósticos asociados. **Resultados.** Un total de 2.264 pacientes con VIH presentó un primer ictus en el período de estudio. Se observó un aumento de la frecuencia a lo largo de los años, tanto isquémicos como hemorrágicos. Se confirma que, en el período de TARGA actual, la frecuencia de ambos tipos de ictus ha aumentado respecto al TARGA precoz. Esto concuerda con un aumento entre ambos períodos de la edad media de los pacientes (40,8 frente a 49,8 años) y de hipertensión, dislipemia, diabetes, tabaco y sida. La infección por virus de la hepatitis C se asocia a mayor riesgo de hematoma. **Conclusiones.** Existe un aumento progresivo de pacientes con infección por VIH que sufren un primer ictus en nuestro país, probablemente secundario a mayor supervivencia de los pacientes y a un aumento de los factores de riesgo vascular.

6.

Ultrasonido focal de alta intensidad para el tratamiento del temblor esencial: eficacia clínica y hallazgos radiológicos de la talamotomía unilateral

R. Martínez Fernández^a, M. del Álamo^{a,b}, F. Hernández^a, J. Pineda^a, R. Rodríguez^a, L. Vela^{a,c}, J.A. Obeso^a

^aCINAC-Hospital HM Puerta del Sur. Universidad CEU-San Pablo. Móstoles, Madrid. ^bHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ^cHospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivo. Reportar la experiencia del CINAC-HM Puerta del Sur en el tratamiento del temblor esencial con ultrasonido focal de alta intensidad. **Pacientes y métodos.** Entre julio de 2015 y febrero de 2016 se realizaron talamotomías unilaterales del núcleo ventrointermedio a 12 pacientes con temblor esencial discapacitante y refractario al tratamiento médico. La intensidad del temblor se evaluó mediante la *Clinical Rating Scale for Tremor* (CRST) previamente al procedimiento y a los tres meses. Los pacientes res-

pondieron, antes y tras el tratamiento, una escala de percepción de discapacidad (de 0 a 100%, con valores más altos indicando mayor autonomía). Se registraron efectos indeseados. Se realizó análisis radiológico topográfico de las lesiones. **Resultados.** La CRST total presentó una mejoría media del 56% ($p < 0,0001$). Además, las puntuaciones de temblor para el hemisferio tratado se redujeron en un 74% ($p < 0,0001$). La parte C de la CRST, que evalúa la discapacidad para actividades de la vida diaria, mejoró un 75% ($p < 0,0001$). La percepción de autonomía por parte de los pacientes aumentó del 42% hasta el 77% ($p < 0,0001$). A los tres meses, una paciente presentaba leve ataxia de la marcha y tres referían parestesias peribucles o disgeusia. El volumen medio de las lesiones fue de 64,9 mm³ (8,1 × 4,0 × 7,2 mm), y la localización, de 14,8 mm lateral a AC-PC y 8,2 mm anterior a PC. **Conclusión.** La talamotomía por ultrasonido focal de alta intensidad es un tratamiento seguro y eficaz para reducir la discapacidad asociada al temblor esencial refractario al tratamiento médico

7.

Mecanismos implicados en la influencia pronóstica de la hiperglucemia en el infarto cerebral agudo: análisis de biomarcadores. Estudio GLIAS-2

B. Fuentes^a, M. Gutiérrez Fernández^a, B. Rodríguez Frutos^a, L. Otero Ortega^a, M. Alonso de Leciñana^a, B.E. Sanz Cuesta^a, R. Madero Jarabo^a, R. Delgado Mederos^b, J. Gállego Culleré^c, M. Rodríguez Yáñez^d, M. Martínez Zabaleta^e, M. Freijo Guerrero^f, J.C. Portilla^g, A. Gil Núñez^h, A. Lisbona^a, E. Díez Tejedor^a

^aHospital Universitario La Paz. Madrid.

^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ^cComplejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ^dComplejo Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña. ^eHospital de Donostia. San Sebastián. ^fHospital de Basurto. Bilbao. ^gHospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. ^hHospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivo. Investigar los posibles mecanismos (inflamatorios, protrombó-

ticos, de disfunción endotelial y muerte neuronal) implicados en el mal pronóstico asociado al desarrollo de hiperglucemia ≥ 155 mg/dL en los pacientes con infarto cerebral agudo. **Pacientes y métodos.** Análisis secundario del estudio GLIAS-2 (prospectivo y multicéntrico), seleccionando los participantes en el subestudio de marcadores de inflamación (IL6, IL4, IL10, TNF- α , hsPCR), protrombóticos (PAI-1) disfunción endotelial (VCAM-1, ICAM-1), ruptura de barrera hematoencefálica (MMP9) y muerte neuronal (anexina V). Las muestras se tomaron al ingreso y a las 72-96 h. Se compara la expresión de dichos marcadores en dos fases: pacientes con o sin niveles de glucemia capilar ≥ 155 mg/dL en las primeras 48 horas, y comparación de los siguientes cuatro grupos: no hiperglucemia ≥ 155 mg/dL, hiperglucemia ≥ 155 mg/dL no respondedores al tratamiento corrector, hiperglucemia ≥ 155 mg/dL respondedores, e hiperglucemia ≥ 155 mg/dL no tratados. **Resultados.** 174 pacientes, 79 (45,9%) de los cuales con glucemia ≥ 155 mg/dL en las primeras 48 h. Se observó mayor mortalidad (14,7% frente a 5,5%; $p < 0,05$) y muerte-dependencia (37,3% frente a 21,1%; $p < 0,05$) en el grupo de glucemia ≥ 155 mg/dL. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en ninguno de los marcadores analizados al ingreso ni a las 72-96 h en la comparación según la presencia de hiperglucemia ≥ 155 mg/dL o de la respuesta al tratamiento corrector con insulina. **Conclusiones.** En el estudio GLIAS-2 no se observa asociación entre el efecto pronóstico de los niveles de glucemia ≥ 155 mg/dL y los marcadores de inflamación, protrombosis, disfunción endotelial, ruptura de barrera hematoencefálica y muerte neuronal analizados.

8.

El core de infarto en tomografía computarizada de perfusión, ¿un estimador fiable del infarto real?

L. Martínez Vicente^a, S. Trillo Senín^a, C. Ramos Martín^a, C. Aguirre Hernández^a, S. Bashir Viturro^a, P. Alcántara Miranda^a, J. Villaciers Álvarez^a, E. Bárcena Ruiz^b, J.L. Caniego Monreal^b, R. Manzanares Soler^b, A. Ximénez-Carrillo Rico^a, J. Vivancos^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Radiología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Objetivos. El volumen del infarto inicial es un factor pronóstico clave en el ictus isquémico, que puede ser estimado en el mapa de volumen (CBV) de la TC de perfusión (TCP). Se comparó el core isquémico en CBV (core-CBV) con el infarto final a las 24 horas (core-24 h), con el objetivo de estudiar la capacidad de predicción de la TCP en ictus de la arteria cerebral media tratados mediante terapia endovascular. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo con recogida prospectiva de datos de pacientes consecutivos con oclusión aguda de M1/T carotídea/tándem tratados mediante terapia endovascular en nuestro centro, excluyendo pacientes no revascularizados tras terapia endovascular. Las imágenes fueron evaluadas por un neurólogo y un radiólogo de forma ciega a los datos clínicos. Se comparó el volumen de infarto en core-CBV con el volumen del core-24 h en los mismos cortes evaluados en TCP. Se definió como estimación precisa una diferencia < 10 mL entre core-CBV y core-24 h. La sobreestimación > 10 mL se denominó core ilusorio. Se correlacionó el grado de precisión del core-CBV con las características del ictus. **Resultados.** 116 pacientes, 56% mujeres. Edad media: $67 \pm 14,4$ años. ASPECTS: $8 \pm 1,4$. NIHSS media: $17,4 \pm 6,4$. Media de crecimiento: $0,2 \pm 7,2$ mL. Tiempo medio TC-recanalización: 104 ± 61 min. Tiempo medio inicio-TC: $195,1 \pm 169,9$ min. Estimación precisa: 79,3%. Presencia de core ilusorio: 9,5%. Infraestimación: 11,2%. Se encontró asociación entre uso de fribri-

nólisis y core ilusorio ($p < 0,05$) y entre diabetes y crecimiento del infarto ($p < 0,05$). **Conclusiones.** En la mayor parte de nuestros pacientes, el core-CBV fue un buen estimador del infarto final. Sin embargo, en algunos casos pueden existir cambios significativos. Por lo tanto, utilizado de forma aislada, el core-CBV debería interpretarse con cautela para la toma de decisiones en la terapia endovascular del ictus de la arteria cerebral media.

9.

Deterioro cognitivo como factor independiente de riesgo hospitalario: estudio DECOFIRH

A. de Albóniga-Chindurza Barroeta^a, C. Anciones Martín^a, F. Acebrón Sánchez-Herrera^a, C. Guirao Rubio^a, D. Ibáñez Segura^b, P. Roiz Rey^b, P. Pérez Torre^a, G. García Ribas^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo. El deterioro cognitivo está infradiagnosticado. El estudio DECOFIRH pretende detectar la tasa de deterioro cognitivo no conocido y su impacto en la situación funcional de estos pacientes tras un ingreso hospitalario, mediante cuestionarios realizados a un informador. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional prospectivo realizado sobre una serie de casos, de pacientes comprendidos entre 70 y 85 años, que ingresan en el servicio de medicina interna de un hospital terciario. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de demencia o enfermedades neurológicas graves, así como aquellos que habían sido hospitalizados recientemente. Los tests empleados en la detección de deterioro cognitivo fueron el *Alzheimer's Disease 8* (AD8) y el *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE). Asimismo, se evaluó la situación funcional mediante el índice de Barthel al ingreso y tres meses después. **Resultados.** Durante los tres meses de seguimiento ingresaron 809 pacientes, cumpliendo los criterios de inclusión 79 (9,7%) de ellos. Su edad media era de 80 años. Mediante el IQCODE se detectó una tasa de deterio-

rio cognitivo del 30,3%, y con el AD8, del 34,1%. Al ingreso, el 37,9% de los pacientes era funcionalmente independiente. A los tres meses, este porcentaje cayó al 24%. **Conclusiones.** En nuestra muestra, casi un tercio de los ancianos sin comorbilidades sistémicas o neurológicas graves dieron positivo para la detección de deterioro cognitivo según nuestros tests basados en informador, sin ser éste conocido previamente. El deterioro funcional afecta casi a una cuarta parte de estos pacientes a los tres meses del ingreso.

10.

Aplicación de la computación cognitiva para el análisis de datos masivos (big data) extraídos de los informes de alta de una unidad de ictus

G. Reig Roselló^a, R. Costumero^b, H. Ambit^b, C. Gonzalo^b, E. Mensalvas^b, S. Trillo Senín^a, J. Gómez Zamora^a, G. Fernández^a, G. Zapata Wainberg^a, J. Vivancos Mora^a

^aHospital Universitario de La Princesa. ^bCentro de Biotecnología Biomédica. Universidad Politécnica de Madrid. Madrid.

Objetivos. Las técnicas de procesamiento informático de lenguaje natural permiten analizar información a partir de archivos de texto sin necesidad de crear y mantener una base de datos específica. Como prueba de concepto, analizamos los informes de alta de los pacientes atendidos en la unidad de ictus, usando dichas técnicas para evaluar su patrón de evolución clínica. **Pacientes y métodos.** Se estudiaron los informes de alta de todos los pacientes ingresados en la unidad de ictus de nuestro centro entre 2009-2015. Usamos una adaptación específica del software H2A, realizando la indexación de la información clave extraída del texto mediante análisis sintáctico y semántico centrado en el dominio. Se analizaron los datos referentes a las escalas NIHSS y mRS recogidas en los informes, en diferentes momentos durante el ingreso. **Resultados.** Se procesaron 4.446 archivos de texto, de los cuales 4.071 resultaron válidos para el análisis. De éstos, 1.775 (44%) contenían mediciones de

las escalas desde el ingreso al alta. El análisis informático automatizado permitió evidenciar las relaciones entre la edad y la gravedad del ictus, así como determinar la mejoría de la puntuación en la NIHSS desde el ingreso al alta y también el incremento de la puntuación de la mRS al alta respecto a la basal. **Conclusiones.** El procesamiento de datos masivos por medio del análisis informático semántico y sintáctico a partir de archivos de texto permite explotar la información y definir el patrón evolutivo de una cohorte amplia de pacientes con ictus, sin la necesidad de crear y mantener una base de datos.

11.

Análisis histológico de los trombos extraídos mediante trombectomía mecánica y su asociación con la etiología del ictus: variables clínicas y radiológicas

A. de Felipe^a, J.C. Méndez^b, E. Fandiño^b, A. Alonso Cánovas^a, R. Vera^a, A. Cruz^a, C. Matute^a, C. Estévez^a, R. Álvarez Velasco^a, P. Pérez^a, F. Acebrón^a, A. Albóniga-Chindurza^a, C. Anciones^a, H. Pian^c, F. Ramírez^d, J. Masjuán^a

^aServicio de Neurología. Unidad de Ictus. Universidad de Alcalá (IRYCIS). ^bServicio de Radiología. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Ramón y Cajal. ^dUniversidad Politécnica de Madrid. Madrid.

Objetivos. La composición histológica del trombo podría relacionarse con la etiología del ictus y características radiológicas. Nuestro objetivo fue analizar la relación entre los componentes histológicos de los trombos obtenidos en pacientes con ictus isquémico y su etiología y variables clínicas y radiológicas. **Pacientes y métodos.** Análisis histológico de los trombos extraídos mediante trombectomía mecánica a pacientes con ictus isquémico agudo en nuestro centro desde enero de 2013 a marzo de 2016. Recogimos la composición histológica (porcentaje de fibrina y hematíes), variables clínicas, radiológicas y subtipo etiológico (clasificación TOAST). Se analizó la correlación entre la proporción de fibrina y la etiología, escala de Rankin

modificada (ERM), presencia de signo de la arteria hiperdensa (SAH), número de pases, recanalización y transformación hemorrágica. **Resultados.** Se incluyeron 89 pacientes, 51,7% hombres, con una edad media de $68,8 \pm 9,7$ años. La etiología del ictus fue cardioembólico en 56, aterotrombótico en 17 e indeterminado en 16 pacientes. El SAH se objetivó en 40 pacientes (45%). Se trataron con trombólisis intravenosa 39 pacientes (44%). La mediana de pases fue de 2 (rango: 1-6). Se consiguió una tasa de recanalización TIC12b/3 del 85,5%. Hubo un 3,4% de hemorragias cerebrales sintomáticas y el 42,7% fueron independientes a los tres meses (ERM: 0-2). La media de proporción de fibrina fue de $40,6 \pm 21,5\%$ (cardioembólico: $42,8 \pm 23,2\%$; aterotrombótico: $37,2 \pm 15,9\%$; indeterminado: $36,3 \pm 19,7\%$). No se encontró asociación entre la proporción de fibrina y la etiología, SAH, la ERM a los tres meses, número de pases, tasa de recanalización o transformación hemorrágica. **Conclusiones.** No hemos encontrado relación entre la composición del trombo y la etiología del ictus.

12.

Nuevas estrategias para la prevención del ictus isquémico: cierre percutáneo de la orejuela

A. de Felipe, C. Matute, R. Vera, A. Cruz, L. Salido Tahoces, R. Álvarez Velasco, C. Estévez Fraga, F. Acebrón, C. Anciones, A. Albóniga-Chindurza, J. Masjuán

Servicio de Neurología. Unidad de Ictus. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá (IRYCIS). Madrid.

Introducción. El cierre percutáneo de la orejuela izquierda está recomendado en aquellos en pacientes con fibrilación auricular no valvular, alto riesgo de ictus y contraindicación para la anticoagulación oral en centros con experiencia previa. **Pacientes y métodos.** Registro prospectivo de los casos de cierre percutáneo de la orejuela izquierda para la prevención de ictus isquémico, realizados por el Servicio de Hemodinamia de nuestro hospital desde marzo de 2012 a abril de 2016. Se consideraron candidatos a aquellos con fibrilación auricular no valvular, CHA2DS2-

VASc ≥ 2 y contraindicación absoluta para anticoagulación oral, o bien recurrencia de ictus isquémico a pesar de anticoagulación oral correcta. **Resultados.** Se incluyeron 30 pacientes, 63,3% hombres, con una edad media de $72,6 \pm 9,1$ años. La mediana en las escalas CHA2DS2VASc y HASBLED fue de 4 (rango: 3-5) y 3 (rango: 2-4), respectivamente. La media de seguimiento fue de $8 \pm 11,1$ meses. El procedimiento se indicó para prevención secundaria de ictus isquémico en 17 pacientes (56,7%). La contraindicación para anticoagulación fue hemorragia cerebral previa en 15 pacientes y hemorragia digestiva en nueve. Se indicó en seis pacientes con ictus isquémico a pesar de anticoagulación oral correcta. Se inició doble antiagregación en 25 pacientes durante una media de $2 \pm 2,2$ meses. En cuatro pacientes se mantuvo anticoagulación y antiagregación simple. Hubo una complicación del procedimiento (taponamiento cardíaco no mortal) y dos *exitus* no relacionados (neumonía y fallo cardíaco). No hubo ictus o embolias sistémicas. **Conclusión.** El cierre percutáneo de la orejuela izquierda es seguro en aquellos centros con experiencia y parece eficaz en pacientes de alto riesgo tromboembólico y contraindicación para la anticoagulación o fracaso de ésta.

13.

¿Podemos predecir la circulación colateral en el ictus agudo por las características de nuestros pacientes?

C. Ramos Martín, S. Trillo Senín, L. Martínez Vicente, P. Alcántara Miranda, S. Bashir Viturro, C. Aguirre Hernández, E. Caniego Monreal, J.L. Caniego Monreal, J. Villaciers Álvarez, J. Vivancos Mora
Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Objetivos. La circulación colateral en el ictus se ha relacionado con diferentes características de los pacientes, con resultados dispares. Nos hemos propuesto analizar la relación del grado de circulación colateral con variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y radiológicas del ictus. **Pacientes y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos con recogida pros-

pectiva de datos con oclusión de la arteria cerebral media M1 tratados mediante terapia endovascular en nuestro centro. La circulación colateral fue estimada en imágenes de angiotomografía mediante una escala derivada del *Regional Leptomeningeal Score* de Menon. Se correlacionó con un total de 58 variables. **Resultados.** 141 pacientes, 57,6% mujeres, con una edad media de $66,3 \pm 14,8$ años. Se encontró una correlación significativa entre un menor grado de terapia endovascular y consumo de tabaco ($p < 0,01$), hábito enólico ($p < 0,05$), carga de vasculopatía cerebral previa en la escala de Fazekas ($p < 0,01$), creatinina en urgencias (rho: 0,22; $p < 0,01$) y NIHSS pretratamiento (rho: 0,24; $p < 0,01$). Se asoció de forma significativa una mejor circulación colateral con el tratamiento con IECA ($p < 0,05$) y ARA II ($p < 0,01$), fibrilación auricular ($p < 0,01$), mayor temperatura en urgencias (rho: 0,039; $p < 0,05$) y menor infarto inicial en mapa de volumen sanguíneo cerebral (rho: 0,29; $p < 0,01$). Mayores niveles de ácido úrico al ingreso se relacionaron con una mejor circulación colateral (rho: 0,25; $p < 0,01$). **Conclusiones.** En nuestro estudio, la circulación colateral se ha relacionado de forma significativa con varios parámetros, siendo la mayor parte de ellos antecedentes previos y por tanto no modificables. Como factores a destacar para futuros estudios hemos encontrado una asociación positiva con el tratamiento con IECA y ARA II.

14.

Concordancia interobservador en la valoración del signo de la cuerda en la tomografía computarizada craneal en la fase aguda del ictus isquémico

J. Díaz Guzmán, V. Blanco Palmero, A. Simarro Díaz, D. Barragán Martínez, A. Urbanos Núñez, M.A. Ortega Casarrubios

Hospital Universitario 12 de Octubre. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.

Objetivos. Uno de los principales hallazgos de la TC craneal en la fase aguda del ictus es el signo de la cuerda,

que manifiesta la presencia de un trombo 'fresco' en el interior de un vaso intracraneal. En este estudio estimamos la concordancia interobservador entre neurólogos a la hora de evaluar dicho signo. **Pacientes y métodos.** Se estudiaron 110 casos consecutivos de ictus isquémicos en fase aguda (cálculo de tamaño muestral para precisión de 0,25 e intervalo de confianza al 95%). Cuatro neurólogos (dos residentes y dos miembros de la Unidad de Ictus), de manera independiente y desconociendo el estado de enfermedad, evaluaron 220 arterias de circulación anterior respecto del signo de la cuerda, tras reordenamiento con números aleatorios de los casos. Todos los pacientes tenían una TC basal urgente, realizada en las primeras horas de evolución del ictus. Se calcula el valor del índice kappa de Cohen entre observadores, con sus intervalos de confianza al 95%. **Resultados.** Hubo un 75,2% de ictus de circulación anterior y 12% de ictus lacunares. El acuerdo observado entre residentes fue de 0,91, y el esperado, de 0,81, con un índice kappa de Cohen de 0,55 (IC 95%: 0,37-0,73). El acuerdo observado entre los miembros de la unidad fue de 0,92, y el esperado, de 0,77, con un índice kappa de Cohen de 0,67 (IC 95%: 0,50-0,84). **Conclusiones.** En la evaluación del signo de la cuerda en circulación anterior en la fase aguda del ictus en TC, la concordancia fue moderada (kappa: 0,41-0,60) entre neurólogos residentes y buena (kappa: 0,61-0,80) entre neurólogos de la Unidad de Ictus.

15.

Reinserción laboral de pacientes con ictus: factores neurológicos, neuropsicológicos y antropológicos asociados

A. Martín Montes, G. Lubrini, O. Díez Ascaso, P. Martínez Sánchez, B. Fuentes Gimeno, A. Frank García, E. Díez Tejedor
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivo. Analizar los factores neurológicos, neuropsicológicos y antropológicos que influyen en la reinserción laboral de pacientes menores de 65 años con ictus isquémico o hemorrágico.

Pacientes y métodos. Estudio longitudinal prospectivo de pacientes con ictus en edad laboral activa (18-65 años) atendidos en una unidad de ictus. Variables: datos demográficos, clínicos, neuropsicológicos y antropológicos al mes, seis y doce meses tras un ictus. **Resultados.** 26 pacientes, 76,9% hombres, con una edad media de 48,1 años. A los seis meses, el 38,6% habían vuelto a trabajar (media de días de baja laboral: 117,4), sin diferencias por sexos. La escala de Rankin modificada (ERm) a los tres meses es la única variable clínica asociada con reinserción laboral a los seis meses (100% si ERm = 0; 10% si ERm = 1; 20% si ERm = 2, y 0% si ERm = 3; $p = 0,008$). Los dominios cognitivos más afectados fueron: fluencia verbal (42%), flexibilidad cognitiva (31%), control inhibitorio (31%) y memoria verbal (21%). El 42% de los pacientes mejoraron en la segunda evaluación. La mayor afectación de la memoria verbal episódica fue el dominio cognitivo determinante en la menor reinserción laboral ($p = 0,041$). Desde el punto de vista antropológico y social, el cargo laboral previo al ictus se asoció a la reincorporación posterior (100% si directivos; 66,7% si jefes de equipo; 13,3% si empleados; $p = 0,014$). **Conclusiones.** Los factores asociados a menor reinserción laboral a los seis meses tras el ictus son: peor situación funcional a los tres meses, mayor afectación de la memoria verbal y cargo laboral de menor relevancia previo al ictus.

16.

Estudio observacional con teriflunomida en la esclerosis múltiple remitente recurrente

C. Oreja Guevara, E. Guerra Schulz, E. Miñano Guillamón, A. Orviz García, A. Santiago Pérez, J. Matías-Guiv, V. López de Velasco, M. Palacios Sarmiento, I. González Suárez

Servicio de Neurología.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo. Analizar la eficacia, seguridad y tolerabilidad de los pacientes tratados con una terapia oral nueva (teriflunomida) en la práctica clínica diaria en pacientes con esclerosis múltiple

remitente recurrente (EMRR). La teriflunomida fue aprobada a finales de 2014 en España. **Pacientes y métodos.** Estudio observacional en pacientes con EMRR que iniciaron tratamiento con teriflunomida desde 2013 por uso expandido. Se les realizó examen neurológico cada seis meses, RM craneal anual y analíticas según la ficha técnica. **Resultados.** Se trataron 220 pacientes y se analizaron los datos de 164 pacientes (65% mujeres) con un seguimiento mínimo de seis meses. La edad media fue de 41 años (rango: 18-68 años). EDSS basal: $1,9 \pm 1,7$. El 29,1% de los pacientes presentaban lesiones captantes de gadolinio. El 36,0% de los pacientes no habían recibido nunca tratamiento modificador de la enfermedad; el 50,8%, un tratamiento, y el 13,20%, dos tratamientos previos. Las causas del cambio fueron: intolerancia (65%) y efectos adversos (20%). El 35% de los pacientes presentaron un brote el año previo, sólo un 7,6% tuvieron un brote al año y el EDSS se mantuvo estable ($2,0 \pm 1,7$) al año. Sólo un 11,5% presentaban lesiones captantes de gadolinio. El 36% de los pacientes sufrieron efectos secundarios, el 90% leves: náuseas (18%), afinamiento del pelo (16%), diarrea (5%) y aumento de alanina transaminasa (< 2 ULN; 0,7%). **Conclusiones.** En la práctica clínica diaria se resalta la buena tolerabilidad y pocos efectos secundarios con este nuevo tratamiento oral. La eficacia en nuestra serie fue similar a la demostrada en los ensayos clínicos.

17.

Estudio de una muestra de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica y comparación con la bibliografía

J. Álvarez Fraga, M. Hernández Barral, F.J. Rodríguez de Rivera Garrido
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Analizar las características de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) atendidos en nuestra área para determinar si reproducen los datos descritos en la bibliografía. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo de pacientes con criterios de

ELA probable o definida, recogiendo-se datos de sexo, edad de inicio, subtipo, antecedente de tabaquismo, historia familiar, utilización de BIPAP, traqueotomía o gastrostomía, desarrollo de demencia y *exitus*, estudio de relación entre variables y estudio promediado de la velocidad de deterioro en la escala funcional ALSFRS-R y la capacidad vital forzada. **Resultados.** Se analizaron 286 pacientes, 62% hombres, con una edad media al inicio de 56 años, y con síntomas de inicio espinal en un 69,2%, bulbar en un 26,2% bulbar y respiratorio en un 1,4%, siendo un 4,2% de los casos familiares. Se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y el inicio bulbar, al igual que entre los pacientes más jóvenes y la afectación espinal. Un 5,6% presentaba demencia, más frecuente en aquellos con un inicio bulbar. El deterioro en la escala ALSFRS-R y en la capacidad vital forzada fue mayor durante los primeros 24-36 meses, con una progresión más lenta posteriormente, sin encontrarse ningún factor que prediga el ritmo de deterioro. **Conclusiones.** Los resultados de nuestra muestra son similares a los publicados en la bibliografía en relación con las características clínicas, relación entre ellas y progresión del deterioro, aunque con una edad de inicio ligeramente más temprana y mayor incidencia en hombres.

18.

Estudio de los niveles de homocisteína en la enfermedad de Parkinson y su influencia en las manifestaciones clínicas

E. Natera Villalba^a, S. Jesús Maestre^{b,c}, I. Huertas Fernández^d, C. Méndez del Barrio^b, R. Sánchez Carrera^d, L. Vargas González^d, J.M. Oropesa Ruiz^b, M.T. Cáceres Redondo^{b,c}, F. Carrillo García^b, M.P. Gómez Garre^d, M. Carballo Cordero^b, P. Mir Rivera^{b,c,d}

^aServicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ^bServicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. ^cServicio de Neurología. Unidad de Trastornos del Movimiento. Hospital Universitario Virgen del Rocío. ^dLaboratorio de Trastornos del Movimiento. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). Sevilla.

Introducción. Los niveles de homocisteína (Hcy), potencial factor de riesgo para enfermedades vasculares y neurodegenerativas, están influidos por la vitamina B₁₂ y el folato. Aunque estudios en roedores muestran que la levodopa eleva la Hcy, favorecido por niveles bajos de vitamina B₁₂ y folato, y que la adición de COMT-I puede prevenirlo, existe controversia de su efecto en la enfermedad de Parkinson (EP).

Objetivos. Evaluar si existen diferencias en Hcy, vitamina B₁₂ y folato entre pacientes con EP y controles sanos, y en pacientes con EP, estudiar la relación entre Hcy y tratamiento con levodopa, manifestaciones clínicas y riesgo de deterioro cognitivo. **Sujetos y métodos.** Se estudiaron niveles de Hcy, vitamina B₁₂ y folato de 287 pacientes con EP y 133 controles (Unidad de Trastornos del Movimiento, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla). Para estudiar la relación de la Hcy con vitaminas, edad, sexo, tratamiento, gravedad y duración de la enfermedad, se empleó un análisis de regresión múltiple, y para estudiar el riesgo de deterioro cognitivo, un análisis de supervivencia (regresión de Cox). **Resultados.** Los niveles de Hcy fueron significativamente mayores en pacientes con EP que en controles. En ambos grupos se correlacionaron con la edad. Existía una correlación inversa con folato y vitamina B₁₂ en pacientes con EP. No había correlación con tratamiento, puntuación en la escala de Hoehn & Yahr o duración de la enfermedad. Niveles elevados de Hcy se asociaron con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y alucinaciones visuales. **Conclusiones.** Los pacientes con EP presentaron niveles más elevados de Hcy independientemente del tratamiento o gravedad de la enfermedad, sugiriéndolo como un potencial factor de riesgo para el desarrollo de EP más que una consecuencia de ésta.

19.

¿Puede una intervención basada en *mindfulness* mejorar la cognición social en la esclerosis múltiple?

T. Soto^a, A. Irimia^a, A. Muñoz^a, S. Cebolla^a, B. Rodríguez Vega^a, C. Bayón^a, L. Carrillo^a, N. Sanz^a, I. González^b, V. López de Velasco^b, C. Oreja Guevara^b

^aHospital Universitario La Paz. ^bHospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción. La cognición social es la capacidad para inferir e interpretar adecuadamente estados mentales, intenciones y emociones de uno mismo o de otros. Es un proceso clave para el adecuado desempeño social, cuya afectación se ha constatado desde fases iniciales en la esclerosis múltiple (EM), cobrando importancia el diseño de intervenciones específicas. Intervenciones basadas en *mindfulness*, cuyo objetivo es ampliar la conciencia de los estados mentales, podrían ser útiles en este sentido. **Objetivo.** Estudiar la eficacia de una intervención psicosocial basada en *mindfulness* sobre la mejora de la cognición social en una muestra de pacientes con diagnóstico de EM. **Pacientes y métodos.** Se seleccionaron 31 pacientes con diagnóstico de EM remitente recurrente. Se realizó una intervención basada en *mindfulness* en formato grupal de ocho semanas de duración. De forma previa y posterior a la intervención psicosocial, se evaluó el rendimiento en una prueba de cognición social (*Movie-Assessment Social Cognition*), validada en población española. **Resultados.** A un intervalo de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$) se observaron diferencias significativas entre las condiciones pre y postratamiento ($Z = -2,19$; $p = 0,0285$), mejorando el rendimiento —medido mediante el número de aciertos— en una prueba de cognición social después de la intervención. **Conclusiones.** Se muestra que intervenciones basadas en *mindfulness* pueden incidir en la mejora de la cognición social, siendo necesario continuar investigando y profundizando sobre los mecanismos implicados en este tipo de intervención y en su aplicación en el ámbito de la EM.

20.

Utilidad de la implantación de una unidad de alta resolución neurológica en un hospital de día

B. Venegas Pérez^a, A. Alonso Torres^b, J. Pardo Moreno^a, R. Barba Martín^a, M. Álvarez Moreno^a, M.A. Aranda Calleja^a, N. Barbero Bordallo^a, S. Bellido Cuéllar^a, D. Bragado Alba^a, I. Bustamante Garnica^a, A. Díez Barrio^a, J.C. Fernández Ferro^a, R. García Santiago^a, M. Guillán Rodríguez^a, P. Nieto García^a, C.M. Ordás Bandera^a, C. Prieto Jurczynska^a, L. Rubio Flores^a, G.A. Torres Gaona^a, G. Vicente Peracho^a

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Radiología. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid.

Objetivo. Optimizar el abordaje del paciente neurológico preferente con diagnósticos tempranos en tiempos cortos, iniciándose tratamientos precoces, evitando ingresos innecesarios y reduciéndose costes. **Pacientes y métodos.** Los lunes de 8.30 a 14.30 h se evalúa en hospital de día a pacientes con sospecha de patología vascular, inflamatoria, *shunt* cardíaco, presencia de lesiones ocupantes de espacio cerebrales o necesidad de punción lumbar que no precisen ingreso. Se realiza anamnesis, exploración y pruebas complementarias en dicha mañana (analítica, eco-Doppler de troncos supraaórticos, Doppler transcraneal, RM cerebral/TC craneal, electroencefalograma, monitorización electrocardiográfica de cinco horas o punción lumbar). **Resultados.** Durante los primeros siete meses de actividad (28 lunes en total) han sido valorados 74 pacientes un tercio de los cuales procedentes de la guardia de neurología. Al ingreso, el 55% fueron sospechas vasculares, y el 25%, inflamatorias. El tiempo medio hasta la valoración fue de siete días, y la moda, de cuatro días. Precisan estudio completo 52 pacientes, y 22 sólo una prueba. El tiempo de ingreso fue de cuatro horas. Al terminar el estudio, 40 pacientes fueron derivados a consultas monográficas, 26 a consulta general, cinco fueron altas directas y tres precisaron ingreso. De no existir esta unidad, 19 pacientes hubieran ingresado para

estudio. Ajustando por motivo de consulta, estancia media depurada y total de días de valoración calculamos un índice estancia/día evitada de 3,1. **Conclusiones.** La atención en una unidad de alta resolución neurológica es eficiente y permite realizar una valoración temprana e integral, pudiendo establecerse diagnósticos rápidos y tratamientos precoces, aumentando la satisfacción del paciente, disminuyendo la morbilidad y los costes directos e indirectos asociados al proceso, y haciendo un uso más eficiente de los recursos asistenciales.

21.

Efecto terapéutico de la administración de anticuerpo anti-NogoA en un modelo experimental de infarto cerebral subcortical

B. Rodríguez Frutos^a, M. Gutiérrez Fernández^a, L. Otero Ortega^a, I. Barahona Sanz^a, A. Sánchez Gonzalo^a, M.C. Gómez de Frutos^a, T. Navarro Hernanz^b, E. Díez Tejedor^a

^aServicio de Neurología y Centro de Ictus. Laboratorio de Neurociencia y Cerebrovascular. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ, UAM. ^bInstituto de Investigaciones Biomédicas Alberto Sols. CSIC/UAM. Madrid.

Objetivo. Estudiar la eficacia de la administración del anticuerpo anti-NogoA sobre la recuperación funcional y reparación de la sustancia blanca en un modelo animal de isquemia cerebral con afectación subcortical. **Materiales y métodos.** Ratas Sprague-Dawley fueron sometidas a una isquemia cerebral mediante la inyección de endotelina-1. A las 24 horas se administraron por vía intravenosa 250 µg de anticuerpo anti-NogoA al grupo de los animales tratados y anticuerpo control negativo a los animales control. Analizamos: función motora mediante los tests de Rotarod, Beam-Walking y Rogers, tamaño de la lesión por resonancia magnética, muerte celular por técnica TUNEL y marcadores de reparación de la sustancia blanca (neurofilamento, MOG y NogoA) a los 7 y 28 días. **Resultados.** Los animales tratados con anticuerpos anti-NogoA mostraron mejor recuperación motora a

los 28 días en comparación con los controles ($p < 0,05$). No se observó una disminución en el tamaño de la lesión en los animales tratados, pero sí un aumento en la conectividad y preservación de las fibras nerviosas, así como una reducción de la muerte celular en comparación con los controles ($p < 0,05$). Finalmente, se observó un aumento de expresión de neurofilamento y MOG, así como una disminución en la expresión de NogoA después del tratamiento en comparación con el grupo control ($p < 0,05$). **Conclusión.** La administración de anticuerpos anti-NogoA ha mostrado eficacia en la recuperación motora en un modelo de infarto cerebral experimental con afectación subcortical. Esta recuperación se asocia a una mejor conectividad de las fibras nerviosas y a un aumento en la expresión de los marcadores implicados en la reparación de la sustancia blanca cerebral.

22.

Comunicación médico-paciente-familia y necesidades informativas de familiares y pacientes ingresados por ictus

A. Frank García, O. Díez Ascaso, B. Fuentes Gimeno, G. Ruiz Ares, P. Martínez Sánchez, G. Lubrini, A.I. Alonso Martín, E. Díez Tejedor

Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Objetivos. Para conocer mejor las necesidades de pacientes ingresados por ictus y sus familiares nos planteamos averiguar si la comunicación médico-paciente-familia es adecuada y detectar qué aspectos podrían mejorar la relación médico-paciente. **Sujetos y métodos.** Pacientes hospitalizados en febrero de 2016 y familiares que firmaron un consentimiento de participación. Se utilizaron técnicas cuantitativas (cuestionario) y cualitativas. (grupo focal). Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva. **Resultados.** Participaron 25 personas: 16 pacientes (12 varones, 62,5% mayores de 75 años y nueve familiares (seis mujeres, 78% menores de 65 años). En general, consideran que la atención y la información

recibida resultó igual o mejor que la esperada, pero señalan el lenguaje científico del médico como ininteligible y resaltan como mejorable la empatía con las circunstancias particulares y el reconocimiento del importante papel que desempeñan los familiares. Respecto a la información sobre causas y evolución, los pacientes están más satisfechos que los familiares, relacionando su enfermedad con disgustos, hábitos poco saludables, preocupaciones por motivos profesionales y condiciones previas de salud. Para los familiares resulta complicado asumir un nuevo rol de cuidador y demandan contar con ayuda psicológica para afrontar la nueva situación. **Conclusiones.** Aunque la percepción de la comunicación médico-paciente-familia en este estudio es satisfactoria, hay aspectos mejorables. Se observa que la valoración de pacientes-familiares sobre la atención y la capacitación médica es positiva. Sin embargo, debemos discernir qué información no están asimilando correctamente, pues esto es muy importante para que pacientes-familiares comprendan las causas-prevención del ictus y favorecer así el cumplimiento terapéutico.

23.

Causas de exclusión de la trombectomía mecánica en pacientes con ictus en función de la disponibilidad en el centro

P. Martínez Sánchez^a, M. Alonso de Leciñana^a, B. Fuentes^a, A. Cruz Culebras^c, A. Jiménez-Carrillo^e, S. Trillo^e, G. Zapata Wainberg^e, G. Ruiz Ares^a, R. Frutos^b, E. Fandiño^d, J.L. Caniego^f, A. Fernández Prieto^b, J.C. Méndez^d, E. Bárcenas^f, B. Marín^b, A. García Pastor^g, F. Díaz Otero^g, A. Gil^g, J. Masjuán^c, J. Vivancos^e, E. Díez-Tejedor^a; Madrid Stroke Network

^aServicio de Neurología. ^bServicio de Radiología. Unidad de Ictus. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. IdiPAZ. ^cServicio de Neurología. ^dServicio de Radiología. Unidad de Ictus. Hospital Universitario Ramón y Cajal. IRYCIS. Universidad de Alcalá. ^eServicio de Neurología. ^fServicio de Radiología. Unidad de Ictus. Hospital Universitario La Princesa. Universidad Autónoma de Madrid. ^gServicio de Neurología. Unidad de Ictus. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Objetivo. Analizar la exclusión de trombectomía mecánica según el paciente acuda inicialmente a un hospital con trombectomía mecánica (HTM) o sin trombectomía mecánica disponible (HSTM). **Pacientes y métodos.** Análisis del registro de trombectomía mecánica en el nodo noreste de Madrid (2012-2016). Se incluyeron pacientes con síntomas de territorio anterior con criterios para trombectomía mecánica. Variables: datos basales y del ictus, así como rechazo de trombectomía mecánica. Se organizaron dos grupos según el primer hospital al que acudieron: HSTM o HTM. Se realizó un análisis de propensión según probabilidad de recibir trombectomía mecánica. **Resultados.** De 580 pacientes, se parearon 160 por grupo. La exclusión de trombectomía mecánica fue mayor en HSTM (16,2% frente a 7,5%; $p = 0,016$), 88,46% postraslado. El tiempo inicio-hospital donde se decide trombectomía mecánica fue mayor en HSTM (mediana: 222,5 frente a 86 min; $p < 0,001$). La neuroimagen se repitió más en HSTM (50,6% frente a 1,9%; $p < 0,001$). El ASPECTS basal fue similar en ambos grupos, pero el ASPECTS definitivo fue menor en HSTM ($p =$

0,011). Hubo correlación negativa entre el tiempo inicio-hospital donde se decide trombectomía mecánica y el ASPECTS definitivo ($\rho = -0,195$; $p < 0,001$). La causa más frecuente de rechazo en HSTM fue el tamaño de la lesión isquémica en segunda neuroimagen (46%), y en HTM, el tamaño en primera neuroimagen (50%; $p = 0,018$). **Conclusión.** La atención inicial en un HSTM dobla la probabilidad de no recibir trombectomía mecánica. La razón principal es el aumento de la lesión isquémica por la mayor demora en el traslado. La atención directa en el HTM podría evitar la exclusión de trombectomía mecánica en estos pacientes.

24.

Estados de hipercoagulabilidad: posible nexa entre migraña, foramen oval permeable e ictus. Datos preliminares de un estudio prospectivo multicéntrico

P. Martínez Sánchez^a, A. Lago Martín^b, A. García Pastor^c, M.T. Martínez Zabaleta^d, M. Alonso de Leciñana^a, C. González Mingot^f, M.A. Mangas Guijarro^a, M.A. Ortega Casarrubios^g, F. Dahl Cruz^a, E. Díez Tejedor^a

^aServicio de Neurología y Centro de Ictus. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. ^bServicio de Neurología. Unidad de Ictus. Hospital Universitario La Fe. Universitat de València. Valencia. ^cServicio de Neurología. Unidad de Ictus. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. ^dServicio de Neurología. Unidad de Ictus. Hospital Universitario de Donostia. Universidad del País Vasco. San Sebastián. ^eServicio de Neurología. Unidad de Ictus. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Universitat de Lleida. Lleida. ^fServicio de Neurología y Centro de Ictus. Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Objetivo. Analizar la frecuencia de trombofilia congénita o adquirida en los pacientes menores de 55 años con ictus isquémico en función de la presencia de migraña, así como el diagnóstico de cortocircuito derecha-izquierda (CDI) mediante monitorización Doppler transcraneal en función del antecedente de migraña y de trombofilia. **Pacientes y métodos.** Estudio multicéntrico y observacional de una

cohorte de pacientes menores de 55 años con un primer ictus isquémico ingresados en una unidad de ictus. Variables: datos demográficos, factores de riesgo vascular, migraña con o sin aura previa al ictus, estudio de hipercoagulabilidad, presencia de CDI y aneurisma del septo auricular, seguimiento a los tres meses. La muestra

se ha dividido en dos grupos, según presenten o no antecedente de migraña. **Resultados.** 457 pacientes seleccionados, 433 de los cuales con diagnóstico definitivo de ictus. Edad media: $44,1 \pm 8,6$ años, 57% hombres. El 24,2% eran migrañosos, el 10,8% tenían migraña con aura y el 13,4% migraña sin aura. La frecuencia de trom-

bofilia en migrañosos fue del 29,5%, y en no migrañosos, del 23% ($p = 0,182$). Los migrañosos presentaron con más frecuencia (15,2% frente a 8,3%; $p = 0,044$) trombofilias mayores congénitas (factor V de Leiden, déficit de proteína C o S, mutación G20210A del gen de la protrombina y déficit de antitrombina III). La migraña se asoció a

CDI (39,6% frente a 22,8%; $p = 0,001$). La asociación trombofilia + CDI fue más frecuente en migrañosos (10,8% frente a 4,8%; $p = 0,032$). **Conclusiones.** El diagnóstico de trombofilia mayor congénita, así como de la asociación trombofilia + CDI, se relaciona con la migraña en el grupo de pacientes menores de 55 años con ictus isquémico.