



## 22876 - IMPACTO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN PACIENTES $\geq 85$ AÑOS CON ICTUS ISQUÉMICO POR OCLUSIÓN DE GRAN VASO

Sánchez Asensio, A.<sup>1</sup>; Moreno López, C.<sup>1</sup>; González-Barquero, P.<sup>2</sup>; Iglesias Mohedano, A.<sup>3</sup>; Vales Montero, M.<sup>3</sup>; García Pastor, A.<sup>3</sup>; Gómez Escalonilla, C.<sup>4</sup>; Simal Hernández, P.<sup>4</sup>; Moreu Gamazo, M.<sup>5</sup>; Vidal Guerrero, L.<sup>6</sup>; Rodríguez Pardo de Donlebún, J.<sup>6</sup>; Mariño Trillo, E.<sup>6</sup>; Alonso Maroto, J.<sup>7</sup>; Trillo Senín, S.<sup>7</sup>; Ramos Martín, C.<sup>7</sup>; Gutiérrez Sánchez de la Fuente, M.<sup>8</sup>; Calleja Castaño, P.<sup>8</sup>; Ostos, F.<sup>8</sup>; Fernández Gil, L.<sup>9</sup>; Velasco Calvo, R.<sup>9</sup>; Carneado-Ruiz, J.<sup>9</sup>; Cruz Culebras, A.<sup>1</sup>; de Felipe Mimbrera, A.<sup>1</sup>; Matute Lozano, C.<sup>1</sup>; García Madrona, S.<sup>1</sup>; Masjuan Vallejo, J.<sup>1</sup>; Vera Lechuga, R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>2</sup>Instituto UC3M-Santander de Big Data; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>5</sup>Servicio de Radiología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar pronóstico funcional y mortalidad de pacientes  $\geq 85$  años con ictus isquémico por oclusión de gran vaso (IOGV) tras tratamiento endovascular (TEV).

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo multicéntrico de pacientes  $\geq 85$  años con IOGV en 7 Centros de Ictus de la Comunidad de Madrid en un año (inicio en febrero de 2024). Comparamos los tratados con TEV con el resto (TEV/noTEV). Recogimos variables demográficas, clínicas, radiológicas, tratamiento y pronóstico. El análisis estadístico incluyó chi cuadrado, pruebas paramétricas, no paramétricas y regresión logística ajustada por covariables mediante ponderación por probabilidad inversa de tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 277 pacientes (71% mujeres) de edad media  $89,2 \pm 3,11$  y mediana de ERm basal 1 (R 0-4). Se aplicó TEV en 188 (67,8%). El grupo TEV tenía menos deterioro cognitivo previo (12,2 vs. 23,6%;  $p = 0,016$ ) y mayor puntuación NIHSS basal (TEV 18 [RIC 2-35]; noTEV 8 [RIC 1-29];  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias entre los grupos en edad, sexo, ERm basal, factores de riesgo vascular ni en porcentaje de trombólisis (TEV 28,7%; noTEV 31,5%;  $p = 0,641$ ). No hubo diferencias en ERm 0-2 a 3 meses (TEV 29,8%; noTEV 34,8%; tras ajuste [deterioro cognitivo previo, ASPECT, trombólisis, puntuación ERm basal y NIHSS]: OR = 1,41; IC95% = 0,72-2,72;  $p = 0,31$ ). El grupo TEV tuvo menor mortalidad durante el ingreso (TEV 19,68%; noTEV 22,47%, tras ajuste: OR = 0,51; IC95%: 0,27 a 0,96;  $p = 0,038$ ).

**Conclusión:** En nuestro estudio, los pacientes seleccionados para TEV tenían menos deterioro cognitivo previo y un ictus más grave. El TEV redujo la mortalidad, pero no la probabilidad de independencia funcional.