

Objetivos: El objetivo fue investigar las actitudes de neurólogos hacia el diagnóstico temprano de la enfermedad de Alzheimer (EA) usando biomarcadores.

Material y métodos: Se realizó un estudio en línea colaborando con la Sociedad Española de Neurología. Se llevó a cabo un análisis de regresión logística para determinar la asociación entre las características sociodemográficas, ejercicio profesional y tipo de centro de trabajo de los neurólogos y sus actitudes diagnósticas.

Resultados: Participaron 188 neurólogos con edad media (DE) de 40,6 (11,3) años, 52,7% varones, atendiendo una mediana de 20 (RIQ 10,0-30,0) pacientes con trastornos cognitivos semanalmente. La mayoría de participantes tenían acceso a biomarcadores de EA en el líquido cefalorraquídeo (89,9%; n = 169) y la mitad a la tomografía por emisión de positrones de amiloide (56,9%; n = 107). Un 80% (n = 149) consideraron que los biomarcadores eran necesarios para un diagnóstico etiológico en pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL). Sin embargo, el 85,6% (n = 161) los utilizaba en menos del 60% de sus pacientes en la práctica clínica. Facilitar a pacientes y familias la planificación de su futuro fue el factor más frecuente que propició el uso de biomarcadores. La brevedad del tiempo de consulta y aspectos prácticos asociados a la programación de una punción lumbar fueron las barreras más comunes. Una edad más joven del neurólogo (p = 0,010) y un mayor número de pacientes atendidos (p = 0,036) se asociaron positivamente con el uso de biomarcadores.

Conclusión: La mayoría de los participantes muestran una actitud favorable hacia el uso de biomarcadores de EA en la práctica clínica, especialmente en pacientes con DCL.

19222. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ASOCIADA A ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR: CARACTERIZACIÓN DE BIOMARCADORES PLASMÁTICOS EN UNA COHORTE CLÍNICA

Ballvé Martín, A.¹; Pizarro, J.²; Lamana, M.³; Maisterra, O.²; Palasi, A.²; Castillo, L.⁴; Diaz, N.⁴; Gabriel, P.⁴; Delgado, P.²

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

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

³Servicio de Neurología. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR);

⁴Servicio de Bioquímica. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: El conocimiento de la demencia mixta por enfermedad de Alzheimer (EA) asociada a enfermedad cerebrovascular (ECV) es menor al esperable dada su prevalencia y repercusión. El campo de biomarcadores (BM) plasmáticos para la EA no es una excepción. El objetivo es describir nuestra experiencia con BM plasmáticos de EA y neurodegeneración en plasma, explorando su comportamiento en presencia de ECV.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional en 96 sujetos con diagnóstico de deterioro cognitivo (DC) posictus (n = 17) o bien de EA, asociada (n = 17) o no (n = 46) a ECV. Se determinaron las concentraciones plasmáticas de Aβ-40, Aβ-42, pTau-181, GFAP y NfL (Quanterix, Simoa) y sTREM2 (ELISA). Se compararon los resultados entre dichos grupos y respecto a un grupo control sin DC (n = 16).

Resultados: Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con DC respecto al grupo control para todos los BM analizados, excepto sTREM2 y GFAP. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las concentraciones de pTau-181 y GFAP entre los 3 grupos con DC (ambos, p < 0,001). El grupo de EA con ECV presentó concentraciones superiores de GFAP (p = 0,016) y NfL (p = 0,049), con respecto al grupo EA sin ECV asociada.

Conclusión: La EA asociada a ECV podría tener concentraciones diferentes para los BM estudiados respecto a otras entidades clínicas, incluyendo la EA sin ECV asociada, con las correspondientes implicaciones diagnósticas y pronósticas.

Enfermedades cerebrovasculares I

19565. RELACIÓN DEL EDEMA CEREBRAL CUANTIFICADO DE FORMA AUTOMATIZADA CON EL PRONÓSTICO FUNCIONAL EN PACIENTES TRATADOS CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Guasch Jiménez, M.¹; Camps Renom, P.¹; Dhar, R.²; Kumar, A.²; Cifarelli, J.²; Lambea Gil, Á.¹; Ezcurra Díaz, G.¹; Martínez Domeño, A.¹; Prats Sánchez, L.¹; Ramos Pachón, A.¹; Fernández Cadenas, I.¹; Martínez González, J.³; Fernández Pérez, I.⁴; Avellaneda Gómez, C.⁴; de Celis Ruiz, E.⁵; Rodríguez Pardo, J.⁵; Freijo, M.⁶; Luna, A.⁶; Moniche, F.⁷; Pardo Galiana, B.⁷; Ortega Quintanilla, J.⁸; Arenillas, J.⁹; Cortijo, E.⁹; Martí Fàbregas, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau;

²Servicio de Neurología. Washington University in St. Louis School of Medicine;

³Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau;

⁴Servicio de Neurología. Hospital del Mar;

⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz;

⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces;

⁷Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío;

⁸Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Hospital Virgen del Rocío;

⁹Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Analizar si el volumen de edema cerebral cuantificado de forma automática se relaciona con el pronóstico funcional en pacientes con ictus isquémico tratados mediante trombectomía mecánica (TM).

Material y métodos: Estudio multicéntrico y prospectivo de pacientes con ictus isquémico por oclusión de gran vaso de circulación anterior tratados con TM (enero de 2020-diciembre de 2022). El edema cerebral se midió de forma automatizada cuantificando el volumen de líquido cefalorraquídeo (LCR) en la TC craneal basal y de control a las 24 ± 12 horas. La variable principal de estudio fue ΔLCR [(ml LCR TC basal) - (ml LCR TC control)]. La variable principal de resultado fue el pronóstico funcional a los tres meses analizado con la escala modificada de Rankin (mRS). Realizamos análisis multivariados de regresión logística ordinal por pasos.

Resultados: Incluimos 139 pacientes (edad media 71,2 años, 42,3% mujeres) con una puntuación NIHSS basal de 17 (RIQ: 10-20). Consiguieron una recanalización ≥ TIC12b 124 (90,5%) pacientes. La mediana de ΔLCR fue 32,47 ml (RIQ: 15,84-55,14). En el análisis multivariado ajustado por edad, sexo, mRS previo, NIHSS, colateralidad, número de pases, TIC1, duración del procedimiento y transformación hemorrágica sintomática, ΔLCR se asoció de forma independiente a mayor mRS a los tres meses con una OR común para el incremento de un punto en la mRS por cada 10 ml de ΔLCR de 1,16 [IC95%: 1,05-1,27; p 0,003].

Conclusión: En pacientes con ictus isquémico tratados con TM, un mayor volumen de edema cerebral cuantificado de forma automática se asoció a un peor pronóstico funcional a los tres meses.

19743. REPERCUSIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN LA INCIDENCIA DE ICTUS

Benavente Fernández, L.¹; Álvarez García, M.²; Blanco Domínguez, R.²; Fernández Domínguez, J.³; García-Cabo Fernández, C.¹; Rico Santos, M.¹; Larrosa Campo, D.¹; González Delgado, M.¹; Castañón Apilánez, M.¹; López-Cancio Martínez, E.¹; Calleja Puerta, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias;

²Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo;

³Servicio de Neurología. Centro Médico de Asturias.

Objetivos: Los determinantes sociales de la salud (SDoH) se van posicionando como factores de riesgo relevantes para diversas enfermedades incluido el ictus. Este estudio pretende obtener una primera aproximación a la repercusión de los SDoH en el ictus de nuestro medio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes de un municipio atendidos por ictus durante un año. Se incluyen variables clínicas, demográficas, determinación de la incidencia en las áreas censales a las que pertenecen y determinación de la correlación entre estas y algunos SDoH (renta per cápita, disponibilidad de centros sociales municipales, piscinas o centros deportivos, niveles de contaminación). **Resultados:** Se incluyeron 442 pacientes (edad media $73,16 \pm 12,72$; mujeres 57,4%) repartidos en las 16 áreas censales del municipio. La incidencia de ictus en < 65 años es significativamente más elevada en uno de los barrios, incluido en el Catálogo de Barrios Vulnerables del Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. La presencia de centros sociales es un factor protector (Corr. Pearson $-0,763$, $p < 0,001$) y los SDoH factor de riesgo (correlación de Pearson $0,717$, $p = 0,01$) para la incidencia global, manteniéndose ambas correlaciones significativas en > 65 años. En la regresión múltiple persiste la relevancia de los SDoH (R^2 $0,780$; $p = 0,002$).

Conclusión: Los determinantes sociales de salud condicionan la incidencia de ictus en el municipio de estudio, siendo más relevantes en los mayores de 65 años. La población socialmente más vulnerable según el Catálogo de Barrios también presenta mayor incidencia de ictus. Abordar los SDoH debería ser prioritario dentro de las estrategias preventivas del ictus.

19815. SIGNO DEL TRIPLE TERRITORIO Y CÁNCER SUBYACENTE: UN SIGNO DE EXCLAMACIÓN EN LA RESONANCIA DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO

Barbero Jiménez, D.¹; Villamor Rodríguez, J.¹; Esteban Monge, V.²; López Virgos, M.²; Mas Serrano, M.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara;

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: El signo del triple territorio (STT) se define como la aparición de lesiones isquémicas agudas en la circulación anterior de manera bilateral y en la posterior de forma simultánea. Nuestro objetivo fue estudiar la potencial utilidad de este signo radiológico como marcador de ictus asociado a cáncer.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con ictus isquémico agudo desde enero de 2019 a diciembre de 2022 estudiados mediante RM cerebral durante el ingreso en nuestro centro. Se recogieron variables clínicas, radiológicas y etiológicas. Se definieron como grupo de ictus-cáncer aquellos pacientes con antecedentes de neoplasia en los últimos 5 años (activa o en remisión teórica) así como aquellos con diagnóstico de cáncer a raíz del ictus. Se identificaron aquellos pacientes con existencia de STT en las secuencias de difusión (DWI-RM). La asociación ictus-cáncer y STT se comparó mediante el test exacto de Fisher.

Resultados: Identificamos 13 pacientes con STT+ y 258 con STT-, encontrándose proporcionalmente una mayor asociación ictus-cáncer en los pacientes STT+ que en los STT- (46 vs. 3,0%; $p = 0,002$). En solo dos pacientes STT+ coexistió una potencial causa cardiembólica (fibrilación auricular). El cáncer más descrito fue el pulmonar y ginecológico (19% ambos) y el más asociado a STT tenía origen digestivo (50%).

Conclusión: Hemos constatado una mayor asociación ictus-cáncer en pacientes que presentan STT en la RM cerebral (46 vs. 3,0%; $p = 0,002$). Este signo radiológico podría constituir un potencial marcador radiológico para la asociación ictus-cáncer y servir también como indicador de cribado de neoplasias oculta en pacientes con ictus isquémicos que lo presenten.

18691. ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON COMO PREDICTOR DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ICTUS TRATADOS CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA ¿DEBERÍA CONSIDERARSE LA ALTA COMORBILIDAD COMO CRITERIO DE EXCLUSIÓN?

Ramírez Moreno, J.; Parejo Olivera, A.; Valverde Mata, N.; Mesa Hernández, M.; Macías Sedas, P.; Roa Montero, A.; Gómez Baquero, M.; Tena, D.; Ceberino, D.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Objetivos: La trombectomía mecánica (TM) ha logrado un impacto positivo en el pronóstico del ictus isquémico, aunque un 50% no tienen un buen resultado y la mortalidad es elevada. No hay criterios restrictivos de selección en cuanto a comorbilidad del paciente. Pretendemos valorar el poder predictivo sobre la mortalidad y el resultado funcional del índice de Charlson (ICCh) en pacientes con ictus tratados con TM.

Material y métodos: Incluimos 370 pacientes. Se analizan datos demográficos, clínicos, gravedad, ASPECTS, tiempos, complicaciones y puntuación ICCh. Categorizamos el ICCh: 0-3, 4-5, 6-7 y más de 8 puntos. La revascularización completa se definió como un TICl $\geq 2b$ final y el mal resultado funcional como Rankin mayor de 2 a 90 días. Utilizamos modelos de regresión logística, capacidad de discriminación mediante curva ROC y área bajo la curva (AUC) y estadístico de Hosmer-Lemeshow (HL).

Resultados: El 71,2% (269) logró una revascularización completa y el 40,2% (153) un buen resultado clínico. Mortalidad: 28,9%. Mediana de ICC: 4 (IQR: 3). Observamos un gradiente significativo de peor pronóstico (44,9%; 62,9%; 69,8% y 70,0%) y mortalidad (19,0%; 29,5%; 32,6% y 51,2%) según categorías del ICCh. El modelo ajustado por gravedad, ASPECTS y TICl final, mantuvo el ICCh como un robusto predictor independiente de mala evolución (OR: 1,2 (IC95%: 1,12-1,4); $p < 0,0001$). La calibración y discriminación del modelo son muy buenas (AUC: 0,806 (IC95%: 0,761-0,851)) y p en la prueba de HL aplicada ($X = 4,5$; $p = 0,811$).

Conclusión: La alta comorbilidad según el ICCh se asocia con mal resultado funcional y mortalidad en pacientes con ictus tratados con trombectomía mecánica.

19008. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL. INDICACIÓN, SEGURIDAD Y EFICACIA COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE. EXPERIENCIA DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO

Iza Achutegui, M.¹; Diogo Sousa, J.²; Juega Mariño, J.³; Requena Ruiz, M.³; Olive Gadea, M.³; Rizzo, F.³; Pagola Perez de la Blanca, J.³; Rodríguez Luna, D.³; Molina Cateriano, C.³; Carolina Chaves, A.²; Ines Martins, A.²; Silva, F.²; Veiga, R.²; Nunes, C.²; Machado, E.²; Sargento Freitas, J.²; Tomasello, A.³; Ribo Jacobi, M.³; Hernández, D.³; de Dios, M.³; Rubiera del Fueyo, M.³

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

²Servicio de Neurología. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

³Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: El tratamiento estándar en fase aguda de la trombosis venosa es la anticoagulación siendo desconocido el papel del tratamiento endovascular (TEV). El objetivo de este estudio es evaluar las variables relacionadas con la indicación de TEV y el posible efecto de esta en la evolución clínica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes con trombosis venosa cerebral de dos hospitales de tercer nivel de dos distintos países.

Resultados: De los 59 pacientes incluidos, 58 (98%) recibieron anticoagulación y 12 (20,3%) fueron tratados con TEV. Desde diagnóstico hasta TEV la mediana de horas fue de 4,5 horas (RIQ 1,25-28,5). El NIHSS basal más elevado (mediana 5,5 (RIQ 2-17) vs. 0 (RIQ 0-3) $p = 0,004$) y la presencia de hemorragia intracerebral (HIC) (41,7% vs. 6,4%, $p = 0,006$) se asociaron con la indicación de TEV. Entre los pacientes que se realizó trombectomía, un 75% presentaron mejoría angiográfica significativa sin complicaciones procedimentales destacables. Al alta,

se objetivó una mejoría de la puntuación de NIHSS en los pacientes que recibieron TEV en comparación con el basal, mediana 1 (RIQ 0-3,75) vs. 5,5 (RIQ 2-17), $p < 0,001$. A los 90 días, no hubo diferencias en el estado funcional medido por escala mRS, TEV mediana 1 (RIQ 0-2,75) vs. 0 (RIQ 0-1), $p = 0,106$.

Conclusión: El TEV en las primeras horas tras el diagnóstico de TVC fue seguro y efectivo como tratamiento adyuvante en nuestra serie. El NIHSS y la presencia de HIC en TC basal diagnóstico se asociaron a la indicación de TEV.

19156. SÍNDROME DE ISQUEMIA OCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CAROTÍDEA: NO TODO ES AMAUROSIS FUGAX

López Reyes, C.; García Pastor, A.; Fernández Bullido, Y.; Vales Montero, M.; Díaz Otero, F. Iglesias Mohedano, A.; Vázquez Alen, P.; Serra Smith, C.; Gil Núñez, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón.

Objetivos: El síndrome de isquemia ocular (SIO) engloba múltiples manifestaciones visuales secundarias a hipoperfusión ocular. Se asocia a estenosis u oclusión carotídea, con mecanismo etiopatogénico distinto a la amaurosis fugax (AF). Describimos las características clínicas, neuro-oftalmológicas y pronósticas de una serie de casos de SIO.

Material y métodos: Serie de casos retrospectiva de pacientes con SIO y enfermedad carotídea "asintomática" (sin ictus/AF ipsilateral previos).

Resultados: Diez pacientes, mediana de edad 71 años, todos varones. Se evidenció estenosis carotídea grave $> 80\%$ en (5/10) pacientes y oclusión carotídea ipsilateral en (5/10). La presentación oftalmológica más frecuente fue pérdida progresiva de agudeza visual (AV) en (5/10), seguida de episodios autolimitados de fotopsias y visión borrosa en (2/10), visión tubular monocular (1/10), y claudicación retiniana (1/10). La exploración oftalmológica evidenció pérdida de AV ipsilateral (8/10), rubeosis iridis (3/10), glaucoma neovascular (4/10) y alteraciones patológicas en el fondo de ojo (5/10). En 1 paciente se realizó estudio neurosonológico retrobulbar objetivando inversión del flujo de la arteria oftálmica. El pronóstico visual fue malo, presentando 6 pacientes una AV $\leq 0,1$ con una mediana de seguimiento de 2 años. Se realizó tratamiento revascularizador en un solo paciente con estenosis carotídea asintomática de alto riesgo que tras la intervención desarrolló glaucoma neovascular sin mejoría visual.

Conclusión: El SIO es una entidad poco conocida por los neurólogos que asocia un pronóstico visual desfavorable. Son necesarios estudios que aclaren si la revascularización precoz de la estenosis carotídea puede mejorar el pronóstico de estos pacientes.

19754. MODALIDAD DE ANESTESIA, GRADO DE CIRCULACIÓN COLATERAL Y PRONÓSTICO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL INFARTO CEREBRAL

Palomino Cardozo, N.¹; Mayal, M.¹; de Lera Alfonso, M.¹; Sierra Gómez, A.¹; Calleja Sanz, A.¹; Cortijo García, E.¹; Gómez Vicente, B.¹; Reyes Muñoz, J.¹; Ros González, M.¹; Valle Peñacoba, G.¹; López Sanz, C.¹; Schüller Arteaga, M.²; Galván Fernández, J.²; Martínez Galdámez, M.²; Martínez Rafael, B.³; Ramos Araque, M.¹; Arenillas Lara, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid;

²Servicio de Neurorradiología. Hospital Clínico Universitario de

Valladolid; ³Servicio de Anestesiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Estudiar si el impacto de la modalidad de anestesia sobre el pronóstico de los pacientes con infarto cerebral agudo sometidos a tratamiento endovascular (TEV), depende del estado de circulación colateral (CC).

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con ictus isquémico por oclusión de gran vaso de circulación anterior sometidos a TEV. Se registró la modalidad de anestesia, sedación consciente vs. anestesia general (AG). El estado de la CC se estimó a partir de la tomografía cerebral de perfusión mediante el parámetro *Hypoperfusion Intensity Ratio* (HIR), aceptando un valor $\geq 0,4$ como indicativo de mala CC. El pronóstico funcional al tercer mes se evaluó mediante la escala modificada de Rankin. La búsqueda de predictores de mal pronóstico incluyó un análisis de interacción entre anestesia y CC.

Resultados: 234 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La media de edad fue 74 años, 52,1% eran mujeres y la mediana de NIHSS de 16. En el modelo de regresión logística ajustado, la AG emergió como predictora de mal pronóstico [OR: 2,041, IC95% (1,038-4,015), $p = 0,039$], junto con otras variables pronósticas habituales. Se detectó una interacción significativa entre la modalidad de anestesia y la CC, de manera que el impacto negativo de AG se amplifica con una peor CC [OR de interacción 4,324 (1,007-17,358), $p = 0,039$].

Conclusión: En pacientes con ictus isquémico por oclusión de gran arteria de circulación anterior tratados con TEV, la AG se comporta como un predictor de mal pronóstico funcional al tercer mes. El impacto pronóstico negativo de la AG se amplifica a medida que empeora el estado de la CC.

19937. IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO DE CIRCULACIÓN ANTERIOR SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA CON REPERFUSIÓN EXITOSA

Bautista Lacambra, M.¹; Tejada Meza, H.¹; Tique Rojas, L.¹; Horna Cañete, L.¹; Viscasillas Sancho, M.¹; García Alonso, I.¹; Serrano Ponz, M.¹; Barrera Caballo, M.²; Marta Moreno, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet;

²Servicio de Radiología. Hospital Universitario Miguel Servet.

Objetivos: Analizar el impacto de las comorbilidades en el pronóstico funcional de los pacientes con trombo en circulación anterior manejados mediante TM con reperfusión exitosa.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo y de base hospitalaria. Se seleccionaron todos los pacientes que padecieron un ictus isquémico secundario a trombo en circulación anterior, con mRS previo ≤ 2 , y que fueran manejados con TM en nuestra comunidad autónoma durante 2015-2021 con reperfusión exitosa. Se revisaron las historias clínicas para conocer comorbilidades y calcular el índice de Charlson (IC). Se realizó un análisis multivariante para valorar qué variables repercutían de forma independiente en el pronóstico a tres meses (mRS > 2 y fallecimiento).

Resultados: Se reclutaron 477 pacientes (52,6% mujeres, edad media $72,5 \pm 12,8$ años). La etiología más frecuente fue la cardioembólica (54,5%). La comorbilidad más frecuente fue la HTA (62,8%) seguida de la DLP (53,5%). La mediana de comorbilidades por paciente fue 5 (RIC 3-7). En el análisis multivariante las comorbilidades asociadas significativamente con mRS > 2 a tres meses fueron DM, enolismo, EPOC e hiperuricemia. Para mortalidad lo estuvieron DM, arteriopatía periférica, ERC, EPOC e insuficiencia venosa. El ICC y la gran comorbilidad (ICC ≥ 3) demostraron significación en el análisis multivariante para ambas variables resultado.

Conclusión: Los pacientes con ictus presentan una elevada multimorbilidad, especialmente en FRCV. Existe una asociación entre determinadas comorbilidades y el mal pronóstico de la TM a pesar de conseguir una reperfusión exitosa, mientras que no se encuentra asociación con el número total de comorbilidades. Las escalas ponderadas como el IC podrían ayudar a predecir dicho pronóstico.

19083. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA SERIE DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO MINOR O AIT ATENDIDOS DENTRO DEL PROTOCOLO CÓDIGO ICTUS

Mauri Capdevila, G.¹; Vázquez Justes, D.¹; Gallego Sánchez, Y.¹; Ruiz Fernández, E.¹; San Pedro Murillo, E.¹; Sancho Saldaña, A.¹; Paul Arias, M.¹; García Díaz, A.¹; Freixa Cruz, A.¹; Nieva Sánchez, C.¹; Sanahuja Montesinos, J.¹; González Mingot, C.¹; Piñol Ripoll, G.²; Riba Llena, I.²; Gil Villar, M.¹; Quibus Requena, L.¹; Quílez Martínez, A.¹; Baraldés Rovira, M.¹; Salvany, S.³; Purroy García, F.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; ²Servicio de Neurología. Hospital Santa María; ³Neurociencias Clínicas. IRBLleida.

Objetivos: La evidencia de los tratamientos de revascularización en los ictus minor (IM) (NIHSS < 6) es escasa. Los estudios de angiografía por TC (ATC) y de perfusión por TC (TCP) pueden seleccionar a los pacientes que se beneficiarían de tratamientos de revascularización. El objetivo de este estudio es comparar las características de pacientes con IM y AIT en relación con los hallazgos de ATC y TCP.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes consecutivamente con IM y AIT atendidos dentro del código ictus que realizaron ATC y TCP entre mayo de 2021 y abril de 2023. Se recogieron sus perfiles y se agruparon en 3 grupos: ausencia de oclusión de gran vaso (OGV) y ausencia de alteraciones en TCP (OGV-TCP-), ausencia de OGV y presencia de alteraciones en TCP (OGV-TCP+), y presencia de OGV y alteraciones en TCP (OGV+TCP+).

Resultados: Se incluyeron 319 pacientes. 24,5% presentaron TCP+ y 15,5% OGV. OGV-TCP- (75,5%) fueron los más jóvenes ($p = 0,022$). La distribución por sexos y de los factores de riesgo vascular resultó similar con la excepción de hiperlipidemia, predominante en OGV+TCP+ ($p = 0,003$). Un 5,3% de los AIT presentaron TCP+. Las manifestaciones clínicas afasia y defecto campimétrico estuvieron sobrerrepresentadas en TCP+ ($p < 0,005$). 3,5% de los ictus clasificados como lacunares presentaron un OGV. Los lacunares predominaron en OGV-TCP- mientras que los cardioembólicos destacaron en TCP+. OGV+TCP+ obtuvo un NIHSS basal mayor (4 [2,0-5,0]), a diferencia de en el alta (1 [0,0-2,25]) ($p = 0,024$). Los tratamientos de perfusión estuvieron determinados por TCP+ y por OGV+ ($p < 0,001$).

Conclusión: Los hallazgos de ATC y TCP están relacionados con manifestaciones clínicas, gravedad clínica y manejo en fase aguda.

19948. DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR MEDIANTE HOLTER-ECG AUTOMÁTICO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO Y ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO

Anciones Martin, V.¹; Sifontes, W.¹; Luna, A.¹; Ugarriza Serrano, I.¹; Gómez, A.¹; Martín, J.¹; Rebollo, A.¹; Fernández, V.¹; Valido Reyes, C.¹; Fernández Llarena, L.¹; Lagüela, A.¹; Campos Martín, L.²; Iglesias, L.²; Viñuales Barcina, P.²; Rodríguez Antigüedad, A.¹; Freijo Guerrero, M.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; ²Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces-Bizkaia.

Objetivos: La detección de FA en los pacientes con ictus isquémicos de etiología indeterminada y su tratamiento mejora el pronóstico. La monitorización 24 horas tiene baja sensibilidad. El sistema Stroke Risk Analysis (SRA) con dispositivos Apoplex/Bittium, de fácil aplicación, permite una monitorización más prolongada. Describimos la experiencia con SRA en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo (febrero/2021-febrero/2023), de pacientes con AIT o ictus isquémico de etiología indeterminada, sin diagnóstico de FA previo. Realizamos monitorización de 24 horas (SRA-Apoplex), 7 días (SRA-Bittium) y seguimiento durante 1 año. Registramos variables demográficas, FR, hallazgos en ETT, recurrencias de eventos cardioembólicos o FA objetivada.

Resultados: Incluimos 78 pacientes. Edad media: 66,4 años (DE: 12), mujeres: 22 (28,2%). AIT: 14 (17,9%), ictus-isquémico: 64 (82,1%), circulación anterior: 32 (41%). Tiempo de monitorización SRA (media-na): 7 días (DE: 3,2). Diámetro medio de aurícula izquierda (AI): 3,7 cm (DE: 0,5), el 17,9% (14) AI dilatada. El informe del resultado fue inmediato en el 100% de los pacientes, un paciente no toleró el dispositivo. Según SRA: sospecha de FA manifiesta: 11 (14,1%), riesgo incrementado de FA 15 (19,2%). En el seguimiento a 1 año en el grupo de pacientes con riesgo incrementado de FA, 1 (6,6%) paciente presentó un nuevo evento cerebrovascular. Calculamos valor predictivo (VP) de eventos cardioembólicos o FA objetivada en pacientes con riesgo incrementado o FA manifiesta en 1 año de seguimiento obteniendo: VPP 96%; y en pacientes "sin riesgo FA": VPN 98%.

Conclusión: El dispositivo Apoplex/Bittium es de fácil aplicación y buena tolerancia. Los resultados sugieren su utilidad como método de *screening* de FA en pacientes con isquemia cerebral de etiología indeterminada. Ampliar la población permitirá determinar su valor como herramienta diagnóstica en estos pacientes.

19930. UTILIZANDO PROCESAMIENTO DEL LENGUAJE NATURAL PARA OBTENER EL TRATAMIENTO REAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS

Escobar Rodríguez, G.¹; Palomino García, A.²; Veas Lerdo de Tejada, M.³; Marrón Esquivel, J.³; Caballero García, M.⁴; González García, S.³; Hernández Ramos, F.²; Jiménez Hernández, M.²

¹Grupo de Innovación Tecnológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío; ²Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; ³Innovación Tecnológica. Hospital Virgen del Rocío; ⁴Servicio de Medicina. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Objetivos: Extraer información sobre la prescripción real de los tratamientos anticoagulantes en la prevención del ictus por fibrilación auricular del texto libre de las historias clínicas electrónicas (HCE), para ello se aplicarán técnicas avanzadas de procesamiento del lenguaje natural y se valorará esta metodología según los resultados obtenidos.

Material y métodos: Se han analizado 57 874 registros clínicos de pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel desde 2003 a 2021, aplicando algoritmos de análisis de lenguaje natural desarrollados con la librería "Natural Language Toolkit" de Python. Se ha definido una ontología de palabras claves optimizando la actual restrictiva Clasificación Internacional de Enfermedades y otros términos comunes utilizados por los profesionales que atienden a esta patología. Se han tenido en cuenta las negaciones y suspensiones de tratamientos. Para el análisis se ha representado gráficamente los anticoagulantes de acción directa (ACOD) y los antivitaminas K (AVK).

Resultados: La aplicación de estas técnicas permitió la selección automatizada de los datos de los tratamientos descritos en los informes de alta, acorde con la revisión manual de un subconjunto de registros. Se objetiva como los pacientes con ACOD crecen durante toda la serie temporal comenzando en 2011; sin embargo, los pacientes con AVK crecen a un ritmo inferior hasta alcanzar el 2011 y decrece desde este año.

Conclusión: La utilización de estas técnicas permite extraer información de las HCE de forma masiva. Es importante definir correctamente el conjunto de palabras claves. Los resultados obtenidos nos permiten asimilar el texto libre a datos estructurados para posteriores análisis.

19709. ESTUDIO UNICÉNTRICO EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE FÍSTULAS DURALES TENTORIALES

de Albóniga-Chindurza Barroeta, A.; Zapata, E.; Aguilar, M.; González, A.

Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío.

Objetivos: Las fistulas durales tentoriales son una patología infrecuente a menudo presentada en la literatura como casos aislados o series pequeñas. Analizamos todos los casos tratados mediante abordaje endovascular en un centro de alto volumen.

Material y métodos: Recogemos características clínicas y angiográficas de todos aquellos pacientes con fístula dural tentorial que fueron tratados en los últimos 10 años en nuestro centro.

Resultados: Se trataron 25 pacientes, 6 (24%) mujeres, con una mediana de edad de 63 años. El síntoma más frecuente fue cefalea en 19 (76%) de ellos, seguido de paresia 5 (20%) y epilepsia 4 (16%). La forma de presentación fue hemorrágica en 14 (56%), necesitando drenaje ventricular en 4 (16%). Las localizaciones fueron tentorio 14 (56%), torcular 4 (16%), petrosal 4 (16%), galénica 2 (8%) e incisural 1 (4%). El tipo de Cognard más frecuente fue 4 en 20 (80%) de los casos, objetivándose aneurismas de flujo en 5 (20%) y presencia de trombosis venosa en 20 (80%). Se consiguió la oclusión completa de la fístula en 19 (76%) pacientes, sin ninguna recurrencia. En 4 (16%) pacientes se llevó a cabo también un abordaje venoso, siendo el acceso más utilizado la meníngea media en 18 (72%) casos. Los resultados a un año fueron mRS 0-2 (76%), mRS 3-5 (12%), mRS 6 (12%).

Conclusión: El tratamiento endovascular en la fístula dural tentorial es factible, eficaz y con buenos resultados clínicos en centros con alto volumen de tratamiento.

Enfermedades cerebrovasculares II

19276. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD LEVE-MODERADA PREVIA A ICTUS ISQUÉMICO

Elosua-Bayes, I.¹; Requena, M.²; Rubiera, M.²; de Dios Lascuevas, M.³; García-Tornel, Á.²; Olivé-Gadea, M.²; Diana, F.³; Rizzo, F.²; Muchada, M.²; Rodríguez-Villatoro, N.²; Rodríguez-Luna, D.²; Juega, J.²; Pagola, J.²; Rodrigo-Gisbert, M.²; Hernández, D.³; Molina, C.²; Tomasello, A.³; Ribo, M.²

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

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

³Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: Evaluar la evolución de pacientes con ictus isquémico con discapacidad leve-moderada previa (modified Rankin scale, mRS 2-3) tratados mediante tratamiento endovascular (TEV), identificando predictores de buena respuesta.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron los pacientes tratados mediante TEV, evaluando el mRS inicial y a los 90 días. Se definió buena evolución si el mRS a los 90 días era igual o incrementó en un punto. Se realizó una regresión logística con las variables edad, sexo, tiempo de revascularización desde inicio de clínica, Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECTS), tratamiento fibrinolítico previo, número de pases, National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) inicial y grado de revascularización (expanded Thrombolysis in Cerebral Infarction, eTICI).

Resultados: Se incluyeron 325 pacientes, 208 con mRS inicial de 2 y 117 con mRS 3. A los 90 días, el 46,6% (n = 97) de los pacientes con un mRS inicial de 2 (24,5%, n = 51, mRS 2; 22,1%, n = 46, mRS 3) y el 46,1% de mRS 3 (22,2%, n = 26, mRS 3; 23,9%, n = 28, mRS 4) presentaron una buena evolución. Las variables ASPECTS, número de pases y NIHSS inicial predijeron de manera estadísticamente significativa la evolución (OR = 1,43, IC95%: 1,09-1,93; OR = 0,72, IC95%: 0,53-0,97; OR = 0,87, IC95%: 0,81-0,92; respectivamente).

Conclusión: Aproximadamente la mitad de los pacientes con discapacidad leve-moderada previa muestran una buena evolución clínica tras TEV. Un ASPECTS inicial elevado, menor número de pases y menor NIHSS inicial son predictores de no empeoramiento de discapacidad.

19523. RACE-PLUS: UN ALGORITMO BASADO EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA MEJORA DEL TRIAJE PREHOSPITALARIOS DE PACIENTES CON ICTUS

Menéndez Albarracín, A.; Gomis Cortina, M.; Hernández Pérez, M.; Millán Tornè, M.; Bustamante Rangel, A.; Martínez Sánchez, M.; Dorado Boix, L.; García Amor, G.; Yugueros Baena, B.; Rabaneda Lombarte, N.; Cabib, C.; Pérez de la Osa, N.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Objetivos: Las escalas prehospitalarias para identificar ictus agudo con oclusión de gran vaso (OGV) han demostrado poca especificidad para la sensibilidad requerida. Nuestro objetivo es desarrollar una nueva herramienta clínica basada en inteligencia artificial (IA) para mejorar la precisión diagnóstica.

Material y métodos: Se ha utilizado el registro prospectivo de activación de Código Ictus de Cataluña (CICAT). El diagnóstico definitivo se clasificó en OGV, hemorragia y otros (isquémico sin oclusión, AIT y mimic). Se construyeron diferentes algoritmos de IA utilizando la escala RACE y añadiendo otras variables clínicas a nivel prehospitalario (RACE-Plus). La muestra fue dividida en *datasets* para fase de desarrollo (70%) y validación (30%). Se comparó el rendimiento de siete algoritmos con el uso de regresión lógica clásica, comparando el área bajo la curva (ABC) para predecir OGV de los algoritmos contra la escala RACE. Se calculó la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para cada categoría diagnóstica.

Resultados: Se incluyeron 731 pacientes. El método Random Forest demostró la mayor ABC (0,68 vs. 0,59) y precisión (57,7 vs. 49,2%). RACE-Plus consiguió alta sensibilidad para el diagnóstico de OGV con baja especificidad (S 0,88 y E 0,18). Por el contrario, mostró alta especificidad para el diagnóstico de hemorragia (E 98%) y otros diagnósticos (E 99%). Se está desarrollando una calculadora web (App RACE-plus), para predecir el subtipo de ictus.

Conclusión: RACE-Plus es una herramienta que mejora el rendimiento predictivo de las escalas existentes, permitiendo identificar OGV y descartar otros diagnósticos. Más estudios son necesarios para mejorar el rendimiento de una clasificación que agrupe otros diagnósticos.

18679. DIAGNÓSTICO DEL ICTUS ISQUÉMICO DE GRAN VASO RELACIONADO CON ATROMATOSIS INTRACRANEAL ANTES DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Rodrigo Gisbert, M.¹; García-Tornel García-Camba, Á.¹; Requena, M.¹; Rubiera del Fueyo, M.¹; de Dios Lascuevas, M.²; Olivé Gadea, M.¹; Piñana, C.²; Rizzo, F.¹; Muchada, M.¹; Rodríguez Villatoro, N.¹; Rodríguez Luna, D.¹; Juega, J.¹; Pagola, J.¹; Hernández, D.²; Molina, C.¹; Tomasello, A.²; Ribo, M.¹

¹Unidad de Ictus. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Unidad de Neurointervencionismo. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: El diagnóstico del ictus isquémico con oclusión de gran vaso relacionada con ateromatosis intracraneal (ICAD-LVO) antes del tratamiento endovascular (TEV) sigue siendo un desafío. El objetivo fue analizar las variables clínico-radiológicas basales asociadas a ICAD-LVO con la finalidad de optimizar la estrategia endovascular.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con oclusión de gran vaso de circulación anterior (ACI, ACM-M1,2) tratados mediante TEV desde enero-2020 hasta abril-2022. Se definió ICAD-LVO como estenosis residual significativa o tendencia a la reoclusión durante el TEV. Se analizaron las variables clínico-radiológicas basales asociadas con ICAD-LVO. Se evaluó el valor diagnóstico del modelo de regresión multivariado y una escala ponderada para diagnosticar ICAD-LVO antes del TEV.

Resultados: De 338 pacientes, 28 pacientes (8,3%) presentaron ICAD-LVO. La ausencia de fibrilación auricular (OR 10,19, IC95% 1,12-86,6; p = 0,033), menor ratio de intensidad de hipoperfusión (HIR [Tmax > 10 s/Tmax > 6 s], OR 0,02, IC95% 0,00-0,41; p = 0,013), calci-