

p = 0,945). Sin embargo, en aquellos pacientes con NIHSS  $\geq 5$  el TEV se asocia a una mayor tasa de excelente pronóstico funcional (TEV 34,5 vs. 15,0%, OR 6,48, IC95% 1,17-35,05, p = 0,033).

**Conclusión:** El tratamiento endovascular no modifica de forma significativa la tasa de sICH, mortalidad ni independencia funcional a los 90 días. En pacientes con ictus isquémico moderado-grave, el TEV se asocia a una mayor tasa de pronóstico funcional excelente. Dichos hallazgos deben ser confirmados en próximos ensayos clínicos.

## Enfermedades cerebrovasculares III

### 19298. PROM COMO FACTORES PREDICTORES DE RECURRENCIA EN ICTUS

Gómez Dabó, L.<sup>1</sup>; Colangelo, G.<sup>1</sup>; Balades Orti, M.<sup>1</sup>; Sánchez Gavilán, E.<sup>1</sup>; Paredes, C.<sup>1</sup>; Guirao, C.<sup>1</sup>; Purroy García, F.<sup>2</sup>; Bustamante Rangel, A.<sup>3</sup>; Sargento Freitas, J.<sup>4</sup>; Rizzo, F.<sup>1</sup>; Rodríguez, N.<sup>1</sup>; Juega, J.<sup>1</sup>; Pagola, J.<sup>1</sup>; Olivé Gadea, M.<sup>1</sup>; Taborda, B.<sup>1</sup>; García-Tornel García-Camba, Á.<sup>1</sup>; Requena, M.<sup>1</sup>; Rodrigo Gisbert, M.<sup>1</sup>; Montalvo Olmedo, C.<sup>1</sup>; Ustrell Roig, X.<sup>5</sup>; Serra Martí, J.<sup>6</sup>; Serena, J.<sup>6</sup>; Rubiera, M.<sup>1</sup>; Ribo, M.<sup>1</sup>; Molina, C.<sup>1</sup>; Muchada, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Coimbra University and Hospital Centre; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

**Objetivos:** El riesgo de recurrencia de un ictus es mayor en pacientes que han presentado un evento previo. Las estrategias multimodales con la participación activa de pacientes y familiares son probablemente la opción terapéutica más eficaz, cuya perspectiva se puede estandarizar y validar mediante los *Patient-Reported Outcome Measures* (PROM). Nuestro objetivo fue analizar los PROM como predictores de recurrencia de ictus.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico de una base prospectiva de pacientes consecutivos con AIT e ictus isquémico entre enero/2022-marzo/2023. Se recogieron datos demográficos, clínicos y resultados del programa de PROMS a través de la aplicación NORA, incluyendo PROMIS Global Health survey, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Fatigue Assessment Scale (FAS) y escala Morisky-Green (MG) a los 30 días.

**Resultados:** Se incluyeron 2.589 pacientes, edad media de 72  $\pm$  13,8 años (42% mujeres). Se observaron 45 recurrencias con tiempo medio a la recurrencia de 257 días. Los pacientes recurrentes presentaban más antecedentes de tabaquismo (33,3 vs. 14,8%; p < 0,001) y toma de anticoagulantes (33,3 vs. 20,8%; p < 0,041). En cuanto a los PROM, estos pacientes sufrían mayor fatiga (FAS 24,4 vs. 19,69; p < 0,031), menor tendencia a adherencia terapéutica (MG 14,2 vs. 12,5%; p = 0,77) y menor reincorporación laboral (12,5 vs. 32,4%; p < 0,02). Tras el segundo episodio, los pacientes con recurrencia participaban más en encuestas (2,46  $\times$  E16 vs. 2,46  $\times$  E16) y autoformación en ictus (2,44  $\times$  E16 vs. 1,92  $\times$  E16) (p < 0,01). La HTA, tabaquismo previo y menor MG predijeron de manera independiente la recurrencia (OR 2,72, IC95% 1,20-6,14; OR 2,65, IC95% 1,40-4,99; OR 0,33, IC95% 0,11-1,01).

**Conclusión:** La evaluación de los PROM es un método útil para identificar factores clave para disminuir el riesgo de recurrencia de ictus.

### 18747. RESTENOSIS POSANGIOPLASTIA Y STENTING CAROTÍDEO (REGISTRO RECAST): DESARROLLO DE UN NOMOGRAMA DE PREDICCIÓN DE RIESGO PARA LA RESTENOSIS INTRASTENT

Zapata Arriaza, E.<sup>1</sup>; Ainz Gómez, L.<sup>1</sup>; Baena Palomino, P.<sup>1</sup>; Medina Rodríguez, M.<sup>1</sup>; Aguilar Pérez, M.<sup>2</sup>; de Albóniga-Chindurza Barroeta,

A.<sup>2</sup>; Andrade Ruiz, H.<sup>3</sup>; Zamora Piñero, A.<sup>4</sup>; Cabezas Rodríguez, J.<sup>5</sup>; Delgado Acosta, F.<sup>6</sup>; Ochoa Sepúlveda, J.<sup>7</sup>; González Delgado, M.<sup>8</sup>; Murias, E.<sup>9</sup>; Gil, J.<sup>10</sup>; Gil, R.<sup>11</sup>; Mosteiro, S.<sup>12</sup>; Fernández Couto, M.<sup>13</sup>; Fernández de Alarcón, L.<sup>14</sup>; Ramírez Moreno, J.<sup>15</sup>; Luna, A.<sup>16</sup>; Gil, A.<sup>17</sup>; Alcázar, P.<sup>18</sup>; González García, A.<sup>19</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; <sup>2</sup>Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Hospital Virgen del Rocío; <sup>3</sup>Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI). Instituto de Investigación Biomédica de Sevilla.; <sup>4</sup>Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla. Instituto de Investigación biomédica de Sevilla. IBIS; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío; <sup>6</sup>Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Complejo Hospitalario Reina Sofía; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Reina Sofía; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>9</sup>Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>10</sup>Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Hospital Clínico Universitario de Valencia; <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia; <sup>12</sup>Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; <sup>13</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; <sup>14</sup>Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Hospital Infanta Cristina; <sup>15</sup>Servicio de Neurología. Hospital Infanta Cristina; <sup>16</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; <sup>17</sup>Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Hospital Universitario de Cruces; <sup>18</sup>Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; <sup>19</sup>Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío.

**Objetivos:** El beneficio a largo plazo de la angioplastia y stenting carotídeo (ASC) puede reducirse por las complicaciones clínicas relacionadas con la restenosis intrastent (RIS). Nuestro objetivo es proponer un nomograma para la evaluación del riesgo individual de RIS  $\geq 70\%$  pos-ASC.

**Material y métodos:** Se analizaron pacientes con estenosis carotídea sometidos a ASC incluidos en un registro multicéntrico prospectivo nacional entre enero de 2015-diciembre de 2020. Se compararon factores preoperatorios entre los grupos no RIS/RIS. Se realizó análisis de supervivencia mediante Kaplan-Meier y regresión de Cox para elaborar el modelo predictivo y el Nomograma de RIS  $\geq 70\%$ . El nomograma fue formulado y validado por índices de concordancia (índice-C) y curvas de calibración.

**Resultados:** Se incluyeron 354 pacientes en el análisis. La tasa de RIS  $\geq 70\%$  fue del 7,6% (N = 27). La regresión de Cox identificó como predictores independientes de RIS  $\geq 70\%$  la presencia de arteriopatía periférica (Hazard Ratio [HR] = 3,03, IC95% [1,16-7,76], p = 0,023), una vasorreactividad patológica por doppler (HR = 5,87, IC95% [2,34-14,72], p < 0,001), y la ausencia de arteria comunicante anterior (HR = 3,58, IC95% [1,35-9,45], p = 0,010). Se generó un nomograma basado en el modelo descrito que mostró valores óptimos de discriminación (curva ROC = 0,749; índice C = 0,791) y calibración (0,84-0,92). La presencia de RIS  $\geq 70\%$  se asoció con mayores tasas de ictus ipsilateral durante el seguimiento (16 vs. 1,5%, p < 0,001).

**Conclusión:** En nuestro estudio la presencia de arteriopatía periférica, vasorreactividad patológica y la ausencia de ACoA identificó a pacientes con elevado riesgo de RIS  $\geq 70\%$ . El nomograma obtenido identifica a pacientes con mayor riesgo de RIS desde el inicio, con el fin de mejorar el seguimiento clínico de los pacientes tratados con ASC.

### 19127. ABORDAJE VERTEBROBASILAR DEL SHUNT DERECHA-IZQUIERDA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO EN PACIENTES CON ICTUS CRIPTOGENICO

Martínez García, B.; García Madrona, S.; Chico García, J.; Garay Albizuri, P.; Pérez Gil, D.; Llanes Ferrer, A.; Matute Lozano, M.; de Felipe Mimbrera, A.; Vera Lechuga, R.; Cruz Culebras, A.; Masjuan, J.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

**Objetivos:** Evaluar la precisión de la ventana suboccipital (VS) del Doppler transcraneal (DTC) en la estimación de los grados del shunt

derecha-izquierda (ShDI), respecto a la ventana transtemporal (VT) del DTC y el ecocardiograma transefágico (ETE).

**Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, que incluyó pacientes con un ictus o ataque isquémico transitorio de etiología indeterminada a los que se les realizó un test de burbujas según el protocolo de la Unidad de Ictus de nuestro centro a lo largo de un año. Se compararon ambas ventanas del DTC y se evaluó la concordancia del grado de ShDI entre la VS y el ETE mediante el índice kappa.

**Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes (63% varones; edad media:  $48,4 \pm 11,2$  años). El diagnóstico más frecuente fue ictus de etiología indeterminada (82,1%). Tras maniobras de Valsalva, se detectó un ShDI en 18 pacientes en la VT y 17 en la VS. La sensibilidad y especificidad de la VO respecto a la VT alcanzaron el 94,4% y 100% respectivamente, con un valor predictivo positivo del 93,7% y un valor predictivo negativo del 81,4%. La concordancia del grado del ShDI entre ambas ventanas fue de 0,66 ( $p < 0,0001$ ). Todos los ShDI detectados en la VS menos uno fueron confirmados por ETE, la mayoría con un ShDI de alto riesgo (grados III y IV). La concordancia entre la VS y el ETE fue de 0,692 ( $p < 0,0005$ ).

**Conclusión:** La VS del DTC presenta una buena concordancia con el ETE en la valoración y correlación de la gravedad del ShDI, especialmente en aquellos de alto riesgo.

### 19713. MARCADORES DE RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL Y GRADO DE CIRCULACIÓN COLATERAL EN ICTUS ISQUÉMICO POR OCLUSIÓN DE GRAN ARTERIA

Ramos-Araque, M.<sup>1</sup>; Ros, I.<sup>2</sup>; Santiago, A.<sup>3</sup>; Sierra, A.<sup>2</sup>; de Lera, M.<sup>2</sup>; Calleja, A.<sup>2</sup>; Cortijo, E.<sup>2</sup>; Gómez-Vicente, B.<sup>2</sup>; Reyes, J.<sup>2</sup>; Valle Peñacoba, G.<sup>2</sup>; López Sanz, C.<sup>2</sup>; Schuller, M.<sup>4</sup>; Galván, J.<sup>4</sup>; Rodríguez, C.<sup>5</sup>; Martínez Peralta, S.<sup>5</sup>; Martínez Galdámez, M.<sup>4</sup>; Almeida, Á.<sup>5</sup>; Arenillas, J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; <sup>3</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid; <sup>4</sup>Servicio de Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; <sup>5</sup>Grupo de Neurobiología Molecular. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca.

**Objetivos:** Investigar el impacto de la carga total de la enfermedad de pequeño vaso (EPV) cerebral sobre la circulación colateral (CC) y su influencia en el pronóstico funcional en pacientes con ictus isquémico de circulación anterior, tratados con tratamiento endovascular (TEV). **Material y métodos:** Estudio unicéntrico, prospectivo, de pacientes consecutivos con ictus isquémico agudo por oclusión de gran arteria tratados con TEV entre junio 2021 y enero 2023. El grado de CC se evaluó mediante TAC perfusión empleando el *Hypoperfusion Intensity Ratio* (HIR) considerando mala CC  $\geq 0,4$ . La carga global de EPV se cuantificó mediante resonancia magnética calculando el score total de EPV (0-4). Se estableció el pronóstico funcional a 3 meses mediante la escala de Rankin modificada. Entre los predictores de mal pronóstico se incluyó un análisis de interacción CC y EPV cerebral.

**Resultados:** Se incluyeron 86 pacientes, 46 (54%) mujeres, la media de edad fue 70,41 ( $\pm 12,81$ ) años y la mediana de NIHSS 16. En el modelo de regresión logística una mayor carga de EPV cerebral OR 5,3 (IC95%: 1,57-17,89),  $p = 0,007$  y un peor ASPECTS (Alberta Stroke Programme Early CT Score) OR 1,5 (IC95%: 1,06-2,12),  $p = 0,02$  fueron predictores de mala CC. La interacción entre la CC y la carga total de EPV es un predictor independiente de mal pronóstico funcional OR 2,182 (IC95%: 1,002-4,750),  $p = 0,049$ .

**Conclusión:** La carga total de EPV cerebral es un predictor de mala CC en pacientes con ictus isquémico por oclusión de gran arteria tratados con TEV. Existe un efecto sinérgico entre la carga de EPV y la CC como determinante de mal pronóstico funcional.

### 19817. PRONÓSTICO A CORTO Y LARGO PLAZO TRAS UN ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO SIN LESIÓN TISULAR: DATOS DEL REGISTRO REGITELL

Purroy García, F.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

**Objetivos:** Recientemente, se ha propuesto retirar el concepto de Ataque isquémico transitorio (AIT) ya que, probablemente, el riesgo de recurrencia de ictus (RI) es teóricamente insignificante. Sin embargo, pocos estudios observacionales han determinado el riesgo de RI exclusivamente entre pacientes con AIT sin lesión tisular. Nuestro objetivo fue evaluar el pronóstico precoz y a largo plazo de estos pacientes.

**Material y métodos:** De forma prospectiva se reclutaron pacientes consecutivos con AIT sin lesión tisular desde enero de 2006 hasta junio de 2010. Todos los pacientes se sometieron a secuencias de difusión a los 4,0 [DE 1,8] días). El riesgo y los predictores de RI se determinaron al año y tras una mediana de tiempo de seguimiento de 6,6 (5,0-9,6) años.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 370 pacientes tras excluir 244 con difusión anormal y 109 sin RM. Se determinó una puntuación ABCD2  $> 5$  en 95 (26,2%). 15 (4,1%) pacientes sufrieron RI al año y 18 (4,9%) más allá del año. Los modelos predictivos para el pronóstico a corto y largo plazo fueron diferentes. La etiología aterosclerótica (Hazard ratio [HR] 3,7 [1,2-11,0]) fue el único predictor de RI a 1 año. Por el contrario, el sexo masculino (HR 3,5 [1,1-10,7]), la alteración del habla (HR 5,4 [1,2-24,2]) y ABCD2  $> 5$  (HR 2,9 [1,0-8,9]) fueron predictores a largo plazo.

**Conclusión:** El riesgo de RI después de un AIT no es insignificante. Los predictores de pronóstico a corto y largo plazo difieren. El sexo, las características clínicas y la etiología determinan el riesgo de RI.

### 19059. CARACTERIZACIÓN DE NUEVOS BIOMARCADORES ETIOLÓGICOS DEL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO MEDIANTE TÉCNICAS PROTEÓMICAS

Urdániz Casado, A.<sup>1</sup>; Rubio, I.<sup>2</sup>; Muñoz, R.<sup>2</sup>; Herrera, M.<sup>2</sup>; Macías Conde, M.<sup>1</sup>; Blanco Luquin, I.<sup>1</sup>; Aymerich, N.<sup>2</sup>; Zandio, B.<sup>2</sup>; Roldán, M.<sup>1</sup>; Ausín, K.<sup>3</sup>; Cabezón Arteta, E.<sup>1</sup>; Ostolaza, A.<sup>2</sup>; Labarga, A.<sup>4</sup>; Bermejo, R.<sup>2</sup>; Mendigaña Ramos, M.<sup>2</sup>; Santamaría, E.<sup>5</sup>; Fernández Irigoyen, J.<sup>6</sup>; Mendioroz Iriarte, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Investigación Neuroepigenética. Navarrabiomed; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; <sup>3</sup>Proteored-ISCIII, Unidad de Proteómica. Navarrabiomed; <sup>4</sup>Unidad de Bioinformática Traslacional. Navarrabiomed; <sup>5</sup>Laboratorio de Neuroproteómica Clínica. Navarrabiomed; <sup>6</sup>Proteored-ISCIII, Unidad de Proteómica. Navarrabiomed.

**Objetivos:** El material trombótico es de gran utilidad para estudiar mecanismos y para desarrollar biomarcadores diagnósticos y etiológicos en el ictus isquémico agudo (IIA). El objetivo del estudio fue identificar potenciales biomarcadores de etiología del IIA a partir del material trombótico recuperado en la trombectomía mecánica.

**Material y métodos:** Para la identificación de potenciales biomarcadores se analizaron 15 trombos cardioembólicos y 7 aterotrombóticos (clasificación TOAST) mediante espectrometría de masas tipo *label-free*. La cuantificación de proteínas se realizó mediante Progenesis-LCMS-Perseus. Los análisis funcionales para la identificación de proteínas relacionadas con términos de patología cardiovascular se realizaron mediante estudio bibliográfico, y la validación de las proteínas de interés mediante Western-blot en trombo y ELISA en suero (25 aterotrombóticos, 25 cardioembólicos).

**Resultados:** Se encontraron 38 proteínas diferencialmente expresadas entre el proteoma del ictus cardioembólico y aterotrombótico. De estas proteínas, 24 de ellas (63,15%) se han relacionado previamente con patología cardiovascular (cardiopatía o hipertrofia). Tres proteínas (MMP-9, TXN1, MTPN) fueron validadas por WB. MTPN no mostró cambios, pero MMP-9 mostró niveles más altos en suero de pacientes con ictus cardioembólico respecto a aterotrombótico (FC = 1,33,  $p < 0,05$ ), mientras que TXN1 se encontró más elevada en suero aterotrombótico respecto a cardioembólico (FC = 0,63,  $p < 0,0001$ ).

**Conclusión:** El estudio muestra que gran parte de las proteínas diferencialmente expresadas en los trombos de origen aterotrombótico versus cardioembólico están relacionadas con patología cardiovascular. Además, la tiorredoxina 1 (TXN1), una proteína antioxidante con actividad reductora de hipertrofia cardíaca, surge como un potencial biomarcador de etiología en el IIA.

### 18676. PRECISIÓN PRONÓSTICA DEL POTENCIAL EVOCADO SOMATOSENSORIAL (PES) N20 EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO Y TROMBECTOMÍA ENDOVASCULAR

Dávalos Errando, A.<sup>1</sup>; Lucente, G.<sup>1</sup>; Hernández Pérez, M.<sup>1</sup>; Arbex, A.<sup>1</sup>; Almendrote, M.<sup>1</sup>; Ramos, A.<sup>1</sup>; Perez de la Ossa, N.<sup>1</sup>; Broto, J.<sup>1</sup>; Castaño, C.<sup>2</sup>; Remollo, S.<sup>2</sup>; Millán Torné, M.<sup>1</sup>; Martínez Piñeiro, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol;

<sup>2</sup>Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

**Objetivos:** Estudiar la precisión pronóstica del componente N20 de los PES del hemisferio isquémico en pacientes con ictus agudo por oclusión anterior de gran vaso sometidos a trombectomía endovascular (TEV).

**Material y métodos:** Se registró la presencia y amplitud de la respuesta N20 en la sala de angiografía antes y al finalizar la TEV. Su valor predictivo de independencia funcional (puntuación de la mRS  $\leq 2$ ) al día 7 se analizó mediante regresión logística binaria ajustando por edad, presión arterial, NIHSS, puntuación ASPECTS y glucosa sérica. El poder predictivo de N20 se comparó con el de modelos clínicos y de imágenes mediante el análisis de las curvas ROC.

**Resultados:** Se estudiaron 223 pacientes consecutivos (edad media, 70 años; NIHSS mediana, 18). Los registros PES identificaron presencia de N20 en 110 (49,3%), ausencia en 58 (26%) y no valorable en 55 pacientes por interferencias de radiofrecuencia. Antes del TEV, N20 predijo la independencia funcional con una sensibilidad del 93% (IC95%, 78-98%) y un valor predictivo negativo del 93% (80-98%). La razón de probabilidad ajustada fue de 9,9 (IC95%, 3,1-44,6). En el análisis ROC, la amplitud de N20 mostró un área bajo la curva mayor que las variables prehospitales o intrahospitales, incluidas las imágenes avanzadas. La sensibilidad aumentó al 100% (IC95%, 85-100%) cuando N20 estaba presente después de la TEV.

**Conclusión:** La monitorización PES es una técnica no invasiva y de cabecera que podría ayudar a la elección de los pacientes con AIS para TEV y predecir la recuperación funcional.

### 19571. ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DEL TIEMPO TOTAL DE MONITORIZACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON ICTUS CRIPTOGÉNICO (ESTUDIO FANTASTIC)

de Torres Chacón, M.<sup>1</sup>; Acosta López, M.<sup>1</sup>; Cabezas Rodríguez, J.<sup>2</sup>; Medina Rodríguez, M.<sup>2</sup>; Valverde Moyano, R.<sup>3</sup>; García Ruiz, R.<sup>4</sup>; Rodríguez Camacho, M.<sup>5</sup>; López López, M.<sup>5</sup>; Tamayo Toledo, J.<sup>6</sup>; Martínez Sánchez, P.<sup>7</sup>; Amaya Pascasio, L.<sup>7</sup>; de la Torre Laviana, J.<sup>8</sup>; Cuartero Rodríguez, E.<sup>9</sup>; Galeano Bilbao, B.<sup>10</sup>; Hermosín Gómez, A.<sup>10</sup>; Fernández, M.<sup>11</sup>; López Ferreira, A.<sup>11</sup>; de la Cruz Cosme, C.<sup>12</sup>; Acevedo Aguilera, R.<sup>1</sup>; López Azcárate, C.<sup>1</sup>; Pérez Sánchez, S.<sup>1</sup>; Montaner, J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío;

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Reina Sofía; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario San Cecilio; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Regional Universitario de Málaga; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Torrecárdenas; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta del Mar; <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves; <sup>12</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria.

**Objetivos:** La monitorización cardíaca prolongada para detectar Fibrilación Auricular oculta (FAo) se recomienda en ictus criptogénicos, aunque no siempre está disponible. En el estudio FANTASTIC (Fibrilación Auricular No Tratada en Andalucía: Screening Tras el Ictus) buscamos identificar un perfil de riesgo de F5o.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico y prospectivo de monitorización cardíaca prolongada 4 semanas en pacientes con ictus criptogénico ( $< 7$  días) con Holter Bittium Faros 360 y software SRA (ausencia vs. probabilidad aumentada FA). Se analizan modelos de probabilidad de detectar FAo integrando datos clínicos, bioquímicos y electrocardiográficos.

**Resultados:** 207 pacientes incluidos, detección de FA 10,1% (21 pacientes). Se objetivaron diferencias (pacientes con y sin FA) en edad  $> 70$  años (93,2 vs. 40%,  $p < 0,001$ ), sexo femenino (64,3 vs. 26,1%,  $p = 0,010$ ), perfil de riesgo de FA primeras 2h de monitorización (92,3% pacientes con "alto riesgo de FA" se detectó FA;  $p < 0,01$ ) y NT-proBNP  $> 125$  pg/mL (71,4 vs. 33,7%,  $p = 0,016$ ). El modelo "edad, sexo y perfil de riesgo a las 2 h de monitorización SRA" obtuvo un AUC de 0,92 con sensibilidad 83,3% y especificidad 83,5%. Un segundo modelo predictivo (panelomix) obtuvo sensibilidad 100% y especificidad 55,6% combinando NT-proBNP y edad (AUC 0,78). Un tercer modelo (curvas de decisión) usando perfil de riesgo de FA a las 2 h y parámetros clínicos, mostró que reduciríamos monitorizaciones al 50% (umbral FA 20%) o un tercio (umbral FA 10%).

**Conclusión:** La combinación de parámetros clínicos con perfiles de riesgo ECG en monitorizaciones cortas y biomarcadores permite predecir pacientes que se beneficiarán de manera más eficiente de monitorizaciones Holter prolongadas.

### 18686. ATENCIÓN DEL CÓDIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO EN EL SISTEMA VALENCIANO DE SALUD: DIFERENCIAS RESPECTO A LA ACTIVACIÓN EXTRAHOSPITALARIA Y DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

Moreno Navarro, L.<sup>1</sup>; Corona García, D.<sup>1</sup>; Tarruella Hernández, D.<sup>2</sup>; Benetó Andrés, H.<sup>3</sup>; Farrerons Llopart, M.<sup>1</sup>; Beltrán Blasco, I.<sup>1</sup>; Hernández Llorido, R.<sup>1</sup>; Tembl Ferrairó, J.<sup>2</sup>; Soriano Soriano, C.<sup>3</sup>; López Hernández, N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe;

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Castelló.

**Objetivos:** Analizar las diferencias basales y de manejo agudo del código ictus intrahospitalario (CII) respecto al Código Ictus activado a nivel extrahospitalario (CIE) y de urgencias hospitalarias (CIUH), en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico retrospectivo realizado mediante la participación conjunta de 3 de las 6 Unidades de Ictus existentes en la Comunidad Valenciana, que incluye las activaciones de código ictus realizadas desde estas unidades entre julio de 2020 y diciembre de 2022. La recogida de datos se realizó a través del registro CODICT y el acceso a las historias clínicas.

**Resultados:** Se incluyeron 1874 pacientes, de los cuales 137 fueron CII (7,3%) con una edad media de 71,3 años y un 54,7% de sexo masculino. El CII presentó tiempos de actuación más prolongados que CIE y CIUH (mediana door-to-imaging time (minutos): CII 33, CIE 20, CIUH 25,

$p < 0,001$ ; mediana *door-to-needle* time (minutos): CII 80, CIE 39, CIUH 53,  $p < 0,001$ ; mediana *door-to-groin* time (minutos): CII 115, CIE 79, CIUH 102,  $p < 0,001$ ). En los casos de ictus isquémico, se observó en CII un menor uso de fibrinólisis intravenosa (CII 15,0%, CIE 42,6%, CIUH 17,0%,  $p < 0,001$ ) y de trombectomía mecánica (CII 22,8%, CIE 41,2%, CIUH 12,9%,  $p < 0,001$ ) respecto a CIE.

**Conclusión:** En el Sistema Valenciano de Salud, el CII presenta una mayor demora en su atención que CIE y CIUH y, además, una menor aplicación de terapias de revascularización respecto a CIE, lo cual subraya la necesidad de desarrollar algoritmos específicos de CII.

### 19747. ISQUEMIA MEDULAR, UN ICTUS DIFÍCIL DE DIAGNOSTICAR

Enguñados Parra, M.; Martínez Salio, A.; Pérez Rangel, D.; Sanzo Esnaola, N.; Ramírez Sánchez-Ajofrín, J.; Gutiérrez Sánchez de la Fuente, M.; Calleja Castaño, P.

*Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre.*

**Objetivos:** Los infartos medulares se suelen manifestar como cuadros agudos de paraparesia o tetraparesia, pero suponen un reto diagnóstico cuando el síntoma predominante es el dolor o la presentación es unilateral o asimétrica, simulando un ictus cerebral.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico de pacientes con isquemia medular desde 2006 a 2023.

**Resultados:** Se recogen 25 casos (media 62,6 años, 72% varones). Etiología: 9 secundarios a cirugía aórtica (36%), 3 a otra cirugía (12%), el resto (52%) espontáneos. En 12 de los 13 infartos medulares espontáneos el primer síntoma fue el dolor intenso, coincidiendo en todos ellos su localización con el nivel medular afecto. El tiempo medio desde la aparición del dolor al nadir de la clínica neurológica fue de 9,8 horas (solo en 2 casos este tiempo fue inferior a 6 horas). El déficit neurológico fue asimétrico en 6 pacientes, de los cuales 4 presentaban un déficit motor exclusivamente unilateral. Esta presentación provocó que 3 casos fueran manejados inicialmente como ictus cerebrales, sin solicitarse RM medular urgente. Dicha prueba se realizó en las primeras 24 horas en 13 pacientes, resultando diagnóstica en 6 casos. En 5 de los 7 casos donde no fue diagnóstica no se incluyeron secuencias de difusión. En ningún caso se realizó trombólisis intravenosa, 4 pacientes recibieron corticoides, sin mejoría significativa.

**Conclusión:** La presencia de un dolor intenso, seguido de un déficit neurológico agudo en extremidades, no solo bilateral, sino también unilateral, debe hacer sospechar una isquemia medular a ese nivel, debiéndose confirmar mediante RM que incluya secuencias de difusión.

### 19997. NORAHOME PROGRAMA VIRTUAL MULTIMODAL DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PARA PACIENTES CON AIT E ICTUS MINOR

Muchada López, M.<sup>1</sup>; Rubiera del Fueyo, M.<sup>1</sup>; Juega, J.<sup>1</sup>; Pagola, J.<sup>1</sup>; Olive, M.<sup>1</sup>; García-Tornel, A.<sup>1</sup>; Rizzo, F.<sup>1</sup>; Rodríguez-Villatoro, N.<sup>1</sup>; Rodríguez-Luna, D.<sup>1</sup>; Montiel, E.<sup>2</sup>; Taborda, B.<sup>2</sup>; Sánchez, E.<sup>1</sup>; Baladas, M.<sup>2</sup>; Paredes, C.<sup>2</sup>; Guirao, C.<sup>2</sup>; Ribo, M.<sup>1</sup>; Molina, C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Vall d'Hebron Institut Recerca.

**Objetivos:** La creciente presión sobre los servicios médicos, ha revelado la necesidad de métodos alternativos de atención hospitalaria. Nuestro objetivo es evaluar un programa monitorización virtual multimodal de hospitalización domiciliaria (NORAHOME) para pacientes con un accidente isquémico transitorio (AIT) o un ictus menor, como estrategia eficiente frente a la práctica clínica rutinaria (PCR).

**Material y métodos:** Estudio de cohorte prospectivo de pacientes consecutivos que, con sospecha de AIT o ictus menor, fueron atendidos en urgencias por un neurólogo entre el 1 de diciembre de 2020 y el 1 de junio de 2022 y completaron NORAHOME, se comparó con un grupo

control histórico de pacientes con sospecha de AIT o ictus leve que completaron hospitalización convencional (RCP) entre el 1 de junio y el 30 de noviembre de 2020.

**Resultados:** Se analizaron 430 casos, 215 pacientes en el grupo prospectivo se compararon con 215 controles. Edad media  $75,21 \pm 12,6$  años; 54,9% mujeres. En el grupo NORAHOME observamos una tasa de recurrencia del 2,3% (5 pacientes) y una mortalidad del 2,8% (6 pacientes) durante el seguimiento. En el grupo RCP el 6,5% (14 pacientes) presentó recurrencia y el 7% (15 pacientes) fallecieron. No se encontraron diferencias significativas en el riesgo de recurrencia, resultado funcional ni mortalidad entre los grupos.

**Conclusión:** NORAHOME es una estrategia segura en comparación con RCP. El desarrollo y la implementación de programas digitales de hospitalización domiciliaria probablemente pueden reducir costes hospitalarios directos y mejorar los resultados de salud autoevaluados y la experiencia con el sistema de atención médica en comparación con el RCP.

## Enfermedades cerebrovasculares IV

### 19569. ANÁLISIS DE MARCADORES ECOCARDIOGRÁFICOS Y ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN LA PREDICCIÓN DE FA A 3M TRAS ICTUS ISQUÉMICO

Marta Enguita, J.<sup>1</sup>; de la Riva Juez, P.<sup>1</sup>; Díez González, N.<sup>1</sup>; Equiza Bazán, J.<sup>1</sup>; González López, F.<sup>1</sup>; de Arce Borda, A.<sup>1</sup>; del Bosque Martín, C.<sup>2</sup>; Villanueva Benito, I.<sup>2</sup>; López de Turiso, A.<sup>1</sup>; Martínez Zabaleta, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea;

<sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea.

**Objetivos:** El electrocardiograma básico (ECG) y la ecocardiografía aportan información de la situación morfofuncional del corazón del paciente con ictus isquémico, pudiendo actuar como marcadores de cardiopatía auricular y predecir el riesgo de desarrollo de fibrilación auricular (FA).

**Material y métodos:** Registro observacional retrospectivo de 143 casos de ictus isquémico sin fibrilación auricular conocida atendidos entre 07/2022-05/2023 con variables clínico-demográficas, ecocardiográficas y electrocardiográficas así como de desarrollo de FA en los primeros 3 meses tras el ictus. Análisis estadístico multivariado mediante regresión logística.

**Resultados:** En un total de 36 pacientes se detectó FA en los 3 meses tras el ictus (25,2%). En estos pacientes se observó un aumento en el área de la aurícula izquierda (AI) en la proyección 4 cámaras [27 (23-32) vs. 19 (17-21) cm<sup>2</sup>;  $p < 0,01$ ] y en el volumen de la misma [91 (62-115) vs. 52 (38-62) ml;  $p < 0,05$ ] con una mayor frecuencia de valvulopatía aórtica (55 vs. 26%,  $p > 0,01$ ) y mitral (68 vs. 25%,  $p < 0,01$ ). No se encontraron sin embargo diferencias en las variables extraídas del ECG como amplitud y duración máxima de la onda p, duración media de la onda p o el segmento PR. Los valores de NT-proBNP en los pacientes se asociaron con el área (coeficiente de Pearson 0,37) y volumen (0,50) de AI. En el modelo multivariante, únicamente el área de AI se asoció al riesgo de FA en los primeros 3 meses [OR (IC95%): 1,25 (1,01-1,54),  $p < 0,05$ ].

**Conclusión:** El uso de variables ecocardiográficas permite mejorar la selección de pacientes a riesgo de desarrollo de fibrilación auricular en los primeros meses tras un ictus isquémico.