

$p < 0,001$ ; 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.

## 19980. ANÁLISIS DEL TROMBO INTRACRANEAL COMO PREDICTOR DE PATOLOGÍA CARDIOEMBÓLICA EN ICTUS CRIPTOGÉNICOS Y COMPARACIÓN CON BIOMARCADORES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Melgarejo Martínez, L.<sup>1</sup>; Juega, J.<sup>2</sup>; Palacio, C.<sup>3</sup>; Piñana, C.<sup>4</sup>; Rodríguez, D.<sup>2</sup>; Requena, M.<sup>4</sup>; García, A.<sup>2</sup>; Rodríguez, N.<sup>2</sup>; Rubiera, M.<sup>2</sup>; Muchada, M.<sup>2</sup>; Olivé, M.<sup>2</sup>; Rizzo, F.<sup>2</sup>; Molina, C.<sup>2</sup>; Pagola, J.<sup>2</sup>; Tomasello, A.<sup>4</sup>; Hernández, D.<sup>4</sup>; Ribo, M.<sup>4</sup>; de Dios, M.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>2</sup>Unidad de Ictus. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>3</sup>Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>4</sup>Servicio de Radiología Vascular Intervencionista. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** Evaluar la utilidad del análisis del trombo intracraneal como predictor de patología cardioembólica mayor (CE) en el ictus de etiología indeterminada y su aplicabilidad clínica.

**Material y métodos:** Estudio observacional, unicéntrico en ictus de etiología indeterminada tratados mediante trombectomía mecánica de junio/2020 a marzo/2023. Se analizaron los trombos por citometría de flujo obteniendo poblaciones leucocitarias, NT-proBNP en sangre venosa, marcadores de ecocardiografía y monitorización cardiaca de al menos 1 mes duración. Se analizaron variables basales, tratamientos de reperfusión y se correlacionó cada biomarcador como predictor de patología CE mayor.

**Resultados:** 82 pacientes. Sin diferencias en los datos basales, mediana 79 años. 75% (62/82) con patología CE (49/82 FA, 13/82 con cardiopatía estructural). Los ictus CE recibieron mayor proporción de fibrinólisis intravenoso (61 vs. 35%;  $p = 0,040$ ) y presentaron mayores niveles de NT-proBNP (1388 vs. 460,  $p < 0,01$ ), mayor área de Aurícula Izquierda (22 cm<sup>2</sup> vs. 19 cm<sup>2</sup>;  $p = 0,026$ ). Los trombos de ictus CE presentaron menor proporción de linfocitos (4,09 vs. 14,75,  $p < 0,001$ ) y mayor ratio monocito-linfocito (3,47 vs. 1,23,  $p < 0,001$ ) en comparación con los ictus criptogénicos. Las áreas debajo de la curva para rML, NT-proBNP y Área AI fueron de 0,812 (IC95% 0,699-0,897), 0,760 (IC95% 0,642-0,856) y 0,658 (0,533-0,769) respectivamente.

**Conclusión:** El trombo marcador ratio monocito-linfocito, el Nt-proBNP y el tamaño de aurícula izquierda están asociados a la detección de patología cardioembólica en los ictus de etiología indeterminada.

## 19207. ESTADO INFLAMATORIO SISTÉMICO Y RIESGO DE TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA POSTERIOR AL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

de la Riva Juez, P.<sup>1</sup>; Álvarez Agoues, K.<sup>2</sup>; Marta, J.<sup>1</sup>; Equiza Bazán, J.<sup>1</sup>; Díez González, N.<sup>1</sup>; González López, F.<sup>1</sup>; de Arce Borda, A.<sup>1</sup>; Garmendia, E.<sup>3</sup>; Larrea, J.<sup>3</sup>; Luttich, A.<sup>3</sup>; Sola Santos, A.<sup>1</sup>; Rodríguez-Antigüedad, J.<sup>4</sup>; Martínez Zabaleta, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; <sup>2</sup>Servicio de Medicina. Universidad del País Vasco; <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre el estado inflamatorio sistémico y la transformación hemorrágica (TH) en pacientes con ictus isquémico agudo que reciben tratamiento endovascular (TEV).

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes consecutivos con ictus isquémico agudo tratados con TEV entre marzo-2018 y agosto-2020. El estado inflamatorio se estudió en la analítica previa y posterior al TEV, incluyendo: leucocitos, neutrófilos, monocitos, linfocitos, plaquetas, ratio neutrófilo/linfocito y neutrófilo/plaqueta e índices SIRI (neutrófilos \* monocitos/linfocitos) y SII (plaquetas \* neutrófilos/linfocitos). La variable de resultado incluida fue cualquier grado de TH radiológica. Se realizaron análisis univariante y multivariante.

**Resultados:** Se incluyeron 229 pacientes, de los cuales 92 (40,4%) tuvieron algún tipo de TH. El análisis multivariante mostró que, dentro de las variables inflamatorias, los pacientes con TH presentaban menos linfocitos totales (1.820 vs. 2.190;  $p = 0,026$ ), mayor SII (1180 vs. 790;  $p = 0,042$ ) y mayor ratio neutrófilo/linfocito (5,14 vs. 3,55;  $p = 0,015$ ) en la analítica previa al TEV. No hubo diferencias significativas en los valores de la analítica posterior al TEV. Otras variables independientemente asociadas con la TH fueron la glucemia ( $p = 0,039$ ), una mayor puntuación en la escala NIH ( $p < 0,001$ ), y el tiempo in-le-reperfusion ( $p = 0,046$ ).

**Conclusión:** En nuestra cohorte, los pacientes con TH post-TEV presentan menor número de linfocitos, mayor ratio N/L y mayor SII previo al TEV, sugiriendo que un estado inflamatorio alterado en el momento del ictus se asocia a mayor riesgo de sufrir esta complicación.

## 19068. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DESPUÉS DE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. UN ESTUDIO BASADO EN LA POBLACIÓN

Iza Achutegui, M.; Olive Gadea, M.; Muchada López, M.; Rizzo, F.; Rodrigo Gisbert, M.; García Tornel, A.; Requena Ruiz, M.; Rodríguez Villatoro, N.; Juega Mariño, J.; Rodríguez Luna, D.; Pagola Perez de la Blanca, J.; Ribo Jacobi, M.; Colangelo, G.; Domínguez, D.; Brunet, J.; Molina Cateriano, C.; Rubiera del Fueyo, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** Las guías actuales recomiendan medidas para manejo de tensión arterial, HbA1c, control de niveles de lípidos y terapia antiagregante/anticoagulante en pacientes que han sufrido un ictus isquémico o accidente isquémico transitorio con el objetivo de reducir el riesgo de recurrencia. Nuestro objetivo es analizar el cumplimiento de las recomendaciones de la ESO (European Stroke Organization) en supervivientes de ictus isquémico en Cataluña.

**Material y métodos:** Recogimos datos de un registro poblacional, seleccionando pacientes con un diagnóstico de ictus isquémico o accidente isquémico transitorio atendidos en 88 centros sanitarios en Cataluña. Analizamos la media de TAS/TAD, HbA1c, niveles de colesterol-LDL, hábito tabáquico, consumo de enol y porcentaje de prescripción de antiagregación/anticoagulación a los 6 meses posteriores al ictus.

**Resultados:** Incluimos 39.494 pacientes, 54% eran hombres, siendo la media de edad 77 (67-87). La media de PAS fue de 133 (desviación estándar  $\pm 15$ ) mientras que la media de PAD fue de 75 ( $\pm 9$ ) mmHg. Tan solo un 34% de los pacientes cumplían el objetivo de PAD  $< 130$  mmHg, y 76% recibió tratamiento antihipertensivo. Respecto a los hábitos tóxicos, tanto el consumo habitual de enol como el hábito tabáquico fueron más frecuentes en el sexo masculino respecto al femenino (enol: 19,7% de hombres vs. 14,5% entre mujeres y tabaco: 60,4% de los hombres vs. 2,7% de mujeres). Entre los pacientes con diagnóstico fibrilación auricular, el 63% recibió tratamiento anticoagulante.

**Conclusión:** Tras 6 meses después de un ictus isquémico, en un porcentaje alto de pacientes no se cumplió con las recomendaciones de la ESO para la prevención secundaria de ictus.

## 19532. INFLUENCIA DE LA CIRCULACIÓN COLATERAL EN LA APARICIÓN DE TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA POSTROMBECTOMÍA MECÁNICA EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

Naya Ríos, L.<sup>1</sup>; Cajaraville Martínez, S.<sup>1</sup>; García Roca, L.<sup>1</sup>; Fernández Couto, M.<sup>1</sup>; Roel García, A.<sup>1</sup>; Feal Panceiras, M.<sup>1</sup>; López Fernández, M.<sup>1</sup>; Martínez Calvo, A.<sup>2</sup>; Seoane Dopico, M.<sup>2</sup>; Da Silva Candal, A.<sup>3</sup>; Sánchez Navarro, J.<sup>4</sup>; Castellanos Rodrigo, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario

A Coruña; <sup>3</sup>Servicio de Neurociencias. Instituto de investigación biomédica (INIBIC); <sup>4</sup>Departamento de Química. Universidad de Girona.

**Objetivos:** La aparición de transformación hemorrágica (TH) en pacientes con ictus isquémico agudo se relaciona con la hipoperfusión, variable que depende de la circulación colateral (CC). Nuestro objetivo es estudiar la relación entre el grado de CC y la recanalización arterial, y la aparición de TH, en pacientes con ictus isquémico tratados con trombectomía mecánica (TM).

**Material y métodos:** Se incluyeron 339 pacientes con ictus isquémico de arteria cerebral media tratados con TM. La CC se clasificó siguiendo la clasificación de Tahn *et al.* La TH se clasificó según criterios ECASSII (sintomática [THs] si aumentó al menos 4 puntos la puntuación en la NIHSS). La recanalización fue exitosa cuando se consiguió un TICl 2b, 2c o 3 pos-TM. La influencia de la CC en la aparición de TH se analizó en 4 grupos clasificados en función del grado de CC y la recanalización (buena CC-recanalización exitosa o no; mala CC-recanalización exitosa o no).

**Resultados:** En nuestra serie, 124 (36,6%) pacientes presentaron TH (sintomática en 10 [2,9%]). La TH fue más frecuente en el grupo de pacientes con mala CC y recanalización exitosa ( $p = 0,013$ ), grupo en que también fue más frecuente la TH. En el modelo de regresión, la mala CC asociada a recanalización exitosa se comporta como predictor independiente de TH (OR 1,783; IC95%, 1,041-3,054), aún más potente en la predicción de THs (OR 4,787; IC95%, 1,015-22,578).

**Conclusión:** La mala CC es un predictor independiente de TH sintomática pos-TM, especialmente si hay recanalización exitosa, información que puedes ser valiosa en la selección de pacientes a tratar.

#### 19507. PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN ARTERIAL OPERATIVA PARA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR UTILIZANDO TC PERFUSIÓN: CLASIFICACIÓN CAOVA

Sánchez Rodríguez, C.<sup>1</sup>; Ramos, C.<sup>1</sup>; Lorenzo Montilla, A.<sup>2</sup>; Berbegal Serralla, R.<sup>3</sup>; Vega, J.<sup>3</sup>; Alonso, C.<sup>3</sup>; Olmos, M.<sup>4</sup>; Sanabria, C.<sup>1</sup>; Somovilla, A.<sup>1</sup>; Iriarte, P.<sup>1</sup>; Reig, G.<sup>1</sup>; Ximénez-Carrillo, Á.<sup>1</sup>; Alonso, J.<sup>1</sup>; Vivancos, J.<sup>1</sup>; Trillo, S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla;

<sup>3</sup>Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario de la Princesa; <sup>4</sup>Servicio de Radiología. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

**Objetivos:** La clasificación de oclusión arterial en segmentos de ACM clásica puede resultar confusa y dificultar inferir el territorio vascular en riesgo de sufrir infarto. Nuestro objetivo es proponer una Clasificación Arterial Operativa según el Volumen Afectado (CAOVA) ponderando el orden de división arterial ocluido y el volumen hipoperfundido, tratando de identificar mejor la oclusión de una arteria dominante.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes tratados con trombectomía mecánica (TM) por ictus en territorio de ACM/T-carotidea. Se realizó una reclasificación prospectiva según el nivel de oclusión en función de las divisiones de ACM desde carótida terminal y segmento M1 (tronco no dividido) hasta M4 (arteria dividida previamente 3 veces). La CAOVA consideró el orden de división arterial junto con el número de territorios ASPECTS afectados en Tmax en software convencional (CAOVA-A) y como alternativa el volumen hipoperfundido en Tmax con RAPID (CAOVA-R), reclasificando como oclusiones más graves (probablemente dominantes) aquellas con territorios afectados o Tmax superiores a la media. Como medida de utilidad práctica se utilizaron el NIHSS y la diferencia mRS basal-3 meses (mRSb-3m).

**Resultados:** De 229 analizados, mediana NIHSS: 19 (RIC: 11-23). El análisis de NIHSS presentó  $\rho = -0,27$  ( $p < 0,001$ ) según clasificación clásica, CAOVA-A fue superior con  $\rho = -0,30$  ( $p < 0,001$ ) y al utilizar CAOVA-R se obtuvo una leve mejoría  $\rho = -0,31$  ( $p < 0,001$ ). En la

correlación de las clasificaciones con mRSb-3m no se identificó asociación con la clásica y sí con CAOVA-A y CAOVA-R ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** La clasificación CAOVA podría ser superior a la clásica, permitiendo la perfusión inferir de manera más clara el orden de arteria ocluida y su gravedad potencial al considerar el territorio vascular asociado.

#### 19999. ANÁLISIS DE LAS RECIDIVAS DE ICTUS PRE-POS INTRODUCCIÓN DE NUEVOS ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA CON REAL WORLD DATA

Escobar Rodríguez, G.<sup>1</sup>; Palomino García, A.<sup>2</sup>; Veas Lerdo de Tejada, M.<sup>3</sup>; Caballero García, M.<sup>4</sup>; Hernández Ramos, F.<sup>2</sup>; Torres Martín, J.<sup>5</sup>; Jiménez González, J.<sup>5</sup>; Jiménez Hernández, M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Innovación Tecnológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; <sup>3</sup>Innovación Tecnológica. Hospital Virgen del Rocío; <sup>4</sup>Servicio de Medicina. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; <sup>5</sup>Análisis de Datos. Drimay.

**Objetivos:** Comparar el comportamiento de la variable X, "Número de días transcurridos entre dos eventos consecutivos de ictus", en los periodos pre- y posintroducción de los nuevos anticoagulantes de acción directa para pacientes con Fibrilación Auricular (FA): apixabán, dabigatrán, rivaroxabán y edoxabán, introducidos progresivamente desde 2009-2010.

**Material y métodos:** Se ha utilizado la información registrada de 5751 pacientes con FA de la Base Poblacional de Salud de la provincia de Sevilla, evaluando dos periodos diferentes, 2002-2009 y 2010-2017, mediante técnicas usando lenguaje Python para el tratamiento de datos y cálculo de la Función de Distribución Empírica Acumulada (FDEA), el estadístico Kolmogorov-Smirnov para analizar si los datos proceden de la misma distribución y construcción del intervalo de confianza para la diferencia de proporciones.

**Resultados:** Siendo las poblaciones en los dos periodos similares, en el primer periodo los pacientes con FA fueron 1.506 y las recidivas fueron 180 (12%), y en el segundo periodo los pacientes con FA fueron 4245 y las recidivas fueron 589 (14%). Siendo F(x) y G(x) las FDEA de la variable X en el periodo 2002-2009 y 2010-2017, respectivamente, el p-valor del contraste para la igualdad de las FDEA es 0,003. Estamos ampliando estos resultados caracterizando los pacientes con FA y los tratamientos en ambos periodos.

**Conclusión:** El incremento observado de repeticiones en el periodo 2010-2017 se debe a una mayor detección y seguimiento de FA. Los resultados estadísticos revelan que, a un nivel de significación de 0,05, las distribuciones de las que provienen los datos son significativamente diferentes.

#### 19005. REGISTRO MULTICÉNTRICO DE PACIENTES CON OCLUSIÓN AGUDA DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA

Cruz Culebras, A.<sup>1</sup>; Vales Montero, M.<sup>2</sup>; Guillán Rodríguez, M.<sup>3</sup>; Oyanguren Rodeño, B.<sup>4</sup>; Serra Smith, C.<sup>5</sup>; Santos Sánchez de las Matas, L.<sup>3</sup>; González López, J.<sup>6</sup>; Contreras Martín, I.<sup>6</sup>; García Madrona, S.<sup>7</sup>; Matute Lozano, M.<sup>7</sup>; de Felipe Mimbrela, A.<sup>7</sup>; Gil Núñez, A.<sup>5</sup>; Masjuan Vallejo, J.<sup>7</sup>; Vera Lechuga, R.<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio

Marañón; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Torrejón; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón; <sup>6</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

**Objetivos:** Existe una evidencia escasa sobre el manejo adecuado de la oclusión de la arteria central de la retina (OACR). El reconocimiento precoz de esta patología y la protocolización de su manejo es funda-

mental en los sistemas de atención sanitaria puesto que el tratamiento precoz con alteplasa intravenosa puede mejorar el pronóstico visual al igual que ocurre con el ictus isquémico agudo.

**Material y métodos:** Registro observacional multicéntrico de pacientes con OACR detectados en urgencias de 4 hospitales con Unidad de Ictus mediante protocolo específico ("Código Retina"), desde noviembre 2021 a abril 2023. Dividimos a los pacientes en dos grupos (tratados mediante alteplasa intravenosa y manejo conservador).

**Resultados:** Registramos 46 pacientes detectados en 4 hospitales de la Comunidad de Madrid con Unidad de Ictus, de los cuales 15 (32,6%) recibieron alteplasa y 31 (67,3%) fueron manejados de forma conservadora. La agudeza visual (AV) basal en ambos grupos fue similar (el 86,9% de los pacientes presentaba una AV en rango de discapacidad visual, sin diferencias entre ambos grupos). En el grupo de casos tratados, 5 pacientes (33,3%) tenían una AV igual o superior a 0,7 a los 3 meses y 6 pacientes del grupo de tratamiento conservador mejoraron espontáneamente (19,3%) sin tratamiento en fase aguda.

**Conclusión:** La implementación de un protocolo que implique a oftalmología y neurología es crucial en los hospitales con Unidad de Ictus para detectar pacientes con OACR. La terapia trombolítica es factible y puede ser una opción de tratamiento para mejorar el pronóstico visual en estos pacientes.

## 19699. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE NEUROIMAGEN DE REPERFUSIÓN CLÍNICAMENTE INEFECTIVA EN PACIENTES CON RECANALIZACIÓN VASCULAR EXITOSA TRAS TROMBECTOMÍA MECÁNICA

García Díaz, A.<sup>1</sup>; Freixa Cruz, A.<sup>1</sup>; Gallego Sánchez, Y.<sup>1</sup>; Mauri Capdevila, G.<sup>1</sup>; Nieva Sánchez, C.<sup>1</sup>; Paul Arias, M.<sup>1</sup>; Ruiz Fernández, E.<sup>1</sup>; Salvany Montserrat, S.<sup>2</sup>; San Pedro Murillo, E.<sup>1</sup>; Sancho Saldaña, A.<sup>1</sup>; Vázquez Justes, D.<sup>1</sup>; Purroy García, F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; <sup>2</sup>Grup de Neurociències Clíniques, IRBLleida.

**Objetivos:** Se ha definido el concepto de reperfusión clínicamente inefectiva (RCI) como aquella en la que a pesar de conseguir una recanalización vascular exitosa no se observa un óptimo resultado funcional. Analizamos las variables clínicas y de neuroimagen relacionadas.

**Material y métodos:** Se seleccionaron de forma consecutiva entre mayo de 2021 y febrero de 2023 pacientes atendidos en nuestro centro como código ictus, con puntuación mRS basal < 3 sometidos a trombectomía mecánica, con mTICI final 2b-3. Los grupos del estudio se conformaron en función del resultado funcional a los 90 días (mRS ≤ 3 vs. mRS > 3). Se registraron variables sociodemográficas, factores de riesgo vascular, gravedad y etiología del ictus, nivel de oclusión y características del infarto en TC multimodal.

**Resultados:** Se incluyeron a 81 (7,0%) de 1.163 pacientes atendidos. Se definió una RCI en 49 (60,5%). Los pacientes RCI fueron significativamente mayores (76,2 [14,5] vs. 64,2 [14,5] años), con mayor proporción de episodios de hora desconocida (46,9 vs. 18,8%), gravedad inicial del ictus (NIHSS 19,0 [15,5-21,0] vs. 11,0 [5,5-19,0], ASPECTS < 6 (14,9 vs. 0%), número de pases (2,0 [1,3] vs. 1,5 [0,6]), mRs al alta (4,0 [3,0-4,5] vs. 2,0 [1,0-2,0]) y complicaciones infecciosas (52,4 vs. 10,3%). No se observaron diferencias significativas en el volumen inicial del infarto, mismatch, Tmax > 6 s, Tmax > 10 s y mTICI final.

**Conclusión:** La proporción de RCI es elevada. Nuestro estudio muestra qué características clínicas y de neuroimagen pueden diferenciar a aquellos pacientes que presentarán una RCI.

## 19261. DISPARIDADES DE SEXO/GÉNERO EN LOS RESULTADOS DESPUÉS DEL ICTUS

Taborda Ramírez, M.<sup>1</sup>; Rubiera del Fueyo, M.<sup>2</sup>; Muchada López, M.<sup>2</sup>; Colangelo, G.<sup>3</sup>; Purroy, F.<sup>4</sup>; Ustrell, X.<sup>5</sup>; Serena, J.<sup>6</sup>; Bustamante, A.<sup>7</sup>;

Barta, L.<sup>4</sup>; Canela, N.<sup>5</sup>; Pérez de la Osa, N.<sup>7</sup>; Ribo, M.<sup>2</sup>; Silva, Y.<sup>6</sup>; Cano, D.<sup>3</sup>; Molina Cateriano, C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>2</sup>Investigadores Harmonics. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>3</sup>Investigadores Harmonics. Nora Health; <sup>4</sup>Investigadores Harmonics. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; <sup>5</sup>Investigadores Harmonics. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; <sup>6</sup>Investigadores Harmonics. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; <sup>7</sup>Investigadores Harmonics. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

**Objetivos:** Las medidas de resultados informadas por el paciente (PROM) son claves en la atención médica y pueden identificar desigualdades sexo/género no detectadas por los clínicos. Nuestro objetivo fue evaluar los resultados post ictus isquémico agudo (IIA) según sexo/género.

**Material y métodos:** A pacientes con IIA de cinco hospitales participantes de HARMONICS (proyecto financiado por la UE), dados de alta o ingresados para rehabilitación, se les ofreció seguimiento digital multimodal a través del programa PROM-App (NORA, NoraHealth, Barcelona, España). La recolección de PROM a 7 y 90 días incluyó: HADs (ansiedad/depresión), PROMIS-10 (salud física y mental) y calidad de salud global (GHQ 0-100). Resultados adicionales incluyeron la escala modificada de Rankin (mRS) a 3 meses. Las diferencias de sexo/género obtenidas fueron evaluadas y ajustadas por factores de confusión.

**Resultados:** Desde 2020, 2.268 pacientes siguieron el programa NORA. 42,5% fueron mujeres, (78 vs. 71), mRS previo ictus (1 vs. 0), NIHSS basal (4 vs. 3) y mRS al alta/3 meses (3 vs. 2) (p < 0,05 para todos). Las mujeres mostraron peores PROM a nivel global y para cada puntuación mRS. El análisis ajustado por edad, gravedad del ictus y mRS al alta mostró al sexo femenino como predictor independiente de los PROM, excepto depresión (física: OR 2,4, IC 1,6-3,6; mental: OR 1,8, IC 1,2-2,8; ansiedad: OR 2,3, IC 1,3-3,8; GHQ: 1,7, IC 1,1-2,5; p < 0,05 para todos).

**Conclusión:** Se reportaron diferencias según sexo/género en nuestra serie de casos. Por lo cual resulta necesario reducir estas desigualdades mediante intervenciones específicas bajo una perspectiva sexo/género.

## 18983. FATIGA POSICTUS: CORRELACIONES CLÍNICAS Y NEUROANATÓMICAS

García Bouyssou, I.<sup>1</sup>; Massons, M.<sup>1</sup>; Laredo, C.<sup>2</sup>; Urra, X.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurociencias. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; <sup>2</sup>Servicio de Neurociencias. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS).

**Objetivos:** Evaluar la gravedad de la fatiga post ictus (FPI) en relación con los factores demográficos y clínicos basales, así como la localización y el tamaño de la lesión isquémica aguda en pacientes ingresados por un ictus isquémico, con el fin de establecer posibles predictores precoces de la FPI.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo de pacientes consecutivos ingresados en una unidad de ictus que disponían de una RM en las primeras 48 h. La FPI fue medida con la Fatigue Assessment Scale a los 6 meses post ictus. El protocolo de RM incluía imágenes de difusión y estructurales T1. Las imágenes se transfirieron al espacio estereotáxico (normalización DARTEL). Las lesiones isquémicas se segmentaron para cuantificar su volumen y corregistrarse con mapas de estructuras cerebrales. La relación entre la distribución de las lesiones y la ocurrencia de FPI se cuantificó mediante mapeo de síntomas de las lesiones basado en vóxeles.

**Resultados:** De 104 pacientes, 61 (59%) manifestaron FPI. El sexo femenino y el antecedente de diabetes mellitus se asociaron significativamente a la FPI, que no se relacionó ni con el volumen de la lesión ni con la lesión de ningún área cerebral específica.

**Conclusión:** La FPI es frecuente, incluso a los 6 meses del ictus. La ausencia de correlatos neuroanatómicos y su asociación con características demográficas como el sexo femenino sugieren un origen multifactorial que requiere mayor estudio.

### 19391. MICRORNAS COMO POTENCIALES BIOMARCADORES DE PLACA VULNERABLE: ESTUDIO DE CRIBADO Y SELECCIÓN DE CONTROLES ENDÓGENOS PARA LA VALIDACIÓN

Carballo Perich, L.<sup>1</sup>; Bashir Viturro, S.<sup>2</sup>; Terceño Izaga, M.<sup>2</sup>; Álvarez-Cienfuegos Rodríguez, J.<sup>2</sup>; Vera Monge, V.<sup>2</sup>; Murillo, A.<sup>2</sup>; Ortiz, E.<sup>2</sup>; Xifré Collsamata, F.<sup>3</sup>; Silva Blas, Y.<sup>2</sup>; Serena Leal, J.<sup>2</sup>; Gubern Mérida, C.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Investigación en Patología Cerebrovascular. Unidad de Ictus. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta (IDIBGI); <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Patología Cerebrovascular. Unidad de Ictus. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; <sup>3</sup>Grup de Recerca en Noves Diances Terapèutiques (Target Lab). Universitat de Girona; <sup>4</sup>Grup de Recerca en Patologia Cerebrovascular. Unidad de Ictus. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IDIBGI).

**Objetivos:** Identificar microRNAs diferencialmente expresados en plasma y placa de ateroma de una cohorte de cribado de pacientes con estenosis carotídea (EC) para determinar 1) si existe correlación entre los dos tipos de muestra e 2) identificar perfiles de microRNAs circulantes en pacientes con EC asintomática que a) diagnostiquen la presencia de placa de ateroma y b) pronostiquen si esta es vulnerable. Por otro lado, definir los microRNAs controles endógenos óptimos para normalizar y validar los resultados.

**Material y métodos:** Mediante análisis histológico se ha determinado el perfil de vulnerabilidad de las placas de ateroma. La expresión de 754 microRNAs (TaqMan-OpenArray) se ha analizado en 10 placas y 10 plasmas de pacientes con EC sintomática (Sx) > 70%, asintomática progresiva (ASxP) > 70% y asintomática estable (ASxE) > 70%, así como en 10 plasmas de sujetos control sin EC. La mejor combinación de microRNAs controles endógenos se ha determinado mediante el método 2-deltaCt y los programas geNorm y NormFinder.

**Resultados:** Las placas de pacientes con EC Sx y ASxP, respecto a EC ASxE, muestran un perfil de mayor vulnerabilidad. Se han identificado 46 microRNAs circulantes como potenciales biomarcadores diagnósticos de placa de ateroma. En plasma y placa se han identificado 6 y 7 microRNAs, respectivamente, como potenciales biomarcadores pronóstico de placa vulnerable, distintos en los dos tipos de muestra. Los microRNAs seleccionados como controles endógenos son también específicos para cada tipo de muestra.

**Conclusión:** Los resultados obtenidos dan soporte a la hipótesis de paciente vulnerable y muestran la importancia de seleccionar los controles endógenos adecuados para cada condición experimental.

### 19051. MIGRACIÓN Y RECANALIZACIÓN DE TROMBO DE GRAN VASO CON TENECTEPLASA VERSUS ALTEPLASA PREVIO A TROMBECTOMÍA MECÁNICA

García Alcántara, G.; Lorenzo Barreto, P.; Garay Albizuri, P.; Llanes Ferrer, A.; López Rebollo, R.; Moreno López, C.; Vera Lechuga, R.; García Madrona, S.; Matute, M.; de Felipe, A.; Masjuan Vallejo, J.; Cruz Culebras, A.

Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

**Objetivos:** El objetivo del estudio fue describir y analizar la tasa de migración/re canalización de trombos de gran vaso a segmentos distales en pacientes con ictus isquémico que recibieron trombólisis intravenosa (TIV) con tenecteplasa (TNK) versus alteplasa previo a trombectomía mecánica (TM), así como determinar si existe relación entre la migración del trombo y el pronóstico funcional del paciente.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio prospectivo de una serie de pacientes que presentaron un ictus isquémico con trombo de gran vaso desde abril de 2018 a abril de 2023 y fueron tratados con TIV (TNK o alteplasa divididos en 2 grupos diferentes) y trombectomía mecánica.

**Resultados:** Se incluyeron 196 pacientes en el estudio (96 recibieron TNK y 100 alteplasa). Se objetivó migración/re canalización del trombo en arteriografía en 25 pacientes (26%) en el grupo de TNK y en 10 pacientes (10%) en el de alteplasa, siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). La migración a un segmento muy distal ocurrió en 5 pacientes (22%) con TNK y en 2 pacientes (25%) con alteplasa, sin diferencias significativas ( $p > 0,05$ ). La migración del trombo no se asoció de forma significativa al Rankin a los 3 meses en ninguno de los grupos.

**Conclusión:** La tasa de migración/re canalización de trombo de gran vaso tras tratamiento fibrinolítico es superior de forma significativa con tenecteplasa que con alteplasa. Hemos observado que la migración de trombos a segmentos más distales, teóricamente menos accesibles con TM, no difiere entre ambos grupos y no se asocia de forma significativa con la discapacidad del paciente a los 3 meses.

## Enfermedades cerebrovasculares V

### 19794. LA REDUCCIÓN RÁPIDA, INTENSIVA, Y SOSTENIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL ASOCIA MENOR CRECIMIENTO DEL HEMATOMA Y MEJOR EVOLUCIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL EN PACIENTES CON HEMORRAGIA INTRACEREBRAL: ESTUDIO RAINS

Rodríguez Luna, D.<sup>1</sup>; Pancorbo Rosal, O.<sup>1</sup>; Llull, L.<sup>2</sup>; Silva, Y.<sup>3</sup>; Prats-Sánchez, L.<sup>4</sup>; Muchada, M.<sup>1</sup>; Rudilosso, S.<sup>2</sup>; Vera Cáceres, C.<sup>3</sup>; Ramos-Pachón, A.<sup>4</sup>; Hernández-Guillamon, M.<sup>5</sup>; Coscojuela, P.<sup>6</sup>; Blasco, J.<sup>7</sup>; Chamorro, A.<sup>2</sup>; Molina, C.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Neurociencias. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona;

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona;

<sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau;

<sup>5</sup>Grup de Recerca en Malalties Neurovasculars. Institut de Recerca Vall d'Hebron;

<sup>6</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

<sup>7</sup>Servei de Neuroradiologia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar la influencia del tiempo hasta la consecución del objetivo de PA en la evolución de los pacientes con HIC.

**Material y métodos:** RAINS fue un estudio de cohortes observacional, prospectivo y multicéntrico de pacientes con HIC < 6 horas y PAS  $\geq 150$  mmHg. Se realizó TC basal y 24 h, así como monitorización PA 24 h. La PA se controló con un protocolo Rápido (consecución de objetivo  $\leq 60$  minutos), INTensivo (PAS objetivo < 140 mmHg) y Sostenido (bolus seguido de perfusión continua). Se registró asimismo la variabilidad de PAS 24 h. Las variables respuesta incluyeron crecimiento sustancial del hematoma ( $> 6$  mL  $\rightarrow$  33%, principal), deterioro neurológico precoz (DNP,  $\Delta$ NIHSS 24 h  $\geq 4$ ) y mRS ordinal 90d. Los análisis se ajustaron por edad, sexo, anticoagulación, tiempo de evolución, volumen de HIC y extensión intraventricular.

**Resultados:** Incluimos 312 pacientes: 178 (57,1%) consiguieron objetivo PAS  $\leq 60$  minutos. La variabilidad PAS 24 h fue 21,1 (15,6-25,0) mmHg. La consecución del objetivo PAS  $\leq 60$  minutos redujo el riesgo de crecimiento sustancial del hematoma (aOR 0,43, IC95% 0,23-0,77), de DNP (aOR 0,43, IC95% 0,23-0,77) y de peores puntuaciones mRS 90 d (aOR 0,48, IC95% 0,32-0,74). Una mayor variabilidad PAS 24 h no se relacionó con crecimiento (aOR 1,01, IC95% 0,99-1,04), pero asoció mayores tasas de DNP (aOR 1,05, IC95% 1,02-1,07) y puntuaciones mRS 90 d (aOR 1,02, IC95% 1,01-1,04).