

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

¹Grupo de Investigación en Patología Cerebrovascular. Unidad de Ictus. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta (IDIBGI); ²Grupo de Investigación en Patología Cerebrovascular. Unidad de Ictus. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; ³Grup de Recerca en Noves Diances Terapèutiques (Target Lab). Universitat de Girona; ⁴Grup 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.¹; Pancorbo Rosal, O.¹; Llull, L.²; Silva, Y.³; Prats-Sánchez, L.⁴; Muchada, M.¹; Rudilosso, S.²; Vera Cáceres, C.³; Ramos-Pachón, A.⁴; Hernández-Guillamon, M.⁵; Coscojuela, P.⁶; Blasco, J.⁷; Chamorro, A.²; Molina, C.¹

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

²Servicio de Neurociencias. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona;

³Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona;

⁴Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau;

⁵Grup de Recerca en Malalties Neurovasculars. Institut de Recerca Vall d'Hebron;

⁶Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

⁷Servei 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 ≥ 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 ≤ 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, Δ NIHSS 24 h ≥ 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 ≤ 60 minutos. La variabilidad PAS 24 h fue 21,1 (15,6-25,0) mmHg. La consecución del objetivo PAS ≤ 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).

Conclusión: La consecución del objetivo de PAS intensiva dentro de 60 minutos y el mantenimiento estable en las primeras 24 h asocia un menor crecimiento del hematoma y una mejor evolución clínica y funcional en pacientes con HIC.

19505. EFECTO DE LA EDAD BIOLÓGICA EN LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES Y MAL PRONÓSTICO EN LA HSA ANEURISMÁTICA: NO SIEMPRE SER MÁS JOVEN FUE MEJOR

Macías Gómez, A.¹; Jiménez Balado, J.¹; Suárez Pérez, A.¹; Fernández Pérez, I.²; Vallverdú Prats, M.¹; Peris Subiza, J.³; Vidal Notari, S.³; Guimaraens Martínez, L.⁴; Sánchez Ortega, J.⁵; Guisado Alonso, D.²; Ois Santiago, Á.⁶; Rodríguez Campello, A.⁶; Giralt Steinhauer, E.⁶; Jiménez Conde, J.⁶; Cuadrado Godia, E.⁶

¹Servicio de NEUVAS. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); ²Servicio de Neurología. NEUVAS. Hospital del Mar. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); ³Servicio de Neurología. Hospital del Mar; ⁴Servicio de Neuroangiografía Diagnóstica y Terapéutica. Hospital del Mar; ⁵Servicio de Neurocirugía. Hospital del Mar; ⁶Servicio de Neurología. NEUVAS. Hospital del Mar. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM).

Objetivos: Analizar la asociación entre la edad biológica (edad-B) y el desarrollo de complicaciones y mal pronóstico en pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa).

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con HSAa y datos de metilación del ADN (Illumina-EPIC) en sangre periférica. La edad-B se determinó mediante fórmulas validadas previamente (Hannum, Horvath y Levine), calculándose la aceleración de la edad (AcEdad) como la diferencia entre la edad-B y cronológica. Se evaluaron las diferencias en la AcEdad en función de la presencia de complicaciones (vasoespasmos, isquemia cerebral tardía [ICT] y edema cerebral) y el pronóstico funcional a los 3 meses (modified Rankin Scale > 3) mediante un modelo de ANCOVA, ajustando por diferentes covariables asociadas a la AcEdad.

Resultados: Se incluyeron 277 pacientes. Las complicaciones que mostraron resultados significativos fueron: vasoespasmos, con una menor AcEdad (AcEdadLevine: 0,78 vs. -0,76; $p = 0,016$); y por otro lado, edema cerebral (AcEdadHannum: 0,47 vs. 1,85; $p = 0,009$) y pronóstico funcional desfavorable (AcEdadHannum: 0,37 vs. 0,60; $p = 0,014$), ambos con una mayor AcEdad. No se observaron diferencias con la presencia de ICT de forma global, aunque los pacientes con ICT sin vasoespasmos presentaron una mayor AcEdad respecto aquellos con ICT y vasoespasmos (AcEdadHorvath: 1,97 vs. -1,21; $p = 0,015$).

Conclusión: Los pacientes con vasoespasmos son más jóvenes biológicamente, sucediendo lo contrario con la presencia de edema y el pronóstico desfavorable. Además, la aparición de ICT presenta diferencias en la AcEdad según la presencia o ausencia de vasoespasmos, lo cual podría indicar la existencia de mecanismos fisiopatológicos distintos.

19149. TERAPIA ENDOVASCULAR VS. TERAPIA MÉDICA PARA EL ICTUS AGUDO POR OCLUSIÓN AISLADA DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA CERVICAL: UN ESTUDIO A TRAVÉS DEL REGISTRO NORDICTUS

González Feito, P.¹; Tejada García, J.¹; Beltrán Rodríguez, I.¹; Ruiz Hernández, A.²; Fernández Martínez, A.³; Romero Alonso, D.³; Arenillas Lara, J.⁴; López Cancio, E.⁵; Castañón Apilánez, M.⁵; García Sánchez, J.⁶; Tejero Juste, C.⁷; Echavarría Íñiguez, A.⁸; Freijo Guerrero, M.⁹; Tejada Meza, H.¹⁰; Martínez Zabaleta, M.¹¹; Santos Canelles, H.¹²; Rodríguez Yáñez, M.¹³; Timiraos Fernández, J.J.¹⁴

¹Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León; ²Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León; ³Servicio de Radiología. Complejo Asistencial Universitario de León; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias;

⁶Servicio de Neurología. Hospital de Basurto; ⁷Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa; ⁸Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos; ⁹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; ¹⁰Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet; ¹¹Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea; ¹²Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; ¹³Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago; ¹⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Araba.

Objetivos: El tratamiento óptimo para el ictus agudo secundario a la oclusión aislada de carótida interna cervical (OACIC) carece de evidencia obtenida de ensayos. Nuestro objetivo fue evaluar el uso de las terapias de reperusión en pacientes con OACIC.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con OACIC procedentes del registro NORDICTUS (12 centros), periodo 30/11/2017 al 16/01/2023. Se clasificaron según la opción terapéutica (TEV/rt PA) y la gravedad del déficit (NIHss ingreso ≥ 6).

Resultados: Se incluyeron 64 pacientes (mediana 73 años): 40 recibieron TEV (10 combinado rtPA) y 24 rtPA. Los pacientes con TEV presentaban un mayor déficit que el grupo de rtPA (NIHss ingreso) [18 (12-19) vs. 6,5 (4,25-12), $p < 0,001$]. Las tasas de hemorragia sintomática y mortalidad fueron de 6,3 y 20,3%. El grupo rtPA presentó mejor pronóstico (mR ≤ 2) que el de TEV (62,5 vs. 37,5%; $p = 0,093$). En el análisis según NIHss ≥ 6 no se encontraron diferencias entre rtPA ($n = 13$) y la TEV ($n = 38$) [mR ≤ 2 53,8 vs. 34,2%; OR 1,5 (0,8-3,0) $p = 0,35$]. En el grupo TEV el tiempo de procedimiento [(mR ≤ 2 : mediana 40 minutos (30-84) vs. mR > 2: 90 (39-125); $p = 0,046$] y grado de colaterales se asociaron significativamente con mejor resultado [(grado > 50%, mR ≤ 2 60,9 vs. grado < 50%, mR ≤ 2 0%; $p = 0,041$].

Conclusión: En la OACIC el tratamiento médico ofrece mejor resultado que la TEV, aunque la selección de pacientes varía según la gravedad inicial del ictus. El tiempo de procedimiento y la colateralidad son variables que influyen en el resultado de la TEV.

20017. FACTORES ASOCIADOS A STENT INTRACRANEAL DURANTE EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR POR OCLUSIÓN DE GRAN VASO TRAS FALLO DE RECANALIZACIÓN POR DISPOSITIVOS CONVENCIONALES

Flores Flores, A.¹; Seró Ballesteros, L.¹; Avivar, Y.¹; Pellisé, A.¹; Estrada, E.¹; Requena, M.²; Molina Cateriano, C.²; Cardona, P.³; Pérez de la Ossa, N.⁴; Martí-Fàbregas, J.⁵; Chamorro, A.⁶; Purroy, F.⁷; Serena, J.⁸; Cánovas, D.⁹; Abilleira, S.¹⁰; Ribó, M.²; Ustrell, X.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; ²Servicio de Neurología. Hospital Vall d'Hebron; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitari Bellvitge; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germanas Trias i Pujol; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitari Sant Pau; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Clínic de Barcelona; ⁷Servicio de Neurología. Hospital Arnau de Vilanova; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitari Josep Trueta; ⁹Servicio de Neurología. Parc Taulí Hospital Universitari; ¹⁰Pla director malalties vasculars cerebrals.

Objetivos: Los factores que intervienen en la decisión de colocación de un stent intracraneal como tratamiento de rescate durante el tratamiento endovascular por oclusión de gran vaso no están claramente definidos. El objetivo de este estudio fue determinar que variables se relacionan a stent intracraneal tras recanalización fallida por dispositivos convencionales.

Material y métodos: Datos extraídos del Registro Catalán de Códigos Ictus en el periodo 2019-2022. Se han seleccionado pacientes con recanalización fallida (TICI $\leq 2a$) mediante dispositivos convencionales. Se han determinado dos grupos en función de recibir rescate con stent intracraneal. Análisis univariante y multivariante fue realizado para determinar las variables asociadas a stent intracraneal.

Resultados: De 980 pacientes incluidos, 141 (14,3%) no recanalizaron con dispositivos convencionales. De estos, 44,7% recibió *stent* intracraneal de rescate. En el análisis univariante, pacientes con *stent* intracraneal tuvieron mayor tasa de oclusión del segmento terminal de la arteria-carótida-interna (15,8 vs. 5,1%, $p = 0,01$) y basilar (14,2 vs. 2,5%, $p = 0,004$) e ictus del despertar (60,3 vs. 26,9%, $p < 0,001$) y menor tasa de oclusión del segmento-M2 (7,9 vs. 17,9%, $p = 0,005$), fibrilación auricular (3,1 vs. 17,9%, $p = 0,02$), media de edad (65,8 vs. 72,7, $p = 0,001$) y número de pases (mediana 3 [RIQ: 2-3] vs. 3 [RIQ: 2-5], $p = 0,017$). En el análisis multivariante, menor edad (OR: 0,954, IC95%: 0,912-0,997, $p = 0,037$) e ictus del despertar (OR: 7,346, IC95%: 2,412-22,368, $p < 0,001$) fueron factores independientes asociados a *stent* intracraneal.

Conclusión: En pacientes con recanalización fallida por dispositivos convencionales, la presentación de ictus del despertar y una menor edad se asociaron de forma independiente a *stent* intracraneal. Sobre si la asociación del *stent* intracraneal con ictus del despertar podría estar relacionada a la etiología o una mayor disponibilidad de recursos logísticos y personales relacionados al horario es pasible de más estudios.

19909. ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3 CIRCULANTES Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON HEMORRAGIA INTRACEREBRAL

Xuclà Ferrarons, T.¹; Sala Vila, A.²; Gubern Mérida, C.³; Lázaro, I.⁴; Escanellas, A.⁴; Serena Leal, J.⁵; Martínez Sancho, J.⁶; Terceño, M.⁵; Bashir, S.¹; Vera Monge, V.¹; Murillo, A.¹; Cienfuegos, J.¹; Silva Blas, Y.¹

¹Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; ²Grupo de Riesgo Cardiovascular y Nutrición. IMIM-Hospital del Mar; ³Grupo de Investigación en Patología Cerebrovascular. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta (IDIBGI); ⁴Grupo de Riesgo Cardiovascular y Nutrición. IMIM-Hospital del Mar; ⁵Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; ⁶Servicio de Estadística. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta (IDIBGI).

Objetivos: La ingesta de ácidos grasos omega-3 (EPA y DHA) se ha asociado con protección frente a eventos isquémicos gracias a sus propiedades antiagregantes. No obstante, existe la creencia que pueden amplificar el daño en eventos hemorrágicos. En muestras de pacientes ingresados por hemorragia intracerebral, hemos investigado si los niveles de omega-3 en sangre (un marcador intracerebral [HIC] objetivo de la ingesta) se asocian con un peor pronóstico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional de 122 pacientes consecutivos admitidos prospectivamente en nuestro hospital. Se determinó el porcentaje de EPA y DHA en fosfolípidos de suero por cromatografía de gases. Se recogieron datos clínicos y de neuroimagen (crecimiento del hematoma > 33% y/o 6 ml a las 24-72 horas; mortalidad intrahospitalaria y mortalidad a 90 días). Se crearon modelos de regresión logística binaria.

Resultados: En esta cohorte (edad media, 71 ± 13 años; 62% hombres), la mortalidad intrahospitalaria fue del 15,6%, y del 23,9% a los 90 días. Un 31,3% de los pacientes sufrió un crecimiento del hematoma. El porcentaje de EPA en sangre al ingreso se asoció con una menor mortalidad intrahospitalaria (modelo univariante, *odds ratio* [OR] = 0,12; intervalo de confianza del 95% [IC] = 0,01-0,89, $p = 0,035$; modelo ajustado por edad, NIHSS y volumen del hematoma, OR = 0,073; IC = 0,00-1,09, $p = 0,092$). No se observaron otras asociaciones relevantes.

Conclusión: En pacientes con hemorragia cerebral, los niveles en sangre de EPA y DHA en el ingreso no se asocian con peor pronóstico. La asociación de EPA con menor mortalidad intrahospitalaria abre la puerta a futuras investigaciones.

19415. HEMATOPOYESIS CLONAL DE POTENCIAL INDETERMINADO (CHIP) EN RELACIÓN CON LA ETIOLOGÍA DEL ICTUS ISQUÉMICO

Lázaro Hernández, C.¹; Lozano Iragüen, P.²; Montoro Gómez, M.³; Polomo Sanchis, L.³; Pellín Jou, C.³; Campos Zarraquiños, J.³; García-Tornel García-Cambra, Á.¹; Juega Mariño, J.¹; Pagola Pérez de la Blanca, J.¹; Molina Cateriano, C.¹; Rubiera del Fueyo, M.¹

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

²Servicio de Neurología. Clínica Dávila. Universidad de los Andes;

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

Objetivos: Analizar la relación entre la presencia de hematopoyesis clonal de potencial indeterminado (CHIP) con la etiología del ictus isquémico.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes consecutivos que padecieron un ictus isquémico entre septiembre 2021 a agosto 2022. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de etiología cardioembólica (CE), aterotrombótica (AT) y criptogénica (CRIP), tras completar el estudio etiológico. La analítica se extrajo durante el ingreso del paciente y se analizaron 13 genes relacionados con CHIP, considerando positivo una frecuencia de variante alélica > 2%. Aquellos que presentaron un doble mecanismo, estudio incompleto o se encontraban afectos de una neoplasia activa fueron excluidos.

Resultados: Se analizaron las muestras de 78 pacientes (50% mujeres, edad media 73,5 años) los cuales se clasificaron etiológicamente en: 37 CE (47,5%), 33 AT (42,3%) y 8 CRIP (10,3%). Veintiún pacientes presentaban CHIP (31,3%), de los cuales predominaron las mutaciones: DNMT3A (47,6%), TET2 (28,5%) y SRSF3 (14,2%). Los pacientes diagnosticados de ictus de etiología cardioembólica presentaron mayor frecuencia de CHIP ($p = 0,046$) CE 14/37 (37,8%) vs. AT 6/33 (18,2%) vs. CRIP 1/8 (12,5%); concretamente de la mutación TET2 ($p = 0,015$): CE 6/37 (16,2%) vs. AT 0/33 (0%) vs. CRIP 0/8 (0%). En el análisis multivariante la mutación TET2 se asoció con la etiología cardioembólica con independencia de la edad, coronariopatía y factores de riesgo cardiovascular clásicos (OR 8,1; IC 1,35-48,47; $p = 0,012$).

Conclusión: La presencia de la mutación TET2 se asocia a una etiología de ictus cardioembólico, podría constituir un nuevo factor de riesgo que contribuya a la predicción etiológica del ictus de forma más precisa.

18778. CIERRE DEL APÉNDICE AURICULAR EN PACIENTES CON HEMORRAGIA INTRACEREBRAL Y FIBRILACIÓN AURICULAR: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

Albertí Vall, B.¹; Moliner Abós, C.²; Lambea Gil, Á.¹; Fernández Vidal, J.¹; Toscano Prats, C.¹; Borrell Pichot, M.¹; Mederer Fernández, T.¹; Guasch Jiménez, M.¹; Ezcurra Díaz, G.¹; Sainz Torres, R.¹; Arzamendi Aizpurua, D.²; Millán Álvarez, X.²; Martí Fàbregas, J.¹

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

²Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos: Los pacientes con fibrilación auricular (FA) y hemorragia intracerebral (HIC) tienen un alto riesgo de eventos isquémicos y recurrencias de HIC. El cierre del apéndice auricular izquierdo (CAAI) es una alternativa terapéutica. Presentamos la experiencia de nuestro centro en este procedimiento.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo de pacientes con HIC y FA a quienes se realizó CAAI. El riesgo de eventos isquémicos y hemorrágicos se estimó mediante las puntuaciones CHA2DS2-VASc y HAS-BLED. Se han analizado características radiológicas, complicaciones del procedimiento, eventos vasculares durante el seguimiento y tratamiento antitrombótico prescrito. En los pacientes con RM disponible se ha analizado la presencia de microsangrados.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes (edad media $76,6 \pm 7,6$ años, 73% hombres). El procedimiento fue exitoso y seguro en todos los pacientes y se realizó en un plazo inferior a 30 días desde la HIC en 15 (37%) de ellos. Tras un seguimiento de 46,2 meses [RIQ 26-69], se observó recurrencia de HIC en 6 pacientes, y en todos ellos la HIC inicial era lobular. Los eventos isquémicos fueron menos frecuentes de lo esperado (7,5 vs. 16,6%, $p = 0,045$), y la frecuencia de HIC recurrente fue similar a la esperada (20 vs. 23,4%, $p = 0,63$). En RM se detectaron microsangrados en 68% (9 corticales, 1 profundo, 5 mixtos).

Conclusión: En pacientes con HIC y FA, el CAAI parece ser un procedimiento seguro y eficaz para evitar eventos isquémicos, incluso cuando se realiza de forma precoz. El riesgo de recurrencia de HIC continúa siendo alto, y parece estar relacionado con angiopatía amiloide cerebral subyacente.

19079. MANEJO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR TRAS SUFRIR UNA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL: EL DILEMA DE REINICIAR O NO LA ANTICOAGULACIÓN

Uriz Bacaicoa, O.; García Pastor, A.; Iglesias Mohedano, A.; Vales Montero, M.; Vázquez Alén, P.; Fernández Bullido, Y.; Díaz Otero, F.; Gil Núñez, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: El manejo de pacientes con fibrilación auricular (FA) tras una hemorragia intracraneal (HIC) es controvertido. Nuestro objetivo fue comparar la tasa de ictus isquémicos (IS) o episodios hemorrágicos según el tratamiento preventivo elegido en pacientes con FA tras una HIC.

Material y métodos: Realizamos un estudio unicéntrico retrospectivo, incluyendo pacientes con HIC y FA ingresados en una Unidad de Ictus. Los pacientes se clasificaron según el tratamiento preventivo prescrito como “no reinicio de anticoagulación” (NRA) o “reinicio de anticoagulación” (RA). El objetivo principal fue la tasa acumulada de HIC, IS, cualquier sangrado intra o extracraneal (CS) o cualquier episodio isquémico o hemorrágico (CE) a 3 años de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 116 pacientes, 62 (53,5%) en el grupo NRA, 54 (46,5%) en RA. Edad media 79,6 años (DE 7,6), 72 varones (62,1%). Mediana NIHSS basal: 7 (RIC 3-13). No se observaron diferencias significativas en las características basales entre los 2 grupos. La mediana de tiempo entre HIC y RA fue de 38 días (RIC 21-121). La tasa acumulada de IS fue mayor en el grupo NRA (37,2% [IC95% 11,5-62,9] frente 9,7% [0-20,5%] $p = 0,006$); así como la de CE (53,1% [29,4-76,8] frente 31,7% [16,8-46,6%] $p = 0,019$). No hubo diferencias en la tasa de HIC o CS. En la regresión de Cox ajustada por edad y NIHSS basal, NRA se asoció con mayor riesgo de CE (Hazard ratio = 2,45 [1,14-5,26]).

Conclusión: NRA se asoció con mayor riesgo de IS o CE mientras que RA no mostró un aumento de riesgo de episodios hemorrágicos durante el seguimiento.

19527. ASOCIACIÓN ENTRE LA ACELERACIÓN DE LA EDAD BIOLÓGICA Y EL RIESGO A LARGO PLAZO DE EVENTO CARDIOVASCULAR DESPUÉS DE UN ICTUS

Suárez Pérez, A.¹; Ois Santiago, Á.²; Macías Gómez, A.¹; Fernández Pérez, I.²; Vallverdú Prats, M.¹; Giralt Steinhauer, E.²; Rodríguez Campello, A.³; Cuadrado Godia, E.²; Guisado Alonso, D.³; Susín Calle, S.³; Bojtos, L.³; Jiménez Conde, J.²; Jiménez Balado, J.¹

¹Servicio de Neurología. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); ²Servicio de Neurología. Hospital del Mar. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); ³Servicio de Neurología. Hospital del Mar.

Objetivos: Nuestro objetivo fue explorar la relación entre el envejecimiento biológico y la incidencia de eventos cardiovasculares a largo plazo (ECV) tras sufrir un primer ictus.

Material y métodos: Cohorte de 290 pacientes diagnosticados de ictus entre los años 2011-2014 con seguimiento hasta diciembre 2022. El evento principal fue la hospitalización por cualquier ECV según las definiciones aceptadas internacionalmente. Se estimó la edad biológica mediante cinco relojes epigenéticos (Levine, Hannum, Horvath, BLUP, EN). La aceleración de la edad se calculó como la diferencia entre la edad cronológica y la edad biológica, eliminando el efecto de la edad cronológica. Se analizaron también el sexo, los factores de riesgo vascular, la clasificación etiológica y la discapacidad tras el ictus.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 75 años [64,2-81,0]. Se registraron 75 ECV (25,9%), representando una ratio de eventos del 28,9% (IC95%: 23,1-34,2). Debido a una alta tasa de mortalidad no cardiovascular, los datos se censuraron a los 5 años, siendo el seguimiento medio de 3,72 años. Se observó una asociación entre los ECV y la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la insuficiencia cardíaca. La mayor incidencia de ECV se asoció de manera independiente con la aceleración de la edad según el reloj de Levine (HR = 1,03; $p = 0,043$), con un incremento del 3% en el riesgo de ECV por año de aceleración de la edad biológica.

Conclusión: Nuestros hallazgos sugieren una relación entre la aceleración de la edad biológica y el riesgo de ECV a largo plazo.

19452. FATIGA POSICTUS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA SIN FOCALIDAD NEUROLÓGICA RESIDUAL

Paños Basterra, P.¹; Estallo Guijarro, L.²; Reig Rosellones, G.³; Romero del Rincón, C.¹; Iriarte Uribe-Echeverría, P.¹; Vivancos, J.¹; Nombela Merchán, F.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa; ²Servicio de Neurología. Universidad Autónoma de Madrid; ³Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de aparición de fatiga posictus y sus posibles factores predictores en pacientes con HSA espontánea sin focalidad ni afectación motora residual en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal en una cohorte de pacientes ingresados en nuestro hospital terciario entre 2020 y 2022. Se realizó una evaluación telefónica mediante las escalas validadas FSS, MFIS, PHQ-9 y EuroQoL-5D. Se recogieron datos de variables demográficas, clínicas y de hábitos de vida.

Resultados: 38 cumplieron criterios de inclusión y N = 28 aceptaron participar. Media edad 58,82 años (DE = 14,31). 60,7% mujeres. Mediana meses desde evento 14. Encontramos fatiga en el 35,7% (n = 10) de la muestra según FSS (punto corte ≥ 4) y 32,1% (n = 9) según MFIS (punto corte ≥ 38). La edad > 65 años ($p = 0,017$), ausencia de vasoespasma moderado ($p = 0,037$) y ausencia de cefalea residual ($p = 0,06$) fueron factores protectores de fatiga. La disminución de la actividad física tras HSA ($p < 0,001$), mayor ganancia de peso tras HSA ($p = 0,032$) y el sedentarismo previo a HSA ($p < 0,05$) se asociaron a mayor puntuación en las escalas. La presencia de depresión (PHQ-9 ≥ 5) se asociaba significativamente con fatiga (OR = 2 para FSS y OR = 2,8 para MFIS). Los pacientes con mayor fatiga psicosocial no lograron reincorporarse al trabajo. Encontramos correlación inversa entre calidad de vida (EQ-5D) y fatiga FSS (-0,37, $p = 0,05$) y MFIS (-0,49, $p < 0,05$).

Conclusión: Más del 30% de pacientes con HSA sin focalidad residual podrían presentar fatiga posictus durante el seguimiento, afectando predominantemente a pacientes en edad laboral y a su calidad de vida. La actividad física y control de peso podrían ser un ámbito de actuación preventivo o terapéutico, a valorar en futuros estudios.

18975. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS DE HSA PERIMESENCEFÁLICA NO ANEURISMÁTICA

Navarro Mocholí, E.; Pedrero Prieto, M.; Román Alcañiz, J.; Tarruella Hernández, D.; Fortea Cabo, G.; Vielba Gómez, I.; Morales Caba, L.; Escudero Martínez, I.; Tembl Ferrairo, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Objetivos: La hemorragia subaracnoidea perimesencefálica no aneurismática (HSApna) aúna aquellas que cumplen con un patrón de distribución radiológico asociado a presentación clínica benigna, menos complicaciones y buen pronóstico. Nuestro objetivo es describir las características clínicas, radiológicas y pronósticas de pacientes con HSApna.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de HSApna ingresados en un hospital terciario de la Comunidad Valenciana 2019-2022.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes con HSApna de 828 HSA totales (3,5%). 38% mujeres, mediana de edad 50 años. El 31% se presentó en contexto de esfuerzo, predominantemente por la tarde (38%). El síntoma más frecuente fue cefalea (72%). El 69% ingresaron con nivel de consciencia íntegro. En el TC simple, 52% puntuó 3 en la escala Fisher modificada. En ningún paciente se evidenció aneurisma en el estudio angiográfico inicial. 24 pacientes tienen estudio vascular de control sin aneurisma. Entre los hallazgos asociados encontramos: cavernomas (n = 3), microdilataciones del top de la basilar (n = 2) e hipoplasia de vena yugular (n = 1). El 62% presentaron complicaciones, siendo el vasoespasma la más frecuente (45%). En el seguimiento, 86% puntúan mRS 0-2 y 59% aqueja secuelas, 94% leves.

Conclusión: La HSApna tiene buen pronóstico funcional, aunque asocia secuelas leves que teniendo en cuenta la edad de los pacientes, se convierte en un factor a valorar. No es infrecuente que se presenten con un Fisher elevado, lo que asocia más vasoespasma, aunque la mayoría es silente y con baja morbilidad. En nuestra serie, se hallaron algunas variantes propuestas en la literatura como posibles causas de HSApna.

19616. APLICACIÓN DE MARCADORES ANALÍTICOS, CARDIOLÓGICOS Y DE IMAGEN MOLECULAR PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DEL ICTUS ISQUÉMICO DE ORIGEN CRIOGÉNICO. RESULTADOS DEL ESTUDIO CRÍPTICO

García-Cabo Fernández, C.¹; Benavente Fernández, L.¹; del Amor, B.¹; Vigil, C.²; Bernardo, Á.³; González, G.¹; Rico Santos, M.¹; González Delgado, M.¹; Larrosa Campo, D.¹; Castañón Apilánez, M.¹; López-Cancio, E.¹; Calleja Puerta, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias;

²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Central de Asturias; ³Servicio de Hematología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: El ictus criptogénico (IC) contabiliza un tercio de los ictus isquémicos y una elevada tasa de recurrencia. Numerosos proyectos se afanan en la detección de fibrilación auricular (FA) u otras fuentes embólicas ocultas en pacientes con IC. Hipotetizamos que determinadas pruebas analíticas, de imagen y cardiológicas realizadas individualmente o en el seno de un algoritmo diagnóstico podrían facilitar el abordaje de los IC.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, que incluye pacientes con IC. Se recogen variables clínicas, radiológicas y pronósticas, así como parámetros analíticos específicos (d-dímero, monómeros de fibrina, NTproBNP), de imagen (PET-FDG, signo de los tres territorios) y cardiológicos (volumen y diámetro de la aurícula izquierda (AI), fuerza terminal de la onda p, registro-ECG *wearable* de 21 días). **Resultados:** Se incluyeron 170 pacientes con edad media de 72 años. De acuerdo con el protocolo del estudio, hubo un 34% de IC que pasa-

ron a otra categoría etiológica conocida (18% cardioembólicos con FA diagnosticada a partir del registro ECG de 21 días; 16% causa infrecuente por cáncer oculto a partir del PET-TC). La dilatación de la AI, la fuerza terminal de la onda p y los niveles de NTproBNP a las 2 semanas se asociaron significativamente con la aparición de FA así como los niveles de D-dímero y la puntuación en la escala OCCULT 5 con la aparición de cáncer oculto.

Conclusión: En nuestro estudio la monitorización cardiaca prolongada y el PET-TC disminuyen en un 34% el IC, con las consiguientes implicaciones terapéuticas y pronósticas derivadas de las mismas. Hay datos analíticos y del estudio etiológico convencional que podrían guiar hacia el diagnóstico de FA o cáncer oculto en estos pacientes.

Enfermedades desmielinizantes I

18864. TRATAMIENTO MEDIANTE EL SISTEMA MYO ARMBAND® Y SERIOUS GAMES SOBRE LA FUERZA MUSCULAR, DESTREZAS MANIPULATIVAS, FATIGA Y CALIDAD DE VIDA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE. ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO

Cano de la Cuerda, R.¹; Jardón Huete, A.²; Oña Simbaña, E.²; Marcos Antón, S.¹

¹Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física. Universidad Rey Juan Carlos; ²Departamento de Ingeniería de Sistemas y Automática. Universidad Carlos III de Madrid.

Objetivos: Estudiar los efectos de del sistema MYO Armband® y *serious games* específicamente diseñados sobre la fuerza muscular, la destreza manipulativa, la fatiga percibida y la calidad de vida en pacientes con esclerosis múltiple (EM).

Material y métodos: Se realizó un ensayo aleatorizado doble ciego. Pacientes con diagnóstico de EM con EDSS 3,0-7,0 puntos y tratamiento farmacológico estable fueron aleatorizados a un grupo intervención (n = 15) que recibió 16 sesiones/60 minutos/sesión, durante dos meses de rehabilitación convencional, en combinación con un protocolo de RV con MYO Armband® y *serious games* diseñados para el tratamiento del miembro superior; y un grupo control (n = 15) que recibió rehabilitación convencional. Las medidas de resultado fueron: fuerza de prensión manual, Box and Blocks Test, Fatigue Severity Scale y Escala de Impacto de la EM. Se realizaron evaluaciones pre, posintervención y seguimiento de 3 semanas. Se realizó un análisis descriptivo y comparación de resultados intra e intergrupo. El nivel de confianza fue del 95%.

Resultados: Existieron diferencias significativas comparando ambos grupos en la fuerza de prensión manual (F = 6,67; p = .004). Dentro del grupo control se registró un empeoramiento en la fuerza del lado menos afecto en la comparación pretratamiento-seguimiento (p = .024). Existieron diferencias significativas en ambos grupos en relación con el Box and Blocks Test. No se objetivaron cambios en Fatigue Severity Scale y Escala de Impacto de la EM.

Conclusión: Un protocolo de rehabilitación en combinación con el dispositivo MYO® y *serious games* para la rehabilitación del miembro superior mostró mejoras en fuerza de prensión manual y destrezas manipulativas en pacientes con EM.

19056. EFICACIA DE LA REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ENSAYO CLÍNICO FASE II, DOBLE CIEGO Y ALEATORIZADO

López Soley, E.¹; Solana, E.¹; Martínez-Heras, E.¹; Vivo, F.¹; Calvi, A.¹; Alba-Arbalat, S.¹; Romero-Pinel, L.²; Martínez-Yélamos, S.²; Ramo, C.³; Presas-Rodríguez, S.³; Munteis, E.⁴; Martínez, J.⁴; Sastre-