

**Material y métodos:** Caso 1: varón, 50 años, acude por dolor torácico y disnea 24 horas después de varias picaduras de avispas. En TC craneal presenta lesión en evolución de PICA y ACP izquierdas. En angioTC, trombosis arterial desde subclavia hasta vertebral izquierda. En la exploración, cuadrantanopsia inferior derecha. Caso 2: mujer, 46 años, disminución del nivel de conciencia y debilidad en hemicuerpo izquierdo tras picadura de avispa. Neuroimagen de código ictus sin oclusión de gran vaso.

**Resultados:** En ambos casos estudio etiológico extenso (analítica con autoinmunidad, serología, marcadores tumorales, EEG, body-TC, ecocardiograma, Holter y trombofilia) sin alteraciones. Caso 1: RMN craneal con las lesiones ya descritas. Estudio inmunológico: anafilaxia a himenópteros. Se inició anticoagulación con resolución del trombo. Caso 2: RMN con lesión hemisférica derecha. Estudio inmunológico: reacción no-IgE mediada. Antiagregación, sin tratamiento específico. **Conclusión:** El veneno de avispa produce daño vascular tanto por toxicidad directa (inflamación, vasoespasmo), como por anafilaxia (tromboxanos y fosfolipasas) que inducen agregación plaquetaria y estado procoagulante. En el primer caso, la presencia de dolor torácico concomitante puede hacer referencia al síndrome de Kounis que describe la relación entre anafilaxia y síndrome coronario agudo, aunque algunos autores amplían esta hipersensibilidad a una afectación panarterial, involucrando arterias cerebrales. En el segundo caso, el daño parece ser secundario a toxicidad directa. Ambos casos ilustran una causa altamente inhabitual de ictus isquémico, de ahí la importancia de su conocimiento por parte del neurólogo.

75 mg/24h al tratamiento, revertiendo así la hipercoagulabilidad. La paciente presentó buena evolución clínica (NIHSS 6 puntos al alta) y finalmente fue derivada a centro de neurorrehabilitación.

**Conclusión:** El SPP es una causa poco frecuente de infarto cerebral que requiere una alta sospecha clínica y su inclusión sistemática en el diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes.

### 19153. ADHERENCIA A DIETA MEDITERRÁNEA Y ACTIVIDAD FÍSICA TRAS ICTUS ISQUÉMICO: ¿SON SUFICIENTES LAS RECOMENDACIONES AL ALTA?

Tarruella Hernández, D.; Benlloch López, C.; Pedrero Prieto, M.; Vielba Gómez, I.; Morales Caba, L.; Fortea Cabo, G.; Tembl Ferrairo, J.; Escudero Martínez, I.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

**Objetivos:** La calidad de la dieta y la actividad física son predictores de riesgo de enfermedad y mortalidad por todas las causas. A nivel mundial, el ictus isquémico es la segunda causa de mortalidad. La dieta mediterránea ha sido ampliamente asociada a menor riesgo de ictus y mejor pronóstico funcional. Nuestro objetivo es evaluar la adherencia a dieta mediterránea y la actividad física de pacientes a los 6 meses tras un ictus isquémico.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo recogido de forma prospectiva de pacientes ingresados con ictus isquémico en la unidad de ictus en septiembre y octubre 2022. Aplicación del cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) y del cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (AdhMeD).

**Resultados:** Se incluyeron 51 pacientes, 61% mujeres, mediana edad 77 años (62-81). De ellos, 16 (31,4%) presentan una AdhMeD alta y 19 (37,3%) actividad física alta. Solo 7 (14%) presentan ambas condiciones. El porcentaje de pacientes con AdhMeD alta es mayor en aquellos con independencia funcional a los 3 meses, sin alcanzar significación estadística. Los ítems con más adherencia fueron: uso de aceite de oliva (96%), < 1 ración mantequilla/margarina al día (96%) y consumo carne blanca (88).

**Conclusión:** La AdhMeD de los pacientes tras un ictus es baja, lo que supone un mayor riesgo de recurrencia. Además, los pacientes tampoco realizan actividad física adaptada a su situación funcional. Es necesario invertir en recursos para llevar a cabo intervenciones efectivas tanto en la dieta como en el ejercicio físico tras un ictus isquémico.

### 19285. SÍNDROME DE PLAQUETAS PEGAJOSAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mayol Traveria, J.<sup>1</sup>; Restrepo Vera, J.<sup>1</sup>; Rodrigo Gisbert, M.<sup>1</sup>; Iza Achutegui, M.<sup>1</sup>; López Maza, S.<sup>1</sup>; Arranz Horno, P.<sup>1</sup>; Alanís Bernal, M.<sup>1</sup>; Boy García, B.<sup>1</sup>; García-Tornel García-Camba, Á.<sup>1</sup>; Juega Mariño, J.<sup>1</sup>; Olivé Gadea, M.<sup>1</sup>; Pardos Gea, J.<sup>2</sup>; Buján Rivas, S.<sup>2</sup>; Cortina Giner, V.<sup>3</sup>; Rubiera del Fueyo, M.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

<sup>3</sup>Servicio de Hematología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** El síndrome de plaquetas pegajosas (SPP) es una trombocitopatía trombofílica con agregación familiar y herencia autosómica dominante caracterizada por una alta agregabilidad plaquetaria ante bajas concentraciones de adenosina difosfato y/o epinefrina. Se presenta en forma de trombosis arteriales y venosas recurrentes sin respuesta a anticoagulantes y con adecuada respuesta a antiagregantes. **Material y métodos:** Descripción de los hallazgos objetivados en un caso de SPP.

**Resultados:** Mujer de 58 años con antecedentes de trombosis venosa poplítea hace 20 años, con ingreso reciente a cargo de Medicina Interna por tromboembolismo pulmonar bilateral y trombosis en arterias axilar, humeral y aorta por las que inició enoxaparina a dosis plenas. El estudio etiológico realizado, incluyendo un estudio analítico extenso y PET-TC corporal, resultó negativo, con hallazgo de foramen oval permeable. A las 24 horas del alta presentó un episodio abrupto de afasia global y hemiplejía derecha (NIHSS inicial de 22 puntos), con hallazgo de una oclusión ACM-M1 izquierda. Se realizó un procedimiento endovascular primario con reperfusión completa (TICI 3), reiniciándose posteriormente la anticoagulación. Ante la presencia de trombosis arteriales y venosas de repetición, se realizó un estudio de agregabilidad plaquetaria que mostró hiperagregabilidad con adenosina, resultando compatible con un SPP tipo III. Se añadió clopidogrel

### 19506. MEJORÍA DE LA COMUNICACIÓN DE PACIENTES CON AFASIA POSICTUS MEDIANTE EL USO DEL SOFTWARE VERBALIZAPP. ESTUDIO DE VALIDACIÓN

Ruiz Ares, G.<sup>1</sup>; Martín Alonso, M.<sup>2</sup>; Cañado Moya, C.<sup>3</sup>; Rigual Bobillo, R.<sup>1</sup>; Hervás Testal, C.<sup>1</sup>; Pérez Martínez, M.<sup>3</sup>; Casado Fernández, L.<sup>1</sup>; García Concejero, V.<sup>2</sup>; Carvajal Muñoz, J.<sup>2</sup>; Fuentes, B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; <sup>2</sup>Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario La Paz; <sup>3</sup>Equipo de Innovación. Kairós DS.

**Objetivos:** La afasia posictus genera importante discapacidad. Nuestro objetivo fue analizar la utilidad de un software diseñado para mejorar la comunicación de estos pacientes (Verbalizapp®).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo realizado entre diciembre/2021 a abril/2023. Se incluyeron pacientes con afasia posictus (isquémico o hemorrágico). Tras la firma del consentimiento informado se instaló Verbalizapp en su dispositivo digital y se les instruyó para su uso diario con la ayuda de un familiar. La gravedad de la afasia se valoró con un test de Boston abreviado (0-64 puntos) con evaluación basal y a los 3 meses de uso. Adicionalmente, el familiar responsable cumplió un cuestionario de factibilidad y satisfacción del usuario.

**Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes, 15 (75%) varones, mediana de edad 69 (RIC 55-79) años, de los cuales se perdió el seguimiento en 3

casos. El 70% tenía afasia no fluente, 35% leve, 30% moderada y 35% grave. La puntuación media del test de Boston abreviado basal fue 32 puntos y a los 3 meses 47 puntos ( $p = 0,001$ ). La puntuación media en cuanto a comodidad de uso se valoró con 9/10 y la complejidad con 2/10. Las expectativas fueron superadas y refirieron mejoría relevante con la utilización de Verbalizapp en el 60% de los casos. Ningún paciente describió efectos adversos y el 100% lo recomendaría para otros pacientes.

**Conclusión:** El software Verbalizapp mejora la afasia posictus, mostrando gran aceptación por los pacientes y sus familiares.

#### 19675. PATRONES DE LA TC PERFUSIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE STROKE MIMICS E IMPACTO EN LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN

Sanabria Gago, C.<sup>1</sup>; Valiente Gordillo, E.<sup>1</sup>; González Martínez, A.<sup>1</sup>; Lozano Veiga, S.<sup>1</sup>; Sánchez-Rodríguez, C.<sup>1</sup>; Collada Carrasco, J.<sup>2</sup>; Alonso Rodríguez, C.<sup>2</sup>; Zhan Chen, D.<sup>2</sup>; Vega, J.<sup>2</sup>; Somovilla García-Varquero, A.<sup>1</sup>; Ramos, C.<sup>1</sup>; Vivancos Mora, 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 Radiología. Hospital Universitario de la Princesa.

**Objetivos:** La TC perfusión (TCP) en el código ictus (CI) permite excluir isquemia en *stroke mimics* (SM), mostrando ocasionalmente alteraciones características. El objetivo de este estudio es identificar patrones específicos en TCP en etiologías concretas de SM y si la realización de TCP influye en la aplicación de trombólisis IV(TIV).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico de CI atendidos entre enero/2015-julio/2020, con TCP valorable y diagnóstico de SM. Se estudió la asociación entre el patrón en TCP y los subtipos etiológicos de SM, así como la asociación entre los resultados de la TCP y la administración de TIV.

**Resultados:** De 3.814 CI, 15,8% fueron SM. Se excluyeron 32 por TCP no valorable, incluyéndose 572. Edad media 65 años (DE: 18,295), 48,3% mujeres. 184 (32,2%) presentaron TCP alterada, más frecuentemente CE 105 (57,1%), PRES 16 (8,7%), EE 21 (11,4%) y migraña 8 (4,3%), asociándose significativamente a TCP alterada el PRES (55,26%,  $p = 0,01$ ), EE (55,17%,  $p = 0,02$ ) y CE (48,85%,  $p < 0,001$ ). Se identificó asociación entre CE, disminución del flujo ( $p = 0,003$ ) y aumento del tiempo en TCP ( $p = 0,001$ ), alteración focal no vascular ( $p < 0,001$ ), hemisférica ( $p = 0,002$ ), multifocal ( $p = 0,030$ ) y en lóbulo parietal (71,31%,  $p < 0,001$ ). El EE se asoció con aumento en mapas de flujo ( $0 = 0,029$ ), volumen ( $p = 0,030$ ) y zona parietal (85,71%,  $p = 0,024$ ). El PRES asoció retraso en el tiempo ( $p = 0,042$ ), alteración multifocal ( $p = 0,002$ ) y en zona occipital (82,35%,  $p = 0,002$ ). No se identificaron otros patrones específicos. De 231 (40,4%) candidatos a TIV, solamente 17 (3%) la recibieron, siendo más frecuente la TCP alterada (64,7%,  $p = 0,002$ ).

**Conclusión:** La TCP muestra alteraciones sugerentes de SM en un tercio de casos. Identificamos patrones característicos de etiologías, destacando afectación parietal en CE/EE y occipital en PRES. La TCP contribuiría a evitar TIV en pacientes con SM, especialmente cuando no muestra alteraciones.

#### 19364. BIOMARCADORES PROTEICOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PLACA VULNERABLE EN PACIENTES CON ESTENOSIS CAROTÍDEA

Bashir Viturro, S.<sup>1</sup>; Carballo-Perich, L.<sup>1</sup>; Puigoriol-Illamola, D.<sup>1</sup>; Terceño Izaga, M.<sup>1</sup>; Silva Blas, Y.<sup>1</sup>; Xifró, X.<sup>2</sup>; Sobrino Moreiras, T.<sup>3</sup>; Gubern-Mérida, C.<sup>1</sup>; Serena Leal, J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona;

<sup>2</sup>Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona;

<sup>3</sup>Servicio de Neurociencias. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

**Objetivos:** El término placa vulnerable (PV) incluye cualquier placa con elevado riesgo de trombosis y/o progresión. Nuestro objetivo es identificar biomarcadores proteicos de PV que permitan identificar pacientes con estenosis carotídea con elevado riesgo de ictus isquémico que puedan beneficiarse de un tratamiento optimizado.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio histológico y proteómico en placa y suero de pacientes consecutivos con estenosis carotídea > 70% clasificándolos en estenosis sintomática, asintomática progresiva y asintomática estable. Las proteínas identificadas en el análisis proteómico ( $p < 0,05$ ; placa y suero) se validaron mediante *western blot* y posteriormente las proteínas asociadas a la presencia de PV se validaron con ELISA en una cohorte de 114 pacientes consecutivos. La capacidad diagnóstica de PV para cada proteína y su combinación se determinó mediante análisis de curvas ROC.

**Resultados:** El estudio histológico mostró que los pacientes con estenosis sintomática y asintomática progresiva presentaban características histológicas de PV, y aquellos con estenosis asintomática estable características de placa estable (PE). Los pacientes con PV tienen concentraciones séricas significativamente mayores de componente P de amiloide sérico (SAP), glicoproteína beta-2 (APOH) y precursor de α1-microglobulina-bikunina (AMBP) que los pacientes con PE. El análisis ROC combinado de las tres proteínas mostró un área bajo la curva de 0,794 y un valor predictivo negativo del 94,6%.

**Conclusión:** Niveles elevados de SAP, APOH y AMBP sugieren la presencia de PV en pacientes con estenosis carotídea. Estos biomarcadores podrían ayudar a identificar pacientes con alto riesgo de ictus isquémico que se beneficiarían de un tratamiento optimizado.

#### 18664. LA REHABILITACIÓN DEL ICTUS EN PERSONAS MAYORES. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE COHORTE

Albu, S.<sup>1</sup>; Izcara López de Murillas, E.<sup>2</sup>; Secanell Esplugas, M.<sup>3</sup>; Jiménez Crespo, A.<sup>2</sup>; Kumru, H.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Institut Guttmann; <sup>2</sup>Servicio de Neuropsicología. Institut Guttmann; <sup>3</sup>Servicio de Qualitat. Institut Guttmann.

**Objetivos:** Existen escasos estudios sobre la rehabilitación del ictus en personas mayores. Hemos estudiado los perfiles clínicos y la predicción de la estancia hospitalaria (EH) en pacientes mayores.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de cohorte en pacientes > 60 años ingresados en los primeros 6 meses tras el ictus, entre enero de 2015 y agosto de 2022. Identificamos los perfiles de rehabilitación mediante análisis de clústeres, incluyendo las escalas mRS, FIM y NIHSS al ingreso. La efectividad-FIM se calculó como: (FIM<sub>ingreso</sub> - FIM<sub>alta</sub>)/(FIM<sub>máximo</sub> - FIM<sub>ingreso</sub>) × 100%. Usamos métodos de regresión lineal para identificar las variables sociodemográficas y clínicas predictivas de la EH.

**Resultados:** Se incluyeron 104 pacientes (68 hombres; edad media =  $69,45 \pm 6,5$  años) que fueron agrupados en 3 clústeres: leve [NIHS =  $7,70 \pm 3,21$ , FIM-motor =  $59,42 \pm 12,24$ , FIM-cognitivo =  $26,96 \pm 4,69$ , mRS = 4 (4-4), afasia = 41,7%, disfagia grave = 4,2%, EH = 45 (33,25-59)]; moderado [NIHS =  $10,40 \pm 3,23$ , FIM-motor =  $28,00 \pm 7,74$ , FIM-cognitivo =  $25,92 \pm 6,55$ , mRS = 4 (4-5), afasia = 13%, disfagia grave = 6,4%, EH = 61 (45-92)] y grave [NIHS =  $18,76 \pm 4,19$ , FIM-motor =  $16,12 \pm 6,69$ , FIM-cognitivo =  $10,58 \pm 4,14$ , mRS = 5 (5-5), afasia = 60,6%, disfagia grave = 42,4%, EH = 71 (60,5-97,5)]. La efectividad FIM-motor y FIM-cognitivo mejoraron de forma significativa en el grupo leve (efectividad FIM-motor = 33,70% [12,16-53,54]; efectividad FIM-cognitivo = 33,3% [0-50,0]) y moderado (efectividad FIM-motor = 31,15% [10,34-46,55]; efectividad FIM-cognitivo = 33,3% [0-63,16]) vs. grave (efectividad FIM-motor = 5,77% [0-18,77]; efectividad FIM-cognitivo = 4,65% [0-22,30]) ( $p = 0,001$  y  $p = 0,025$ ) mientras que la afasia y la disfagia mejoraron en todos los grupos ( $p > 0,1$ ). La gravedad del ictus ( $B = 0,33$ ,  $p < 0,001$ ), mayor dependencia funcional ( $B = 0,24$ ,  $p = 0,013$ ), presen-

tar disfagia ( $B = 0,30$ ,  $p = 0,002$ ), dolor neuropático ( $B = 0,22$ ,  $p = 0,02$ ), depresión ( $B = 0,29$ ,  $p = 0,003$ ) o infecciones intrahospitalarias ( $B = 0,23$ ,  $p = 0,02$ ) eran predictores de mayor estancia hospitalaria. **Conclusión:** El análisis de clústeres de pacientes puede ser útil para identificar objetivos realistas de rehabilitación y optimizar la distribución de recursos y reducir los costes relacionados con la hospitalización.

## 19178. INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ICTUS

Montalvo Olmedo, C.<sup>1</sup>; Gómez Dabo, L.<sup>1</sup>; Lázaro Hernández, C.<sup>1</sup>; Rodrigo Gisbert, M.<sup>2</sup>; García-Tornel García-Camba, A.<sup>2</sup>; Olivé Gadea, M.<sup>2</sup>; Rodríguez-Luna, D.<sup>2</sup>; Rizzo, F.<sup>2</sup>; Pagola Pérez de la Blanca, J.<sup>2</sup>; Juega Mariño, J.<sup>2</sup>; Taborda, B.<sup>2</sup>; Rodríguez Villatoro, N.<sup>2</sup>; Requena Ruiz, M.<sup>2</sup>; Ribó Jacobi, M.<sup>2</sup>; Molina Cateriano, C.<sup>2</sup>; Muchada López, M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>2</sup>Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

**Objetivos:** La creciente saturación en los servicios de urgencias ha revelado la necesidad de métodos complementarios de atención urgente. El uso de algoritmos de triaje basados en inteligencia artificial (IA) podrían mejorar la detección y evaluación de pacientes con ictus.

**Material y métodos:** Estudio unicéntrico prospectivo observacional de una cohorte de casos que consultaron por focalidad neurológica en urgencias de un hospital terciario entre enero y abril de 2023. Se analizaron las características clínicas, demográficas y los resultados proporcionados por Mediktor, un asistente médico para triaje y prediagnósticos basado en IA.

**Resultados:** Se incluyeron 85 pacientes con una media de edad media de 70 años ( $\pm 13,9$ ), 52 hombres (61,2%). En urgencias 77 pacientes (90,6%) obtuvieron el diagnóstico final de ictus. Del total de pacientes, se obtuvo diagnóstico en el 60%. De estos, en el 72,5% el prediagnóstico principal proporcionado por el evaluador de síntomas coincidió con el diagnóstico final del neurólogo, con una sensibilidad del 42,9% y una especificidad del 75%. El porcentaje de acierto fue mayor en pacientes con afectación hemisférica izquierda (91,3%) en comparación con otros territorios, vertebrobasilares (60%) y derechos (56,3%) ( $p = 0,024$ ). No se observaron diferencias por grupos de edad en la obtención de un diagnóstico.

**Conclusión:** Un evaluador de síntomas basado en IA como Mediktor puede ayudar a detectar precozmente a pacientes con ictus. La utilización de Mediktor puede ayudar a pacientes y familiares a detectar precozmente los síntomas de ictus, favoreciendo su consulta a los servicios de urgencias y reduciendo la morbilidad asociada a esta patología.

## 19811. VALOR PREDICTIVO DE LOS NIVELES DEL GFAP Y NFL EN EL ICTUS ISQUÉMICO

Anciones Martín, V.<sup>1</sup>; Lagüela, A.<sup>1</sup>; Sifontes, W.<sup>1</sup>; Martín, J.<sup>1</sup>; Rebollo, A.<sup>1</sup>; Fernández, V.<sup>1</sup>; Gómez, A.<sup>1</sup>; Luna, A.<sup>1</sup>; Fernández-Maiztegi, C.<sup>1</sup>; Campos Martín, L.<sup>2</sup>; Iglesias Iglesias, L.<sup>2</sup>; Coya Guerrero, R.<sup>3</sup>; Viñuales Barcina, P.<sup>2</sup>; Rodríguez Antigüedad, A.<sup>1</sup>; Martín Muñoz, A.<sup>4</sup>; Freijo Guerrero, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Instituto Investigación Sanitaria Biocruces-Bizkaia; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Biobanco Euskadi. Hospital Universitario Cruces; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Instituto Achúcarro UPV.

**Objetivos:** La proteína acídica fibrilar glial (GFAP) y el neurofilamento (NFL) son biomarcadores de daño cerebral. Nuestro objetivo es analizar sus niveles y su valor predictivo en pacientes con ictus isquémico.

**Material y métodos:** Incluimos pacientes con ictus isquémico tratados con terapias de reperfusión en nuestro centro. Analizamos mediante SIMOA niveles de GFAP y NFL en sangre en las primeras 24 horas. Registramos: edad, sexo, FR vascular, ictus previo, NIH (llegada y 24 horas), tipo de tratamiento, demora desde inicio de síntomas y extracción y situación funcional previa, al alta y 3 meses (mRankin). Comparamos y analizamos dichas variables entre pacientes y controles.

**Resultados:** Incluimos 53 pacientes y 19 controles. Mujeres: 26 (49,1%); edad media (años): 79 (70-84); HTA: 33 (62,3%); DM: 14 (26,4%); DLP: 36 (67,9%); mRankin previo: 0; tratamiento: rtpa iv: 1 (1,89%), trombectomía: 49 (92,5%), combinado: 3 (5,66%); NIH llegada: 11 (6-9); 24 horas: 2 (1-6); ASPECTS: 9 (8-10); ictus previo: 6 (11,4%); mRankin alta: 1 (0-3); mRankin 3 meses: 1 (0-3); niveles de GFAP: 380 (168-1516); NFL: 23,7 (14-45,9). Tiempo desde el inicio de los síntomas a la extracción: 14 (11-20) horas. Los niveles de GFAP y NFL fueron más elevados en pacientes con ictus isquémico frente a controles ( $p < 0,05$ ). La elevación del GFAP se asociaba con: edad, gravedad, limitación funcional y demora desde el inicio de síntomas a la extracción ( $p < 0,05$ ). Los niveles de NFL se asociaban únicamente con la limitación funcional a los 3 meses ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** El GFAP y el NFL se elevan en el ictus isquémico en las primeras 24 horas. Nuestros resultados muestran que podrían ser predictivos del diagnóstico y del mal pronóstico funcional. A pesar de estos resultados, es necesario ampliar la población para confirmar tales prometedores hallazgos.

## 19253. PERFIL ETIOLÓGICO DE LOS SIMULADORES DE ICTUS EN FUNCIÓN DE LA EDAD, SEXO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. DATOS DE LA COHORTE OMIC IS BRAIN

San Pedro Murillo, E.; Freixa Cruz, A.; Gallego, Y.; García Díaz, A.; Gil Villar, M.; González Mingot, C.; Mauri Capdevila, G.; Nieva Sánchez, C.; Paul Arias, M.; Ruiz Fernández, E.; Salvany, S.; Sancho Saldaña, A.; Sanahuja Montesinos, J.; Vázquez Justes, D.; Purroy, F.

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

**Objetivos:** Un porcentaje significativo de pacientes atendidos como código ictus finalmente reciben un diagnóstico alternativo: ictus simulado (IS). Describimos este grupo de pacientes en cuanto a qué entidades lo componen y sus características.

**Material y métodos:** Descripción y análisis de una cohorte de pacientes consecutivos reclutados prospectivamente con el diagnóstico final de IS atendidos como código ictus durante el periodo de 10/05/2021 a 10/04/2023.

**Resultados:** Se atendieron un total de 1244 códigos ictus. De estos, 288 (23,1%) fueron IS. Las principales causas de IS fueron las crisis epilépticas (22,0%) y las encefalopatías tóxico-metabólicas (ETM) (23,4%). Otras etiologías relevantes fueron los trastornos neurológicos funcionales (TNF) (11,7%), las infecciones (10,3%) (sistémicas 6,9%, del SNC 3,4%), la migraña (8,6%) y los tumores (6,5%). El 17,5% restante correspondió a una miscelánea de causas. La edad media fue de 66,3 (18,1) años, y 138 (47,4%) fueron mujeres. Los pacientes migrañosos 45,0 (17,1) años y los TNF 51,0 (14,7) años fueron significativamente más jóvenes ( $p < 0,001$ ). Predominaron los hombres en el grupo de epilepsia, ETM y tumores,  $p = 0,042$ . Los grupos de migraña, TNF e infecciones SNC presentaron una menor proporción de factores de riesgo vascular y de deterioro cognitivo previo. Hubo diferencias en la forma de presentación, el déficit motor fue más frecuente entre los pacientes con tumor (73,3%), TNF (67,7%) e infección SNC (66,7)  $p = 0,055$ ; mientras que la disfasia (83,3%) y la puntuación NIHSS en la infección SNC. 22 (7,5%) recibieron tratamiento fibrinolítico.

**Conclusión:** Se detectaron diferencias relevantes entre los SI en función de los grupos etiológicos.

## 19654. PAPEL DEL CONSUMO MODERADO DE ALCOHOL EN LA ADHERENCIA A DIETA MEDITERRÁNEA

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

*Servicio de Neurología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe.*

**Objetivos:** La calidad de la dieta influye en el riesgo vascular, siendo la dieta mediterránea (MedDiet) uno de los patrones que se ha relacionado con menor riesgo vascular y mayor esperanza de vida. El consumo diario de alcohol (vino durante las comidas) es un rasgo distintivo de la MedDiet, pero en la actualidad es controvertido el papel protector del alcohol en el riesgo vascular. Nuestro objetivo es evaluar este consumo en pacientes a los 6 meses tras un ictus isquémico.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo recogido de forma prospectiva de pacientes ingresados con ictus isquémico en una unidad de ictus entre septiembre y octubre 2022. Aplicación del cuestionario de adherencia a dieta mediterránea (AdhMeD) de 14 ítems.

**Resultados:** Se incluyeron 51 pacientes, 61% mujeres, mediana edad 77 años (62-81). De ellos, 16 (31,4%) presentan una AdhMeD alta. 7 pacientes (13,7%) consumían al menos una copa de vino al día durante las comidas. De ellos 3 (5,8%) cumplían requisitos para AdhMeD alta. El porcentaje de pacientes independientes (mRS 0-2 día 90) es mayor en el grupo de mayor consumo sin ser significativo (85,7% vs. 53,5%). No hubo diferencias en el grado de actividad física en función de la adherencia a este ítem.

**Conclusión:** En nuestra serie, el consumo moderado de alcohol en forma de vino durante las comidas presenta una prevalencia baja. Aunque este es un rasgo típico de la MedDiet, estos hallazgos pueden reflejar las consecuencias del cambio en las recomendaciones actuales con respecto al alcohol, recomendándose la abstinencia frente al consumo moderado.

## 19382. ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES TRAS IMPLANTACIÓN DE STENT CAROTÍDEO DURANTE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA (TM) EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICOS POR OCLUSIÓN EN TÁNDEM

Bonilla Tena, A.; Lera Ramírez, I.; Uriz Bacacicoa, O.; Olaizola Díaz, R.; García Pastor, A.; Vales Montero, M.; Vázquez Allen, P.; Iglesias Mohedano, A.; Fernández Bullido, Y.; Díaz Otero, F.; Gil Núñez, A.

*Servicio de Neurología. Hospital General Gregorio Marañón.*

**Objetivos:** La implantación de stent carotídeo durante la trombectomía mecánica (TM) en los pacientes con ictus isquémicos por oclusión en tandem (IIOT) es beneficiosa, aunque asocia mayor riesgo de hemorragia intracranal sintomática. Actualmente no hay consenso sobre la mejor estrategia antitrombótica durante el procedimiento en estos pacientes. Describimos la tasa de oclusión/restenosis precoz (< 48h), tasa de transformación hemorrágica sintomática (THs) y pronóstico funcional a 3 meses en pacientes con IIOT tratados con TM + implantación de stent.

**Material y métodos:** Incluimos pacientes con IIOT tratados con TM + implantación de stent entre 2019 y 2023 en nuestro centro. Se recogieron variables demográficas, características del ictus, tratamiento antitrombótico recibido previamente y durante el procedimiento, complicaciones y estado funcional a 3 meses.

**Resultados:** Se incluyeron 35 pacientes (40% mujeres, edad media 69,3 años). La mediana de NIHSS fue de 15 (RIC 10-19). 14 pacientes (40%) recibieron trombólisis intravenosa. Tres pacientes tomaban acenocumarol previo al procedimiento y 7 AAS; durante el procedimiento 30 pacientes recibieron antiagregación simple, 1 doble antiagregación y 4 no recibieron tratamiento antiagregante. Tres pacientes sufrieron THs (uno de ellos había recibido trombólisis iv y uno tomaba acenocumarol) y 4 oclusión/restenosis precoz. 2 pacientes fallecieron y 21/33 pacientes obtuvieron un buen resultado funcional (eRm ≤ 2) a 3 meses.

**Conclusión:** La tasa de oclusión/restenosis precoz fue elevada en esta serie sugiriendo la necesidad de emplear estrategias antitrombóticas más agresivas durante el procedimiento. A pesar de ello y de la tasa de THs, una proporción elevada de IIOT presentó buena evolución funcional con este tratamiento.

## Enfermedades cerebrovasculares P3

### 19771. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE OCLUSIONES AISLADAS DE CARÓTIDA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Laviana Marín, Á.<sup>1</sup>; Loscertales Castaños, J.<sup>1</sup>; Pérez Sánchez, S.<sup>1</sup>; de Torres Chacón, R.<sup>1</sup>; Barragán Prieto, A.<sup>1</sup>; Gamero García, M.<sup>1</sup>; González García, A.<sup>2</sup>; Montaner Villalonga, J.<sup>1</sup>

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

**Objetivos:** La oclusión aislada de arteria carótida interna (ACI) tiene un alto riesgo de comorbilidades y complicaciones susceptibles de tratamiento hiperagudo. Analizamos los resultados de los pacientes tratados en nuestro centro de forma endovascular.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de todos los pacientes con oclusión aislada de ACI tratada vía endovascular de nuestro centro entre 2018 y 2022. Analizamos características basales, tiempos de asistencia y puntuación en escalas NIHSS y Rankin modificada (mRS) a los 90 días.

**Resultados:** Se recogieron un total de 19 pacientes, 10 varones (52%), con una edad mediana de 68 años. La mediana de mRS previo fue de 0. La NIHSS mediana al ingreso fue de 15 puntos. 4 pacientes fueron tratados además con fibrinólisis intravenosa, con una mediana de tiempo puerta-aguja de 63 minutos. La mediana del tiempo puerta-punción fue de 125 minutos. La NIHSS mediana posprocedimiento y al alta fue de 14 y 3 puntos, respectivamente. La puntuación mediana del mRs a los 90 días fue 4, con solo 4 pacientes (21,05%) con < 2. En este periodo, 5 casos (26,31%) fueron exitus, 2 de ellos (10,53%) intrahospitalarios.

**Conclusión:** Como se recoge en la muestra, las oclusiones aisladas de ACI tienen una gran mortalidad y morbilidad. El tratamiento endovascular emergente puede ser beneficioso, pero es posible que necesitemos mejorar la selección de estos pacientes y hacer un manejo óptimo en cuanto a tiempos asistenciales para garantizar unos mejores resultados a largo plazo.

### 18950. REALIDAD VIRTUAL PARA ACELERAR LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ICTUS: INMERSIÓN VIRTUAL CON VÍDEOS DE 360° COMO HERRAMIENTA EDUCATIVA EN LA IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE SÍNTOMAS DE UN EPISODIO DE ICTUS

Lagüela Alonso, A.<sup>1</sup>; Martín, J.<sup>1</sup>; Anciones, V.<sup>1</sup>; Sifontes, W.<sup>1</sup>; Rebollo, A.<sup>1</sup>; Fernández, V.<sup>1</sup>; Fernández, L.<sup>1</sup>; Valido, C.<sup>1</sup>; Campos, L.<sup>2</sup>; Viñuales, P.<sup>2</sup>; Iglesias, L.<sup>2</sup>; Idoyaga, J.<sup>2</sup>; Orcajo, J.<sup>2</sup>; Vélez del Burgo, A.<sup>2</sup>; Zarzuelo, M.<sup>2</sup>; Pérez-Fernández, S.<sup>2</sup>; Bastida, L.<sup>3</sup>; Moya, A.<sup>3</sup>; Gómez, J.<sup>3</sup>; Herrera, S.<sup>4</sup>; Koldo, C.<sup>4</sup>; Ander, U.<sup>4</sup>; Donoso, O.<sup>4</sup>; Revilla, I.<sup>4</sup>; Arana, E.<sup>2</sup>; Luna, A.<sup>1</sup>; Freijo, M.<sup>1</sup>; Rodríguez-Antigüedad, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces; <sup>2</sup>Biocruces Bizkaia Health Research Institute; <sup>3</sup>Tecnalia, Basque Research and Technology Alliance (BRTA); <sup>4</sup>Unidad de Emergencias Osakidetza.

**Objetivos:** El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas del ictus y su tratamiento constituye un factor determinante en el pronóstico funcional, resultando fundamental que la población general sea capaz de reconocer los síntomas iniciales. Buscamos evaluar la utilidad de un sistema de realidad virtual (RV) a la hora de reconocer los síntomas de un ictus y saber cómo actuar.