

Enfermedades cerebrovasculares P4

19951. EVALUACIÓN AUTOMATIZADA DE COLATERALES Y SU RELACIÓN CON EL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ICTUS AGUDO TRATADOS CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Vargas Mendoza, A.; Díaz Castela, M.; Criado Antón, Á.; Zunzunegui Arroyo, P.; Suárez Huelga, C.; López Peleteiro, A.; Simal Antuña, M.; Lanero Santos, M.; Benavente Fernández, L.; González Delgado, M.; Larrosa Campo, D.; García-Cabo Fernández, C.; Rico Santos, M.; Castaño Apilánez, M.; Calleja Puerta, S.; López-Cancio Martínez, E.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: Evaluar la asociación del grado de colateralidad evaluado por un software automático con el pronóstico de una cohorte de pacientes con ictus agudo tratados con trombectomía mecánica (TM).

Material y métodos: Registro unicéntrico prospectivo de pacientes con ictus debido a oclusión de TICA, M1 o M2 tratados con TM. Las colaterales se evaluaron mediante el software automático Brainomix a partir de las imágenes de la angioTAC basal en una escala de 0 a 3 grados de menor a mayor colateralidad: 0 < 10%, 1 = 11-50%, 2 = 51-90%, 3 > 90%. Se registraron variables clínicas y pronósticas habituales.

Resultados: Se incluyeron 577 pacientes (50,7% mujeres, edad media 75,4 años) con la siguiente colateralidad: 2,4% grado 0, 24,3% grado 1, 51,6% grado 2 y 21,7% grado 3. La media de la NIH basal fue significativamente menor con mayor colateralidad (NIH 20, 18, 15 y 13 para grados 0, 1, 2 y 3) así como el volumen del CBF y del Tmax (RAPID). El ASPECTS presentó una relación directa con la colateralidad. La eficacia de la trombectomía y la hemorragia sintomática no se asociaron con la colateralidad. Se observó un mejor pronóstico funcional a los 3 meses (buen pronóstico del 57,4%, 45,7%, 36,5 y 21,4%) así como una menor mortalidad (14,8%, 21,8%, 27,7% y 42,9%) para los grados de colaterales 3, 2, 1 y 0 respectivamente.

Conclusión: La evaluación automatizada de colaterales mediante este software parece asociarse al pronóstico de una forma sencilla y rápida.

19012. TROMBECTOMÍA MECÁNICA DE LA OCLUSIÓN AISLADA DE ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR EN UN HOSPITAL TERCARIO

Botía Barberá, J.; Alcubendas Liern, I.; Lucio Ceballos, B.; Salinas Fernández, Á.; Iglesias Mohedano, A.; García Pastor, A.; Vales Montero, M.; Vázquez Alen, P.; Fernández Bullido, Y.; Díaz Otero, F.; Gil Núñez, A.

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: Recientemente estudios observacionales concluyen que la trombectomía mecánica (TM) no debería ser recomendada de forma rutinaria en pacientes con oclusión aislada de arteria cerebral posterior (ACP) debido a posibles complicaciones. Dada la relevancia de estos hallazgos, describimos una muestra de pacientes de estas características tratados con TM en comparación con el mejor tratamiento médico (MTM).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de ictus isquémico y oclusión de ACP aislada tratados en la unidad de ictus de un hospital terciario entre 2019-2023. Se recogieron variables demográficas, situación neurológica basal y al alta, variables radiológicas, ERm a los 3 meses, tasa de complicaciones y hemorragia intracranal sintomática (HICS) relacionadas con el procedimiento.

Resultados: 1.429 ictus isquémicos. 47 oclusión aislada ACP (3,2%). Edad media 70 (DE 61-81). 10 pacientes TM y 37 MTM. TIV: 40% en TM vs. 21,6% MTM. No diferencias edad, sexo, FRCV entre grupos. Mediana NIHSS basal: 8 (RIQ, 3,8-17) TM vs. 2 (RIQ, 3,5-2) MTM ($p < 0,001$). 90% recanalización exitosa (TICI $\geq 2c$). No se objetivaron muertes, compli-

caciones mayores ni HICS relacionadas con el procedimiento. ERm ≤ 2 a los 3 meses 50% TM vs. 70,3% MTM. (OR 1,4 [IC 9-5%, 0,73-2,71] $p = 0,27$).

Conclusión: La oclusión aislada de ACP es infrecuente. La TM no se relacionó con un mejor estado funcional a los tres meses en comparación con el grupo de MTM. Sin embargo, los pacientes tratados con TM presentaban mayor gravedad al ingreso. No se objetivaron complicaciones relevantes relacionadas con el procedimiento. Probablemente sea un procedimiento seguro y eficaz en pacientes seleccionados.

19243. ESCALA PREHOSPITALARIA PARA LA VALORACIÓN DE HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN EL CÓDIGO ICTUS CON SOSPECHA DE OCLUSIÓN DE GRAN VASO

Freixa Cruz, A.¹; Gallego Sánchez, Y.¹; García Díaz, A.¹; Gil Villar, M.¹; Jiménez Jiménez, G.²; Mauri Capdevila, G.¹; Paul Arias, M.¹; Ruiz Fernández, E.¹; Salvany Montserrat, S.²; Sancho Saldaña, A.¹; San Pedro Murillo, E.¹; Vázquez Justes, D.¹; Purroy García, F.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; ²Servicio de Neurociencias. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

Objetivos: En el código ictus extrahospitalario existen escalas de valoración de oclusión de gran vaso (OGV) útiles para considerar la derivación precoz a centro intervencionista. No obstante, estas presentan falsos positivos correspondientes a hemorragias intracerebrales (HIC), cuya demora en su atención podría ser perjudicial. El objetivo de nuestro estudio consiste en identificar variables extrahospitalarias fáciles de recoger que permitan elaborar una escala para diferenciar pacientes con HIC de OGV.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohortes prospectivo de códigos ictus entre mayo de 2021 y enero de 2023 en los que se detectó una HIC o OGV, mediante angioTC, comparándose variables clínicas entre ambos grupos. Se identificaron predictores de HIC y se realizó una escala de cribado prehospitalaria en base a estos.

Resultados: Se incluyeron un total de 285 pacientes (190 OGV y 95 HIC). El estudio multivariante mostró como variables significativas la cefalea con una *odds ratio* [OR] 3,26 (1,35-7,88), GCS < 8 OR 9,11 (3,41-24,31), presión arterial sistólica (PAS) > 160 mmHg OR 5,79 (3,03-11,07), sexo masculino OR 2,06 (1,12-3,80), dislipemia OR 0,44 (0,24-0,83) y diabetes mellitus OR 0,46 (0,22-0,98). Se elaboró una escala adjudicando una puntuación a cada variable significativa en función de su peso específico y se realizó un análisis del área bajo la curva ROC que resultó de 0,816.

Conclusión: Existen variables extrahospitalarias sencillas de recoger como la PAS, cefalea, GCS < 8 y el sexo que se relacionan con una mayor probabilidad de HIC. Proponemos el desarrollo de una escala prehospitalaria complementaria a las existentes para diferenciar OGV de HIC.

19637. STENT INTRACRANEAL Y TIROFIBAN IV COMO TERAPIA DE RESCATE TRAS EL FRACASO DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Gómez-Escalónilla Escobar, C.¹; Pérez García, C.²; Rosati, S.²; Simal Hernández, P.¹; López-Frías López-Jurado, A.²; Moreu Gamazo, M.²; Egido Herrero, J.¹

¹Unidad de Ictus. Hospital Clínico San Carlos; ²Neurorradiología Intervencionista. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: No existe un consenso de actuación tras el fracaso de la trombectomía mecánica (TM). Se describen los resultados de eficacia y seguridad del stent intracranal (SIC) en estos casos.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional, prospectivo y unicéntrico de un protocolo de actuación en pacientes con ictus isquémico por oclusión arteria intracranal de territorio anterior sometidos

a TM sin haber logrado la recanalización arterial, en el periodo comprendido de abril 2019 a abril 2023. Evaluamos la tasa de complicaciones del procedimiento, recanalización arterial, hemorragia intracranal sintomática (HICs) y resultado clínico a 3 meses.

Resultados: 550 pacientes fueron sometidos a TM, precisando SIC en 59 de ellos (61% mujeres). La mediana de edad fue 73 años (60-84), de NIHSS 17 (11-21) y de ASPECTS 9 (7-9). Recibieron fibrinolisis iv en el 23,7%. La arteria cerebral media fue el vaso más frecuente tratado (44%). Todos los pacientes recibieron bolo de tirofiban iv en el procedimiento con perfusión posterior durante 24h. Se obtuvo un TICI2b-3 en el 79,6%. Se demuestra la permeabilidad del stent en el estudio angioTC de control a las 12-24h en el 98,15%. La tasa de HICs fue del 6,8%. La toma previa de anticoagulantes o la fibrinolisis iv no aumentó la HICs. Obtuvieron un buen resultado funcional a los 3 meses (rankin 0-2 o basal) en el 37%, con una mortalidad del 25,5%.

Conclusión: La utilización del stent intracranal y el tirofiban iv como antiagregante en la terapia de rescate tras la TM muestra unos buenos resultados de eficacia y seguridad en nuestra serie.

18815. VALOR PRONÓSTICO DE LAS LESIONES AGUDAS EN RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL TRAS UN ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT)

Pedrero Prieto, M.; Navarro Mocholí, E.; Tarruella Hernández, D.; 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: El objetivo de este estudio es analizar si existen diferencias en el riesgo cardiovascular posterior a un evento transitorio de focalidad neurológica en pacientes que presentan lesiones isquémicas agudas en resonancia magnética cerebral.

Material y métodos: Se realiza un estudio prospectivo sobre una cohorte histórica de pacientes con diagnóstico de AIT durante los años 2016 y 2017 con estudio precoz de resonancia magnética cerebral (RM). Se analiza el riesgo mediante un compuesto de eventos cardiovasculares mayor (MACE): ictus recurrente, síndrome coronario agudo (con o sin elevación de segmento ST) o mortalidad cardiovascular.

Resultados: Se incluyeron 96 pacientes, 28 presentaron lesiones isquémicas agudas en secuencia de difusión (29,2%). La edad media fue de 69 años. No se encontraron diferencias significativas en el riesgo cardiovascular posterior de los pacientes con lesiones agudas en RM ($p = 0,980$). Sin embargo, la presentación como una alteración del lenguaje ($p = 0,007$) y duración referida entre 10 y 60 minutos ($p = 0,004$) sí se asociaron a un mayor riesgo cardiovascular posterior e ictus recurrente. La presencia de lesiones se relacionó con un cambio en el tratamiento ($p = 0,021$), especialmente a la introducción de anticoagulación ($p = 0,017$).

Conclusión: Casi un tercio de pacientes presentaron lesiones en RM. La realización de RM en AIT aún tiene un papel cuestionable en la estratificación del riesgo cardiovascular del paciente. Por otro lado, la clínica del paciente sí se asoció en nuestro estudio a un mayor riesgo cardiovascular, especialmente de ictus recurrente. En nuestro estudio los hallazgos en resonancia condicionaron un cambio en el manejo terapéutico del paciente.

19094. TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO POR OCLUSIÓN DE VASO MEDIO DISTAL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO TERCIARIO

Vallés Serrano, C.¹; Delgado Mederos, R.¹; Núñez, L.¹; Chilangua, L.¹; Miralbés, S.²; Calleja, A.²; Ortega, J.²; Díaz, R.¹; Jiménez, C.¹; Tur, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Son Espases;

²Radiología Intervencionista. Hospital Universitari Son Espases.

Objetivos: La trombectomía mecánica (TM) es técnicamente factible en el ictus por oclusión de vaso mediano distal (OVMD), pero su beneficio clínico aún es incierto. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de la TM en pacientes con OVMD en nuestro centro.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un registro prospectivo unicéntrico de pacientes con ictus por oclusión aguda primaria en M3, A2 o P2. Se evaluó la tasa de reperfusión completa (TICI 2c-3), efecto de primer pase (EPP) y hemorragia intracranal sintomática (HICs) en pacientes con TM y se analizó la mortalidad y el resultado funcional con la escala de Rankin modificada (ERm) a los 3 meses en comparación al tratamiento médico estándar.

Resultados: Entre enero 2020 y mayo 2023, 63/935 (7%) pacientes evaluados con angioTC presentaron una OVMD (42 M3, 16 A2 y 5 P2). En 25/63 (40%) se realizó TM (edad 74 ± 14 años, 52% mujeres), siendo de rescate en 6/25 (24%). La NIHSS basal mediana fue 8 (4-17). La técnica fue aspiración simple en 15 (60%) y combinada en 10 (40%), consiguiendo reperfusión completa en 19 (76%) y EPP en 9 (36%). La tasa de HICs fue de 1/25 (4%) y la mortalidad fue del 2/25 (8%). En pacientes previamente independientes, la TM se asoció a mayor probabilidad de resultado funcional excelente (ERm 0-1) en comparación al tratamiento médico (54 vs. 18%, $p = 0,007$).

Conclusión: En nuestra experiencia, la TM parece un tratamiento seguro para la OVMD, con una alta tasa de reperfusión completa y excelente resultado funcional.

19586. PROTOCOLO DE PRÁCTICA CLÍNICA: ¿DEBEMOS TRATAR MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA A LOS PACIENTES CON EDAD MAYOR O IGUAL A 85 AÑOS?

Ibáñez Gabarrón, L.¹; Arnaldos Illán, P.¹; García Molina, E.¹; Herrero Bastida, P.¹; García Egea, G.¹; Sánchez García, C.¹; Valero López, Á.¹; Llorente Iniesta, M.¹; Martínez García, F.¹; Canovas Iniesta, M.²; Pérez Navarro, V.³; Lozano Caballero, O.⁴; Albert Lacal, L.¹; Díaz Pérez, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca;

²Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Castillo; ³Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia.

Objetivos: Evaluar la seguridad y efectividad de la trombectomía mecánica en pacientes ≥ 85 años en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se recogieron los datos de pacientes con ictus isquémico tratados mediante trombectomía mecánica en un nuestro hospital durante un periodo de 12 años utilizando una base de datos propia. Los pacientes se dividieron por edad en dos grupos: aquellos ≥ 85 años y los de edad inferior. Se analizaron las características clínicas y, como variable resultado, la recanalización, escala de Rankin modificada a los 3 meses (mRS 3m), mejoría neurológica y mortalidad y se compararon entre ambos grupos.

Resultados: Se obtuvieron un total de 1493 pacientes, perteneciendo 99 al grupo de mayor edad. En cuanto a características clínicas, se vio diferencia en la presencia de HTA y cardiopatía embolígena. Dentro de las variables resultado, se realizó análisis univariante, donde se observó recanalización exitosa (escala TICI $\geq 2b$) en el 83 vs. 90,9%. La mRS 3m ≤ 2 fue estadísticamente significativa (25,3 vs. 46,2%). No se vieron diferencias en la mejoría neurológica, mejoría en la escala NIHSS ≥ 4 puntos (68,2 vs. 72,4%), ni en la mortalidad intrahospitalaria (14,4 vs. 15,3%). En el análisis multivariante, se observó que la edad es un factor de riesgo independiente para una mRS 3m ≥ 3 .

Conclusión: La mejoría neurológica y la mortalidad intrahospitalaria fue similar en ambos grupos. No así la recanalización ni la mRS 3m, relacionada esta última con la edad directamente, por lo que debemos tenerla en cuenta a la hora de tratar independientemente del resto de comorbilidades del paciente.

19248. TRATAMIENTO DEL ICTUS AGUDO EN VENTANA EXTENDIDA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Piquero Fernández, C.; Martín Ávila, G.; García García, M.; Salvador Sáenz, B.; Díaz del Valle, M.; Romero Plaza, C.; Terrero Carpio, R.; Escolar Escamilla, E.; Méndez Burgos, A.; Sáenz Lafourcade, C.; Pinel González, A.; Morlán Gracia, L.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos: El manejo de pacientes con ictus isquémico de inicio desconocido ha cambiado con la implantación de técnicas de neuroimagen avanzada (TC perfusión y RM cerebral). Diversos estudios han avalado la administración de fibrinólisis intravenosa (FIV) en ictus isquémico de inicio indeterminado en pacientes en los que estas técnicas demuestran tejido cerebral potencialmente salvable.

Material y métodos: Estudio descriptivo sobre los pacientes ingresados en UI con ictus isquémico agudo tratados con FIV en ventana extendida (inicio al despertar, inicio conocido pero menor de 9h, inicio desconocido presumiblemente menor de 9h).

Resultados: Desde la implantación en nuestro centro de UI se han realizado 45 FIV en pacientes con tiempo de inicio desconocido. La edad media de los pacientes fue 73,66 años. La etiología más frecuente fue la aterotrombótica (33%) seguida de la lacunar (22%). En todos ellos se realizó estudio de TC perfusión. 18 pacientes fueron ictus del despertar, 17 de inicio desconocido presumiblemente menor a 9h y 10 con inicio conocido dentro de las 9h siguientes al inicio (mediana de tiempo 6h 50 minutos). Del total, 9 se sometieron además a trombectomía mecánica de rescate. Presentaron mRS ≤ 2 un 82,2% de los pacientes al alta y un 85,7% a los 3 meses. 4 pacientes presentaron complicaciones hemorrágicas, 2 de ellos intracraneales no sintomáticas y leves.

Conclusión: En nuestra serie de pacientes con ictus isquémico agudo tratados con FIV en ventana extendida los resultados funcionales son favorables, sin haberse producido complicaciones graves tras los procedimientos realizados.

19613. TENECTEPLASE COMO TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO EFECTIVO EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO SECUNDARIO A OCLUSIÓN DE GRAN VASO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EXPERIENCIA DURANTE UN AÑO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Arnaldos Illán, P.¹; Albert Lacal, L.¹; Ibáñez Gabarrón, L.¹; Herrero Bastida, P.¹; García Egea, G.¹; Valero López, Á.¹; Sánchez García, C.¹; Llorente Iniesta, M.¹; Martínez García, F.¹; Pérez Navarro, V.²; Lozano Caballero, M.³; Cánovas Iniesta, M.⁴; Fuentes Rumí, L.¹; Valero López, G.⁵; García Molina, E.¹; Sanz Monllor, A.¹; Morales Ortiz, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca;

²Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Reina Sofía;

³Servicio de Neurología. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao;

⁴Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Castillo;

⁵Unidad de Neuroinmunología Clínica y CSUR de Esclerosis Múltiple. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Objetivos: Numerosos estudios respaldan la no inferioridad de tenecteplase frente a alteplase como fibrinolítico en el ictus isquémico agudo secundario a oclusión de gran vaso. Reportamos la experiencia de nuestro centro tras la aprobación en Comité de Farmacia Regional del uso de tenecteplase en pacientes con ictus isquémico candidatos a fibrinólisis y trombectomía mecánica (TM).

Material y métodos: Análisis descriptivo de los pacientes con ictus isquémico agudo tratados con fibrinólisis y TM, comparando los que recibieron tenecteplase en bolo (0,25 mg/kg), con aquellos que se trataron con alteplase.

Resultados: Entre diciembre de 2021 y diciembre de 2022 se trataron 70 pacientes con fibrinólisis y TM de rescate, 37 con tenecteplase (TNK) y 33 con alteplase (ALT). No se encontraron diferencias significativas en las características basales (edad, sexo, factores de riesgo vascular, antiagregación o anticoagulación previa) entre grupos. No se encontraron diferencias significativas en tiempo medio puerta-aguja

(36,5 min. TNK vs. 44,8 min ALT; p = 0,06), tasa de recanalización exitosa (TICI 2b-3) (94,3% TNK vs. 100% ALT; p = 0,35) ni en porcentaje de hemorragia intracraneal sintomática (2,7% TNK vs. 6,1% ALT; p = 0,60). Tampoco en independencia funcional alcanzada (mRS ≤ 2) a 3 meses (56,8% TNK vs. 45,5% ALT; p = 0,35) ni en mortalidad (5,4% TNK vs. 9,1% ALT; p = 0,66).

Conclusión: Tenecteplase es eficaz en el tratamiento del ictus isquémico agudo, sin diferencias significativas en resultados ni porcentaje de efectos adversos respecto a alteplase, aunque con tendencia a la disminución del tiempo puerta-aguja a favor de tenecteplase. Nuestros resultados son similares a la evidencia publicada.

18734. EFECTO DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA CON TÉCNICA COMBINADA FRENTE A LOS PROCEDIMIENTOS AISLADOS EN LA REVASCULARIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO Y OCLUSIÓN DE GRAN VASO

Ramírez Moreno, J.¹; Parejo Olivera, A.¹; Mesa Hernández, M.¹; Roa Montero, A.¹; Gómez Baquero, M.¹; Valverde Mata, N.¹; Trinidad, M.²; Macías Sedas, P.¹; Tena, D.¹; Ceberino, D.¹; Fernández Prudencio, L.²; Domínguez Llera, P.²; Fernández de Alarcón, L.²

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; ²Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Objetivos: La trombectomía mecánica (TM) usando un *stent retriever* o aspiración por contacto son las técnicas habituales para el tratamiento del ictus con oclusión de gran vaso, pero el beneficio adicional de combinar ambas técnicas es incierto. Nuestro objetivo es determinar si la TM con técnica combinada da un mejor resultado tanto angiográfico como clínico.

Material y métodos: Tratamos 351 pacientes (119 aspiración (TMA), 119 *stent retriever* (TMS), 113 técnica mixta (TMAS)). Se analizan datos demográficos, factores de riesgo, gravedad, puntuación ASPECTS, tiempos de atención y complicaciones. Las variables de buen pronóstico fueron: revascularización arterial completa (TICI 2b/3 en la serie angiográfica final) y una puntuación de Rankin menor o igual a 2 a 90 días.

Resultados: Fueron incluidos en el análisis 149 [42,5%] mujeres y 202 [57,5%] hombres con edad media, 69 años (DE 14,2). La tasa TICI 2b/3 al final del procedimiento endovascular no fue significativamente diferente entre los grupos de trombectomía (83,9% [99] para TMA, 73,9% [88] para TMS y 78,8% [89] para TMAS). Tampoco hubo diferencias significativas en cuanto a lograr un buen pronóstico funcional (47,9% [56] para TMA, 43% [49] para TMS y 38,2% [42] para TMAS). En cuanto a la mortalidad no hubo diferencias significativas (20,5% [24] para TMA, 29,8% [34] para TMS y 31,8% [35] para TMAS). En el análisis ajustado de regresión logística la TMAS no logra ser superior a las técnicas aisladas.

Conclusión: En nuestra serie la técnica combinada de TM en comparación con las técnicas aisladas no mejora significativamente ni la tasa de reperfusión al final del procedimiento ni el pronóstico funcional a los tres meses.

19784. PARÁMETROS DE VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE UNA GUARDIA DE NEUROVASCULAR A NIVEL PROVINCIAL PARA LA SELECCIÓN PREHOSPITALARIA DE PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO CANDIDATOS A TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

Capdevila Lalmolda, J.; Tejada Meza, H.; Pardiñas Barón, B.; Rodríguez Gascón, D.; Garcés Antón, E.; Solanas Letosa, E.¹; Marta Moreno, J.

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet.

Objetivos: Determinar los parámetros de validez diagnóstica (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo) de una guardia de neurovascular específica coordinadora de la atención al ictus a nivel de toda una provincia para identificar correctamente pacientes candidatos a tratamiento endovascular.

Material y métodos: Se han analizado, durante un periodo de 7 meses, todas las activaciones del código ictus por parte de los servicios de emergencias extrahospitalarias que se pusieron en contacto telefónicamente con la guardia de neurovascular de la provincia. Se ha determinado en qué grado fue capaz el neurólogo de guardia (al que se consultaba telefónicamente) de seleccionar qué pacientes debían ser directamente derivados al centro de referencia para TEV sin pasar por su hospital de área.

Resultados: Se han analizado 126 activaciones del código ictus, obteniéndose una sensibilidad del 88,88%; especificidad del 71,29%; valor predictivo positivo (VPP) de 34,04% y un valor predictivo negativo (VPN) de 97,46% para la identificación de pacientes candidatos a TEV.

Conclusión: El modelo presentado ofrece valores de sensibilidad y VPN superiores a las descritas por las escalas prehospitalarias. Las cifras de especificidad y VPP se encuentran en rangos similares a dichas escalas. La experiencia del neurólogo supone una herramienta útil para la selección de pacientes candidatos a TEV en el medio prehospitalario, que podría mejorar el desempeño de las escalas prehospitalarias.

19140. MONITORIZACIÓN CARDÍACA MEDIANTE HOLTER DE EVENTOS PARA LA DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR OCULTA EN PACIENTES CON ICTUS CRIPTOGÉNICO

Torres Iglesias, C.; Alonso García, G.; Sequeiros Fernández, S.; Pose Cruz, E.; Dorta Expósito, B.; Martínez Vásquez, J.; Vicente Alba, P.; Maciñeiras Montero, J.

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) es una de las principales causas de ictus isquémico y accidente isquémico transitorio (AIT). Nuestro objetivo es evaluar el rendimiento diagnóstico de la monitorización mediante holter de eventos (HE) y determinar las posibles variables de riesgo para la detección de FA en pacientes con ictus isquémico o AIT criptogénicos.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes con ictus isquémico o AIT a los que se les realizó HE entre septiembre de 2017 y diciembre de 2019.

Resultados: Se estudiaron un total de 130 pacientes. Se detectó FA mediante HE en 16 (12,1%). La mediana de edad de estos pacientes fue 76,5 años. El 25% presentaban dilatación moderada-grave de la aurícula izquierda en ecocardiograma. Un 87,5% tenían infartos corticales y un 37,5% infartos múltiples. El 43,8% presentaban puntuaciones en la escala CHA2DS2-VASc ≥ 4 . La mediana de tiempo desde la petición del HE hasta su realización fue de 125 días. El 95,9% recibieron tratamiento: 68,8% anticoagulantes de acción directa, 25% antivitamina K y 6,3% cierre de orejuela. El 18,8% presentaron recurrencia de ictus y el 12,5% complicaciones hemorrágicas. Los pacientes en los que se detectó FA presentaban edades más avanzadas ($p = 0,014$) y mayor frecuencia de dilatación moderada-grave de la aurícula izquierda ($p = 0,02$) respecto a los pacientes en los que no se detectó FA.

Conclusión: La rentabilidad diagnóstica del HE en nuestra serie es similar a la descrita en la literatura. Los pacientes con FA en el HE presentaban edades más avanzadas y mayor frecuencia de dilatación moderada-grave de la aurícula izquierda.

Enfermedades cerebrovasculares P5

19837. FUNCIONES EJECUTIVAS Y CONECTIVIDAD FUNCIONAL EN ESTADO DE REPOSO EN PACIENTES CON ICTUS DEL LÓBULO FRONTAL

Amaya Pascasio, L.¹; García Pinteño, J.²; Rodríguez Herrera, R.²; Alonso de Leciñana, M.³; Sánchez Kuhn, A.²; Uceda Sánchez, C.²

Fernández Martín, P.²; León Domene, J.²; Hervás Testal, C.³; Flores Cubos, P.²; Martínez Sánchez, P.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas;

²Facultad de Psicología. Universidad de Almería; ³Servicio de Neurología. Complejo Universitario La Paz.

Objetivos: El síndrome disexecutivo es uno de los problemas cognitivos más prevalentes tras un ictus. Este estudio tiene como objetivo evaluar las funciones ejecutivas (FFEE) y la conectividad funcional en reposo (CF-r) en pacientes con ictus frontal.

Material y métodos: Se reclutaron pacientes con ictus frontal crónico (6 meses-5 años) y sujetos sanos. Las FFEE se evaluaron con las pruebas Nesplora IceCream (memoria de trabajo, planificación), Stop Signal (inhibición motora), Probabilistic Reversal Learning (PRLT, flexibilidad) y Delay Discounting (toma de decisiones impulsivas). La CF-r de la corteza orbitofrontal, prefrontal dorsolateral y parietal posterior se evaluó con espectroscopía funcional de infrarrojo cercano (fNIRS), que mide las concentraciones cerebrales de hemoglobina.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes (59% varones) y 20 sujetos sanos (50% varones). El rango de edad fue 21-57 años, el 43% sufrió un ictus hemisférico derecho, el tiempo medio de evolución fue de 20,5 (IQR 11-39) meses. Los pacientes con ictus mostraron una peor planificación en la tarea Nesplora IceCream ($p < 0,05$) y una mayor inflexibilidad cognitiva ($p = 0,01$) en la PRLT en comparación con los controles. La CF-r entre el córtex orbitofrontal izquierdo y derecho y el córtex parietal posterior fue menor en los pacientes con ictus ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias en función de la lateralidad de la lesión.

Conclusión: Los pacientes con ictus presentaron un deterioro de las FFEE que se asoció a una conectividad reducida entre el córtex orbitofrontal y el córtex parietal posterior. Estos hallazgos podrían ser útiles en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del síndrome disexecutivo tras un ictus frontal.

19873. EVALUACIÓN DE LA USABILIDAD DE UN SMARTWATCH PARA LA DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR ENTRE PACIENTES CON ICTUS

Meza Burgos, C.¹; Juega, J.¹; Francisco, J.²; Santos, A.²; Duran, L.²; Rodríguez, M.¹; Álvarez-Sabin, J.¹; Sero, L.³; Ustell, X.³; Bashir, S.⁴; Silva, Y.⁴; Molina, C.¹; Pagola, J.¹

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

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

³Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Girona Dr. JosepTrueta.

Objetivos: Los smartwatches han demostrado ser una herramienta útil en la detección de fibrilación auricular (FA). Nuestro objetivo fue conocer si la introducción de dicha tecnología es factible en pacientes con ictus en la brecha digital.

Material y métodos: Subestudio prospectivo con inclusión consecutiva de pacientes con ictus isquémico mayores de 55 años (SMART-THUNDER). Se registraron factores determinantes de la adopción tecnológica. Se emplearon escalas validadas para medir la alfabetización sanitaria (HLQS-12), la percepción general hacia la tecnología (TECH-PH) y la usabilidad (SUS). Los participantes fueron entrenados para realizar un iECG por día con el dispositivo Fitbit Charge 5. La usabilidad se evaluó después de una semana de uso.

Resultados: Se incluyeron un total de 44 sujetos (40% mujeres) con una mediana de edad de 69,5 años (RIQ 65-76,3). Los pacientes realizaron una mediana de 6 iECG por semana (RIQ 5-8). Hasta un 91% de los participantes transmitió correctamente los datos para la evaluación del iECG. Se observó buenas puntuaciones de usabilidad en aproximadamente 1 de cada 3 pacientes. Se encontró una correlación negativa entre usabilidad y edad ($r = -0,391$; $p < 0,05$); y una correlación fuerte positiva entre usabilidad y actitud hacia la tecnología ($r = 0,532$;