

prevención primordial debería ser prioritario para mitigar su efecto en la incidencia y pronóstico de la enfermedad.

21354. EVENTOS ISQUÉMICOS ARTERIALES TRAS ICTUS ISQUÉMICO EN ADULTOS JÓVENES: PREVALENCIA, INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Bautista Lacambra, M.¹; Tejada Meza, H.¹; Palacín Larroy, M.¹; Tique Rojas, L.¹; García Alonso, I.¹; Artal Roy, J.¹; Tejero Juste, C.²; Marta Moreno, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet;

²Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Objetivos: Describir la prevalencia e incidencia de eventos isquémicos arteriales (EIA) y factores asociados en pacientes que sufrieron un ictus isquémico/AIT antes de cumplir 50 años.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico que incluye todos los pacientes entre 18-50 años ingresados por ictus isquémico/AIT en hospitales públicos de nuestra provincia entre 2005-2018. Se recogieron variables demográficas, FRCV, fallecimiento y aparición de EIA (enfermedad coronaria, ictus isquémico, enfermedad arterial periférica) durante un seguimiento realizado hasta 30/05/2024. Se realizaron una regresión logística y un análisis de supervivencia para conocer los factores relacionados con nuevos EIA.

Resultados: Se identificaron 762 pacientes, seleccionándose 648 por disponibilidad de seguimiento (59,4% hombres, edad media 42,92 ± 6,83). El seguimiento mediano fue de 124,98 meses (RIC 84,09-180,06). Previo al evento índice, un 10,37% había padecido al menos un EIA; un 6,2% ictus isquémico/AIT; un 3,4% cardiopatía isquémica y un 1,4% enfermedad arterial periférica. El 17,9% presentó al menos un EIA durante el seguimiento. El 14,6% fallecieron. El nuevo EIA más frecuente fue el cerebrovascular (13,5%). En el análisis de supervivencia demostraron significación a favor de nuevo EIA la DM, el tabaquismo, la existencia de ictus previo y la etiología aterotrombótica del ictus.

Conclusión: La prevalencia e incidencia a largo plazo de EIA en adultos jóvenes con ictus isquémico no es despreciable. El tabaquismo, la DM, la existencia de ictus previo y la etiología aterotrombótica del ictus isquémico están asociados a la aparición de nuevos EIA en esta población. Resulta imprescindible realizar campañas de prevención y promoción de la salud para disminuir su aparición.

20468. SICAM-1 Y PREDICCIÓN DE EVENTOS VASCULARES DURANTE EL SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO Y ATEROESCLEROSIS CAROTÍDEA

Carbonell Fernández, P.; Puig Grifol, N.; Benítez González, S.; Aguilera Simón, A.; Delgado Romeu, M.; López Lombardía, Ó.; Ramos Pachón, A.; Martínez Domeño, A.; Prats Sánchez, L.; Guasch Jiménez, M.; Lambea Gil, Á.; Ezcurra Díaz, G.; Martí Fàbregas, J.; Camps Renom, P.

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

Objetivos: En pacientes con ictus isquémico y aterosclerosis carotídea, estudiar la relación entre los niveles sanguíneos de la molécula de adhesión intercelular 1 soluble (sICAM-1) y el riesgo de padecer un evento vascular mayor (EVM).

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes con ictus isquémico y al menos una placa de ateroma con estenosis ≥ 50% en la carótida interna ipsilateral, atendidos en un hospital terciario entre 2016 y 2023. Los ictus de causa cardioembólica o inusual fueron excluidos. Se midieron los niveles sanguíneos de sICAM-1 entre los días 7 y 14 posictus mediante ELISA. Se realizó seguimiento hasta producirse EVM, definido como recurrencia, síndrome coronario agudo o muerte de probable causa vascular; fallecimiento por otra causa o hasta mayo 2024.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes con edad media 73,6 años (DE = 9,5) y 20 (22,2%) fueron mujeres. La mediana de sICAM-1 fue de 178 ng/ml (RIQ 143-287). Tras una mediana de seguimiento de 20 meses (RIQ 8-38) se registraron 24 pacientes con EVM. La mediana de sICAM-1 basal en los pacientes que posteriormente desarrollaron un EVM fue mayor (255 vs. 163 ng/ml; p = 0,003). En un análisis multivariante mediante regresión de Cox ajustado por edad y grado de estenosis, sICAM-1 se asoció de forma independiente al riesgo de EVMs. Presentar niveles de sICAM-1 ≥ 240 ng/ml se asoció a mayor riesgo de EVM con una HR de 3,34 (IC95% 1,43-7,79; p = 0,005).

Conclusión: En pacientes con ictus isquémico reciente y aterosclerosis carotídea, los niveles de sICAM-1 se asociaron a mayor riesgo de sufrir un EVM durante el seguimiento.

21109. PROYECTO ILERCAROTID: ANÁLISIS NO DIRIGIDO DE BIOMARCADORES PLASMÁTICOS RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS DE ESTENOSIS CAROTÍDEA REVASCULARIZADA EN PACIENTES

Pereira Priego, C.¹; Torreguitart, N.²; Salvany, S.¹; Arque, G.¹; Purroy, F.³

¹Grup de Neurociències Clíniques. Institut de Recerca Biomèdica de Lleida; ²Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

Objetivos: El objetivo es encontrar biomarcadores metabólicos y lipídicos plasmáticos relacionados con las características ecográficas de la placa aterosclerótica y que puedan diferenciar a los pacientes con estenosis carotídea sintomática (PS) de los pacientes asintomáticos (PA).

Material y métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con estenosis carotídea revascularizada para el análisis no-dirigido metabólico y lipídico de biomarcadores plasmáticos. Se compararon los pacientes con PS y PA, y los pacientes con placa vulnerable ecográfica según la clasificación Gray-Weale (PV) vs. placa no vulnerable (PNV).

Resultados: Se analizaron 174 pacientes: 78 (44,8%) PS vs. 96 (55,2%) PA y, 68 (39,1%) PV vs. 105 (60,4%). Los pacientes con PS fueron significativamente mayores mientras que los PA tuvieron una mayor proporción de dislipemia. En el estudio del perfil metabólico/lipídico se identificaron 28 lípidos y 25 metabolitos expresados diferencialmente en el análisis no-paramétrico, FDR < 0,05. En la comparación entre PV y PNV, se observó una mayor proporción de FRV en el grupo PNV. En el estudio del perfil metabólico/lipídico no se encontró ninguna molécula que se expresara diferencialmente.

Conclusión: Hemos descrito un perfil ómico que diferencia los pacientes con PS de los pacientes con PA. Sin embargo, no encontramos un perfil de vulnerabilidad de placa ecográfica.

Enfermedades cerebrovasculares II

20779. OPTIMIZACIÓN DE ALGORITMO DE INDICACIÓN DE MONITORIZACIÓN HOLTER PROLONGADA EN DOMICILIO TRAS ICTUS CRIPTOGENICO-ESUS

Marta Enguita, J.¹; de la Riva Juez, P.¹; de Arce Borda, A.¹; Díez González, N.¹; González López, F.¹; Vinagre Aragón, A.¹; Laspiur Gandara, R.¹; López de Turiso, A.¹; Zubia Olaskoaga, F.²; del Bosque Martín, C.³; Martínez Zabaleta, M.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea;

²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea;

³Servicio de Cardiología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea.

Objetivos: La monitorización *holter* prolongada tras ictus criptogénico-ESUS es un recurso escaso pero importante que permite aumentar la detección de FA hasta el 30%.

Material y métodos: Registro observacional prospectivo de pacientes con ictus criptogénico con colocación de monitorización prolongada *holter* con sistema Eclipse-SpaceLab por parte del Servicio de Neurología en el periodo 07/2022-03/2024. Análisis univariante y comparación ROC de modelos predictivos para construcción de algoritmo incluyendo variables clínico-demográficas, ecocardiográficas y de neuroimagen, así como detección de FA.

Resultados: Se monitorizaron 127 pacientes con una media de 13 días (mín 2-máx 27). Se detectó FA en un 8% (10/127) y otros 5 en estudios posteriores. Considerando factores relacionados con baja rentabilidad (no lesión en neuroimagen, infarto profundo con FRCV, FOP paciente joven sin cardiopatía) se identificaron 32 estudios (25%) con tasas de detección de 0/32 (0%) vs. 10/95 (11%) en el resto. En los pacientes con FA, se encontraron diferencias en: edad (78,4 vs. 68,3 $p < 0,01$), presencia de taquicardia supraventricular irregular en la monitorización previa (73 vs. 26% $p < 0,01$), ESV > 50/hora (100 vs. 36% $p < 0,01$), infarto cortical (13 vs. 0%, $p < 0,01$) y dilatación auricular (19 vs. 4%, $p < 0,01$). Incluyendo estas variables se construyó una escala predictiva con capacidad alta (AUC 0,89, S 86%, E 83%) que se constituye como nuevo algoritmo de indicación. Este algoritmo se validó en otra cohorte (43 pacientes ictus criptogénico-ESUS) con similar rendimiento (AUC 0,82, S 83%, E 74%).

Conclusión: Una adecuada estratificación del riesgo de desarrollo de FA en los pacientes con ictus criptogénico-ESUS puede aumentar la eficacia de los sistemas de monitorización prolongada.

21429. PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO EN ESPAÑA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

García Ruiz, B.¹; Amaya Pascasio, L.¹; Garrido Hernández, T.¹; Ferra Murcia, S.²; Arjona Padillo, A.¹; Martínez Sánchez, P.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas;

²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Objetivos: Se ha descrito un mayor riesgo de ictus isquémico (II) en personas VIH+, habiéndose reportado el VIH como factor de riesgo cerebrovascular. La aterogenicidad del TAR también podría contribuir al incremento del riesgo. Nuestro objetivo es evaluar la prevalencia de VIH+ en sujetos españoles hospitalizados por II comparando comorbilidades, mortalidad y evolución con pacientes con II VIH-.

Material y métodos: Estudio observacional transversal basado en el Conjunto Mínimo Básico de Datos. Incluimos sujetos > 18 años con II como diagnóstico principal al alta durante 2016-2020. Se registraron variables clínicas y demográficas. Se realizó un análisis descriptivo y bivalente comparando los grupos VIH+ y VIH-.

Resultados: Incluidos 236.040 pacientes: 424 (0,18%) VIH+, (0,7% en < 50 años). En este grupo la edad media fue menor: 57,2 (DE 9,8) vs. 74,6 (DE 13,4) años, ($p < 0,001$), presentaron menos factores de riesgo vascular (FRV): hipertensión arterial 40,8 vs. 55,1%, dislipemia 34,4 vs. 41,9% y diabetes mellitus 15,8% vs. 29,6% ($p < 0,05$); y fibrilación auricular (4,5 vs. 29,3%, $p < 0,001$); y mayor consumo de tóxicos (21,2 vs. 0,7%, $p < 0,001$) y endocarditis (0,5 vs. 0,1%, $p = 0,03$). La estancia media en VIH+ fue mayor: 11,8 (DE 15,5) vs. 9,9 (DE 16,6) días, ($p = 0,01$). No hubo diferencias en ateromatosis intracraneal, cardiopatía isquémica, tratamiento revascularizador, topografía, sintomatología ni mortalidad (9,7 vs. 12,6%, $p = 0,07$).

Conclusión: La prevalencia de VIH+ en pacientes adultos con II fue baja, siendo mayor en < 50 años. El grupo VIH+ fue más joven, con menos FRV. A pesar de ello, no hubo diferencias en cuanto a mortalidad, complicaciones hospitalarias, ateromatosis intracraneal y cardiopatía isquémica.

20305. COMPARACIÓN DE MONOTERAPIA ANTICOAGULANTE FRENTE A COMBINADA CON ANTIAGREGACIÓN COMO PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES CON STENT CAROTÍDEO Y FIBRILACIÓN AURICULAR

González Feito, P.¹; Ruiz Hernández, A.¹; Tejada García, J.¹; Romero Alonso, D.²; Fernández Martínez, A.²; Baldi Borelli, J.²; Pérez Álvarez, A.³

¹Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León;

²Servicio de Radiología intervencionista. Complejo Asistencial Universitario de León; ³Unidad de Investigación y Desarrollo. Complejo Asistencial Universitario de León.

Objetivos: Evaluación de la eficacia y seguridad de la monoterapia anticoagulante frente a la combinada con antiagregación como tratamiento de prevención secundaria tras angioplastia carotídea (CAS), en pacientes con fibrilación auricular.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes sometidos a CAS durante 2006-2024 que precisan anticoagulación. Se recogieron variables demográficas, terapéuticas y pronósticas. Se estudiaron 2 grupos según terapia actual: anticoagulación monoterapia (AM) y anticoagulación combinada con antiagregación simple/doble (AC). Se recogieron complicaciones periprocedimiento. La seguridad y eficacia se evaluaron según eventos hemorrágicos y trombóticos (ictus reincidente y/o trombosis *stent*) respectivamente.

Resultados: 35 pacientes cumplían criterios de inclusión (6 del grupo AM y 27 del AC; 2 excluidos por antiagregación aislada). Edad media 74,2 (DE 9,2) años, con características basales similares entre grupos. El 88,2% presentaba HAS-BLED ≥ 3 . Ningún paciente del grupo AM presentó sangrados no intracraneales relevantes, frente a 9 del AC (0 vs. 33,33%; $p = 0,15$). En cuanto a sangrados intracraneales, ningún paciente del grupo AM los presentó, frente a 2 del grupo AC (0 vs. 7,7%; $p = 1$). No hubo trombosis del *stent* en el grupo AM frente 2 pacientes en el AC (0 vs. 7,41%; $p = 1$); 1 paciente del grupo AM tuvo ictus reincidente frente a 2 del AC (16,67 vs. 7,41%; $p = 1$).

Conclusión: En pacientes con *stent* carotídeo que precisan anticoagulación, la monoterapia con un anticoagulante como tratamiento de prevención secundaria a largo plazo no presenta diferencias estadísticamente significativas en la prevención secundaria de eventos trombóticos frente a la terapia combinada con antiagregación.

20893. REGISTRO DE ICTUS ISQUÉMICO EN PACIENTES CON VALVULOPATÍA MECÁNICA

Alarcón Falces, J.¹; Julián Villaverde, F.¹; Zobarán Fernández de Larrinoa, A.¹; de Celis Font, I.²; López-Vázquez Cabrillo, C.¹; Gil Castellanos, M.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospital San Pedro; ²Servicio de Neurología. Hospital San Pedro.

Objetivos: Describir las características de ictus isquémico en pacientes portadores de prótesis mecánicas.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes que presentaron ictus isquémico con valvulopatía desde 2019 hasta la actualidad en nuestro hospital.

Resultados: Se registraron un total de 35 pacientes. La edad media fue de 69,43 años (DE $\pm 10,19$), de los cuales 20 (57,1%) eran varones. El factor de riesgo más prevalente fue la HTA (71,4%). El 65% de los pacientes presentaban fibrilación auricular. La válvula más sustituida fue la mitral (60%) seguida de la aórtica (25,7%) y de la doble sustitución (14,3%) mitroaórtica. Todos los pacientes estaban en tratamiento con antagonistas de la vitamina K. El INR (mediana Q1-Q3) al ingreso fue de 2,41 (1,94-2,83). No hubo diferencias significativas en el INR al ingreso entre los pacientes que fallecieron y los que no (2,29 $\pm 0,18$ vs. 2,43 $\pm 0,77$; $p = 0,980$). La NIHSS (mediana Q1-Q3) al ingreso fue de 4 (2-12) y al alta de 1 (0-3). Se realizó ETT en 29 pacientes (83%), encontrándose trombosis valvular en 4 (18,8%) y se relacionó con un aumento