

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