

del riesgo de fallecimiento (OR 4,83, IC95% [1,439-16,23]  $p = 0,026$ ). 4 pacientes (11,4%) fallecieron durante el ingreso.

**Conclusión:** El pronóstico de los pacientes con ictus isquémico y valvulopatía metálica fue generalmente bueno, con baja tasa de mortalidad. El INR estuvo por debajo de los rangos establecidos (2,5-3,5). La trombosis valvular fue poco frecuente, pero aumentó el riesgo de fallecimiento.

## 21294. MÁS ALLÁ DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR OCULTA COMO CAUSA DE ICTUS CRIPTOGÉNICO-ESUS: HALLAZGO RETROSPECTIVO DE ATEROMATOSIS INESTABLE

Esnaola Barriola, I.<sup>1</sup>; Escriche Gorospe, E.<sup>1</sup>; Lecumberri de Fuentes, E.<sup>2</sup>; Sánchez Amaya, C.<sup>3</sup>; Bermejo Garcés, R.<sup>3</sup>; Herrera Isasi, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital de Navarra; <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario de Navarra.

**Objetivos:** Identificar la presencia de ateromatosis inestable no estenosante en pacientes con ictus isquémico-ESUS y analizar los factores relacionados, ya que es una potencial causa de ictus criptogénico.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de 93 pacientes con ictus isquémico-ESUS, con angioTC en fase aguda y que habían recibido monitorización ECG prolongada en busca de FAP (descartando menores de 65 años en los que se encontró FOP). Revisión del territorio arterial ipsilateral y cayado aórtico en angioTC, determinando si cumplían criterios de ateromatosis inestable y/o estenosante. Análisis estadístico de los factores asociados y correlación entre ateromatosis inestable y diagnóstico de FAP posterior al evento.

**Resultados:** 59/93 (63,5%) pacientes presentaban ictus en un único hemisferio, 17/93 (18,2%) en territorio vertebrobasilar y 17/93 (18,3%) multiterritoriales. En 23/93 (24,7%) se descubrió ateromatosis inestable (21/93 ACI extracraneal, 4/93 ACI intracraneal, 2/93 cayado aórtico, 2/93 arteria vertebral). En 5/93 se vio estenosis  $\geq 50\%$  (4 ACI extracraneal y 1 ACI intracraneal). 15/93 (16,1%) tuvieron FA; en los pacientes con ateromatosis inestable únicamente 1/23 (4,3%). Ambos hallazgos mostraron una correlación negativa, sin alcanzar la significación estadística ( $p = 0,078$ ). El único factor relacionado de forma significativa con la presencia de ateromatosis inestable/estenosante fue la ausencia de tratamiento con estatinas.

**Conclusión:** 1/4 pacientes de nuestra cohorte presentaron ateromatosis inestable/estenosis en territorio arterial sintomático y tuvieron menor incidencia de FAP. La ausencia de tratamiento con estatinas fue el único factor asociado significativamente. La revisión retrospectiva de la angioTC en los pacientes con ictus criptogénicos puede cambiar el diagnóstico etiológico y las medidas de prevención secundaria.

## 21071. UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE PROADRENOMODULINA EN EL CÓDIGO ICTUS: ESTUDIO PRESTO

Sanabria Gago, C.<sup>1</sup>; Berbegal Serralta, R.<sup>1</sup>; Alonso Maroto, J.<sup>1</sup>; Escribano Hernández, V.<sup>1</sup>; Colino Galián, B.<sup>1</sup>; Salgado Barbado, E.<sup>1</sup>; Sobrado Sanz, M.<sup>1</sup>; Ramos Marín, C.<sup>1</sup>; Ximénez-Carrillo Rico, Á.<sup>1</sup>; de la Fuente Sanz, E.<sup>2</sup>; González Martínez, A.<sup>1</sup>; Sánchez Rodríguez, C.<sup>1</sup>; Somovilla, A.<sup>1</sup>; Vivancos Mora, J.<sup>1</sup>; Trillo Senín, S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Stavanger University Hospital.

**Objetivos:** La utilidad de la proadrenomedulina (pro-ADM) como biomarcador en enfermedades cerebrovasculares es desconocida. El objetivo del estudio PRESTO (ProadRenomedulina valuE STroke cOde) fue analizar su potencial utilidad diagnóstica y pronóstica en pacientes atendidos como código ictus (CI).

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo unicéntrico de pacientes valorados como CI (mayo/23-abril/24). Se analizaron los

niveles séricos de pro-ADM extraídos de emergencia, previo a la neuroimagen. Se evaluaron diferencias en los niveles plasmáticos entre pacientes con oclusión arterial de gran vaso (OGV, definida por T-carotídea, M1, M2, o arteria basilar), y su asociación con el pronóstico.

**Resultados:** Fueron incluidos 130 pacientes: 40% mujeres, edad media 72 años (DE: 13). Mediana de NIHSS basal de 10 (RIC: 4-18), con diagnóstico final: ictus isquémico (70,7%), hemorragia intracerebral (13,1%), *stroke mimic* (16,2%). El 35,4% presentaron OGV y el 72,2% se trató con trombectomía mecánica. Los niveles medios de pro-ADM fueron 0,7 pmol/l (DE: 0,29). Estos niveles fueron significativamente mayores en pacientes de mayor edad ( $p < 0,001$ ), antecedentes de FA ( $p = 0,006$ ), en aquellos diagnosticados de ictus isquémico por OGV ( $p = 0,04$ ) y de etiología cardioembólica ( $p = 0,007$ ). Como predictor pronóstico, la pro-ADM se correlacionó con NIHSS al alta ( $p < 0,001$ ), mRS al alta ( $p = 0,03$ ) y a los 3 meses ( $p = 0,001$ ). Valores de pro-ADM  $> 1,2$  se correlacionaron con mayor tasa de OGV ( $p = 0,048$ ) y muerte intrahospitalaria ( $p = 0,02$ ). Se observó una tendencia hacia niveles más altos en ictus isquémicos que hemorrágicos, sin alcanzar significación estadística ( $p = 0,3$ ).

**Conclusión:** El estudio PRESTO sugiere que la pro-ADM podría ser un biomarcador útil en enfermedades cerebrovasculares. Los niveles de pro-ADM se asociaron al diagnóstico de OGV y etiología cardioembólica, pudiendo ser superiores en el ictus isquémico respecto al hemorrágico, además de mostrar potencial pronóstico.

## 21238. VALOR PREDICTIVO DE LA DILATACIÓN AURICULAR PARA LA DETECCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR OCULTA EN UNA SERIE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES ESUS CON MONITORIZACIÓN TEMPRANA Y CONTINUA DE ECG

Ayo Martín, Ó.<sup>1</sup>; Rieta, J.<sup>2</sup>; Payá Montes, M.<sup>1</sup>; López Neyra, I.<sup>3</sup>; Hidalgo Olivares, V.<sup>3</sup>; Guerra Luján, L.<sup>3</sup>; Lobato Casado, P.<sup>4</sup>; Flores Barragán, J.<sup>5</sup>; de Lera Alfonso, M.<sup>6</sup>; González Feito, P.<sup>7</sup>; Durán Sepúlveda, V.<sup>7</sup>; Serrano Serrano, B.<sup>1</sup>; Palao Rico, M.<sup>1</sup>; Segura Martín, T.<sup>1</sup>; Alcaraz Martínez, R.<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>2</sup>Departamento de Ingeniería Electrónica. Universitat Politècnica de Valencia; <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León; <sup>8</sup>Escuela Politécnica de Cuenca. Universidad de Castilla-La Mancha.

**Objetivos:** La dilatación de la AI es uno de los marcadores ecocardiográficos más empleados en los modelos predictivos de FA oculta en pacientes con ESUS. Sin embargo, existe una gran variabilidad en su modo de medición y en los puntos de corte patológicos elegidos. En este trabajo se analiza la capacidad predictiva del riesgo de FA de diferentes puntos de corte de dicha dilatación, obtenidos por combinación de varias medidas, en una cohorte de pacientes ESUS con monitorización temprana con ECG continuo.

**Material y métodos:** Además de variables clínicas, se han recogido otras ecocardiográficas referentes a la dilatación de la AI, tales como el diámetro, el área, el volumen y el volumen indexado, de 158 pacientes desde 5 hospitales. Tras el seguimiento con ECG de 30 días, se detectó FA en 29,7% de los pacientes. Considerando la información de los índices disponibles en cada caso, se establecieron dos puntos de corte para dicotomizar la dilatación de la AI: moderada-grave y dilatación leve-moderada-grave.

**Resultados:** Un análisis de regresión logística multivariante solo asoció al riesgo de FA la dilatación de la AI para el segundo caso. Su inclusión en un modelo formado por las variables NT-proBNP, obesidad y dislipemia consiguió mejorar notablemente su rendimiento: AUC 61,85%, Se 64,52%, Es 67,16%, PPV 48,76% y NPV 79,62 vs. AUC 67,32%, Se 67,42%, Es 71,00%, PPV 53%, y NPV 81,81%.