

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 RETROSPETIVO DE ATEROMATOSIS INESTABLE

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

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra; ²Servicio de Radiología. Hospital de Navarra; ³Servicio 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.¹; Berbegal Serralta, R.¹; Alonso Maroto, J.¹; Escrivano Hernández, V.¹; Colino Galián, B.¹; Salgado Barbado, E.¹; Sobrado Sanz, M.¹; Ramos Marín, C.¹; Ximénez-Carrillo Rico, Á.¹; de la Fuente Sanz, E.²; González Martínez, A.¹; Sánchez Rodríguez, C.¹; Somovilla, A.¹; Vivancos Mora, J.¹; Trillo Senín, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

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

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ²Departamento de Ingeniería Electrónica. Universitat Politècnica de Valencia; ³Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Salud; ⁵Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Ciudad Real; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ⁷Servicio de Neurología. Complejo Asistencial Universitario de León; ⁸Escuela 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%.

Conclusión: La estimación de la dilatación leve de la AI parece aportar información predictiva del riesgo de FA en el contexto analizado.

21268. ENCUESTA SOBRE EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ANEURISMA CEREBRAL INCIDENTAL EN OBSERVACIÓN: ESTUDIO ESPACIO

Granja López, J.¹; Gómez-Escalonilla Escobar, C.²; García Torres, A.³; Navas Vinagre, I.³; Oses Lara, M.³; García Castro, J.¹; Estebas Armas, C.¹; Lorenzo Diéguez, M.¹; González Sarmiento, R.¹; García Yu, R.¹; García Pastor, A.⁴; Iglesias Mohedano, A.⁴; Vivancos Mora, J.⁵; Santos Sánchez de las Matas, L.⁶; Fernández Ferro, J.⁶; Cruz Culebras, A.⁷; Carneado Ruiz, J.⁸; de la Rosa Ruiz, C.⁹; Alonso de Leciñana, M.¹; Fuentes Gimeno, B.¹; Ruiz Ares, G.¹; Rigual Bobillo, R.¹; de Celis Ruiz, E.¹; Casado Fernández, L.¹; Hervás Testal, C.¹; González, L.¹; Rodríguez-Pardo de Donlebún, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; ²Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ³Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ⁴Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; ⁷Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ⁹Servicio de Radiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: La creciente disponibilidad de las pruebas de neuroimagen ha llevado a un aumento en la identificación de aneurismas cerebrales incidentales (ACI). Su manejo está en debate, no existiendo consenso sobre su estrategia de seguimiento, que puede generar ansiedad en los pacientes. Nuestro objetivo es evaluar el impacto del diagnóstico y el seguimiento por imagen en las actividades habituales y calidad de vida. **Material y métodos:** Estudio transversal multicéntrico de pacientes con ACI. Se excluyeron aquellos con antecedentes neuroquirúrgicos, ictus, poliquistosis renal, aneurismas sintomáticos, intervenidos o con previsión de intervención. Recibieron una encuesta anónima de 36 preguntas sobre sus hábitos y su calidad de vida percibida tras el diagnóstico mediante un cuestionario validado (PROMIS).

Resultados: Se obtuvieron 68 respuestas de 183 pacientes identificados en 8 hospitalares. El 74% eran mujeres, de edad mediana 62 (55-70) años. El 72% realizaban al menos un control de imagen al año. El 63% indicó que las pruebas de control les tranquilizaban, y un 18% mostraban preocupación por los resultados. El 28% refirió llevar un estilo de vida más saludable desde el diagnóstico, mientras que el 19% reconoció un impacto negativo en sus actividades habituales. El 68% reconocieron evitar o condicionar al menos una actividad o situación de una lista. Globalmente, el 77% calificó su calidad de vida como buena o muy buena.

Conclusión: El diagnóstico de ACI parece influir en las actividades de la mayoría de los pacientes. Sin embargo, el seguimiento ha favorecido cambios hacia estilos de vida más saludables, sin detrimento de su calidad de vida percibida.

20559. COMPARACIÓN ENTRE ANTIAGREGACIÓN AGRESIVA Y CONVENCIONAL EN LA IMPLANTACIÓN DE STENT CAROTÍDEO DURANTE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA. ENTRE LA OCLUSIÓN Y LA HEMORRAGIA

Bonilla Tena, A.¹; Lera Ramírez, I.¹; García Pastor, A.¹; Seoane, D.²; Calleja, P.²; Ostos, F.²; de Celis, E.³; Gómez Escalonilla, C.⁴; Pérez Gil, D.⁵; Vera Lechuga, R.⁵; Moreno, C.⁵; Fernández Ferro, J.⁶; Montalvo Moraleda, M.⁶; Roa Escobar, J.⁷; García Torres, A.⁷; Navas Vinagre, I.⁷; Escolar Escamilla, E.⁸; Terrero Carpio, R.⁸; Martín Ávila, G.⁸; Vales Montero, M.¹; Iglesias Mohedano, A.¹; Simal Hernández, P.⁴; López-Frías López-Jurado, A.⁴; Gil Núñez, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz;

⁴Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; ⁷Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos: Desconocemos cuál es la estrategia antiagregante más adecuada en la implantación de stent carotídeo durante la trombectomía mecánica (TM). Analizamos la tasa de oclusión/reestenosis precoz (< 48 horas), hemorragia intracranal sintomática (HICS) e independencia funcional a 3 meses (escala Rankin modificada [ERm] 0-2) en pacientes tratados con TM + implantación de stent (TM + stent) en función de la estrategia antiagregante utilizada durante el procedimiento. **Material y métodos:** Registro multicéntrico de pacientes con ictus isquémico tratados con TM + stent entre 2019-2023. Recogimos variables demográficas, características del ictus, tratamiento, complicaciones y ERm a 3 meses.

Resultados: 310 pacientes, 215 varones (69,4%), edad media 67,1 (DE 12,8), NIHSS basal 16 (RIC: 9-20), ASPECTS basal 9 (7-10), 128 recibieron trombólisis IV (41,3%). 96 recibieron antiagregación agresiva (75 antagonistas GPIIb-IIIa ± AAS, 21 clopidogrel o ticagrelor ± AAS) y 209 tratamiento convencional (191 AAS, 18 ningún tratamiento). Se produjo oclusión/reestenosis precoz en 43 pacientes (14,9%), 18 (5,8%) sufrieron HICS y 152 (55,3%) alcanzaron ERm 0-2. La estrategia antiagregante no modificó el riesgo de oclusión/reestenosis precoz: OR para antiagregación agresiva 1,43 (IC95% 0,72-2,81), p = 0,308, ni de HICS: OR 0,60 (0,19-1,88), p = 0,383. La antiagregación agresiva se asoció a una mayor probabilidad de ERm 0-2: OR 1,80 (1,06-3,04), p = 0,028, pero el efecto desapareció tras ajustar por edad, NIHSS basal, trombólisis y HICS.

Conclusión: En esta serie la tasa de oclusión/reestenosis precoz del stent fue elevada. La antiagregación agresiva durante el procedimiento no redujo el riesgo oclusión/reestenosis pero tampoco aumentó el riesgo de HICS. La estrategia antiagregante no parece tener impacto en el pronóstico funcional a 3 meses.

21536. DIGITALIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL ICTUS: RIESGOS DE LA BRECHA DIGITAL Y DE GÉNERO

Meza Burgos, C.¹; Juega, J.²; Bashir, S.²; Sero, L.³; Ustell, X.³; Cánovas, D.⁴; Figueras, G.⁴; Baladas, M.¹; Paredes, K.¹; Sánchez, E.¹; Molina, C.¹; Pagola de la Blanca, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario Parc Taulí.

Objetivos: El uso de la tecnología viene modificando diversos protocolos de atención al usuario. Nuestro propósito fue evaluar las disparidades implicadas con el uso de la tecnología dentro de una intervención dirigida a la prevención secundaria del ictus.

Material y métodos: Realizamos un análisis secundario de datos de un ensayo clínico de pacientes con ictus isquémico ≥ 55 años (SMART-THUNDER). Los participantes (n = 63) fueron entrenados para el uso de una pulsera de actividad física y una aplicación de salud. La percepción sobre el uso de la tecnología fue evaluada al momento de inclusión (TECH-PH) y la usabilidad se evaluó a los 30 días (SUS). Se aplicó análisis de regresión múltiple para identificar predictores de baja usabilidad tecnológica.

Resultados: La edad media fue de 75 ± 9,5 años y el 41,8% eran mujeres. Las mujeres mostraron tasas más altas de enfermedad psiquiátrica, menor nivel educativo, más probabilidades de vivir solas, un estado funcional afectado, una actitud más negativa hacia el uso de nuevas tecnologías y menores niveles de usabilidad digital que los hombres (p < 0,05). Solo una actitud negativa hacia el uso de nuevas tecnologías (TECH-PH) se asoció significativamente con una menor usabilidad digital (ORa = 2,02, IC95% 1,12-3,64).