

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

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; <sup>9</sup>Servicio 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 hospitales. 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% reconocía 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.<sup>1</sup>; Lera Ramírez, I.<sup>1</sup>; García Pastor, A.<sup>1</sup>; Seoane, D.<sup>2</sup>; Calleja, P.<sup>2</sup>; Ostos, F.<sup>2</sup>; de Celis, E.<sup>3</sup>; Gómez Escalonilla, C.<sup>4</sup>; Pérez Gil, D.<sup>5</sup>; Vera Lechuga, R.<sup>5</sup>; Moreno, C.<sup>5</sup>; Fernández Ferro, J.<sup>6</sup>; Montalvo Moraleda, M.<sup>6</sup>; Roa Escobar, J.<sup>7</sup>; García Torres, A.<sup>7</sup>; Navas Vinagre, I.<sup>7</sup>; Escolar Escamilla, E.<sup>8</sup>; Terrero Carpio, R.<sup>8</sup>; Martín Ávila, G.<sup>8</sup>; Vales Montero, M.<sup>1</sup>; Iglesias Mohedano, A.<sup>1</sup>; Simal Hernández, P.<sup>4</sup>; López-Frías López-Jurado, A.<sup>4</sup>; Gil Núñez, A.<sup>1</sup>

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

<sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; <sup>8</sup>Servicio 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 intracraneal 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.<sup>1</sup>; Juega, J.<sup>2</sup>; Bashir, S.<sup>2</sup>; Sero, L.<sup>3</sup>; Ustrell, X.<sup>3</sup>; Cánovas, D.<sup>4</sup>; Figueras, G.<sup>4</sup>; Baladas, M.<sup>1</sup>; Paredes, K.<sup>1</sup>; Sánchez, E.<sup>1</sup>; Molina, C.<sup>1</sup>; Pagola de la Blanca, J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari 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).