

**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>; Oses 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 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.<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 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.<sup>1</sup>; Juega, J.<sup>2</sup>; Bashir, S.<sup>2</sup>; Sero, L.<sup>3</sup>; Ustell, 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 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).

**Conclusión:** La usabilidad digital se vio influida por la actitud hacia el uso de nuevas tecnologías. Por otro lado, las mujeres demostraron mayores barreras y desafíos en relación con su salud mental, condiciones de vida y habilidad con las tecnologías. Es necesario implementar intervenciones de salud digital personalizadas que consideren la probable brecha digital y de género.

## 20175. ECOCARDIOGRAFÍA AURICULAR AVANZADA Y ESTUDIO DEL RITMO CARDIACO EN ICTUS CRIPTOGÉNICO: RESULTADOS DEL ESTUDIO ARIES

Rigual Bobillo, R.<sup>1</sup>; García Castro, J.<sup>1</sup>; Castrejón Castrejón, S.<sup>2</sup>; Fernández Gassó, L.<sup>3</sup>; Ruiz Ares, G.<sup>1</sup>; Martínez Cossiani, M.<sup>4</sup>; Rodríguez Pardo, J.<sup>1</sup>; Hervás Testal, C.<sup>1</sup>; de Celis Ruiz, E.<sup>1</sup>; Casado Fernández, L.<sup>1</sup>; Alonso de Leciñana, M.<sup>1</sup>; Alonso López, E.<sup>1</sup>; González Martín, L.<sup>1</sup>; Díez Tejedor, E.<sup>1</sup>; Pérez David, E.<sup>3</sup>; Merino, J.<sup>4</sup>; Fuentes, B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Ictus. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; <sup>2</sup>Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada. Servicio de Cardiología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; <sup>3</sup>Unidad de Imagen Cardiaca. Servicio de Cardiología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; <sup>4</sup>Área de Neurociencias. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

**Objetivos:** La fibrilación auricular (FA) es una de las causas más frecuentes de ictus criptogénico (IC). Analizamos el riesgo de (FA) o alta carga de actividad ectópica auricular (AAEA) en pacientes con IC, comparando su función auricular y los resultados a 1 año.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de pacientes con IC. Analizamos la frecuencia de FA y AAEA (> 3.000 latidos ectópicos auriculares/día o > 2 rachas de taquicardia auricular entre 3 latidos y ≤ 30 s) en dos holter-EKG de 30 días. Comparamos signos de disfunción de la aurícula izquierda (AI) mediante ecocardiografía avanzada según el ritmo: FA, AAEA y ritmo sinusal (RS) y evaluamos la recurrencia del ictus y mortalidad a 1 año.

**Resultados:** Se incluyeron 109 pacientes. 35 (32,1%) presentaron FA, 27 (24,8%) AAEA y 47 (43,1%) RS. En el análisis multivariante, los pacientes con FA comparados con RS presentaron significativamente mayores volúmenes indexados 2D/3D AI, menor fracción de eyeccción AI y menor strain auricular en fase de reservorio y contracción. Los pacientes con AAEA mostraron mayores volúmenes indexados 2D/3D AI y menor strain de reservorio que los pacientes con RS solo en el análisis univariante. No hubo diferencias en la recurrencia isquémica o mortalidad entre grupos.

**Conclusión:** En pacientes con IC, FA está fuertemente relacionada con el volumen función, el strain de reservorio y contracción auricular, mientras que los pacientes con AAEA mostraron menores cambios estructurales. La ecocardiografía avanzada de AI podría ayudar en la selección de pacientes para la monitorización prolongada de EKG en casos de sospecha de etiología cardioembólica.

## 20618. PREDICCIÓN PREHOSPITALARIA DE ICTUS POR OCCLUSIÓN DE GRAN VASO CON TÉCNICAS DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO: ESTUDIO INDIA

Reig Roselló, G.<sup>1</sup>; Ríos Delgado, M.<sup>2</sup>; Riera López, N.<sup>3</sup>; Moreno Jiménez, M.<sup>4</sup>; Rodríguez Rodil, N.<sup>3</sup>; Martínez Gómez, J.<sup>3</sup>; Nombela Merchán, F.<sup>1</sup>; Trillo Senín, S.<sup>1</sup>; Calleja, P.<sup>5</sup>; Fuentes Gimeno, B.<sup>6</sup>; Cruz Culebras, A.<sup>7</sup>; Vivancos Mora, J.<sup>1</sup>; Ayala Rodrigo, J.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Facultad de Informática. Universidad Complutense de Madrid;

<sup>3</sup>Servicio de Urgencia Médica de Madrid. SUMMA 112; <sup>4</sup>Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación. Universidad Politécnica de Madrid; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario

12 de Octubre; <sup>6</sup>Centro de Ictus. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria La Paz (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

**Objetivos:** Actualmente la selección de ictus por oclusión de gran vaso (IOV) extrahospitalaria se apoya en la utilización de escalas clínicas como la Madrid DIRECT (eMD). Nuestro objetivo es evaluar la capacidad de predicción de IOV en pacientes atendidos como código ictus extrahospitalario mediante técnicas de aprendizaje automático analizando datos clínicos y hemodinámicos.

**Material y métodos:** Estudio observacional multicéntrico y prospectivo. Se incluyeron pacientes consecutivos atendidos como código ictus (CI) por el servicio de emergencias extrahospitalarias durante 2022 en los que se pudo obtener un registro de ECG y el diagnóstico final. Se recogieron las variables clínicas e información hemodinámica de monitorización. Se entrenó la capacidad predictiva de 4 modelos añadiendo información. Se dividió la muestra en 2 grupos: entrenamiento (70%) y validación (30%). Se comparó la capacidad predictiva con la eMD.

**Resultados:** Se incluyeron 2.491 CI, etiquetado diagnóstico en 2.035 casos: isquémicos 1.307 (64%), hemorrágicos 310 (15%), otros 418 (21%). IOV en 656 (40%). El modelo 1 utilizó información clínica + constantes vitales iniciales, entrenado en 487 pacientes. Modelo 2: añade seriación de constantes de monitor, 99 pacientes. Modelo 3: añade análisis de ECG, 98 pacientes. Modelo 4: añade análisis onda ECG, 57 pacientes. El modelo 3 obtuvo la mejor predicción de IOV: "precisión" 68%, "recall" (sensibilidad) 93%, F1-score 79%. ROC 70%. Comparativamente eMD tuvo "precisión" 80% y "recall" 62%.

**Conclusión:** Las técnicas de aprendizaje automático permiten predecir IOV en un entorno extrahospitalario mediante variables clínicas y hemodinámicas de la monitorización con una elevada sensibilidad. Futuros estudios de esta línea de investigación tratarán de optimizar la capacidad predictiva de estos modelos.

## Enfermedades cerebrovasculares III

### 20860. ANÁLISIS DE SEGURIDAD Y EFICACIA TODA LA COHORTE DEL ESTUDIO REMOTECAT (REMOTE ISCHEMIC PERCONDITIONING AMONG ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS IN CATALONIA)

Purroy García, F.<sup>1</sup>; Jiménez Fàbrega, F.<sup>2</sup>; Subirats Gómez, M.<sup>2</sup>; Vicente Pascual, M.<sup>3</sup>; Cardona Portela, P.<sup>4</sup>; Paipa Merchán, A.<sup>4</sup>; Gómez Choco, M.<sup>5</sup>; Muchada López, M.<sup>6</sup>; Pagola Pérez, J.<sup>6</sup>; Gallego Sánchez, Y.<sup>1</sup>; Freixa Cruz, A.<sup>1</sup>; Gil Villar, M.<sup>1</sup>; Paul Arias, M.<sup>1</sup>; Quílez Martínez, A.<sup>1</sup>; Ruiz Fernández, E.<sup>1</sup>; Saldaña Inda, I.<sup>1</sup>; Sancho Saldaña, A.<sup>1</sup>; San Pedro Murillo, E.<sup>1</sup>; Vázquez Justes, D.<sup>1</sup>; Pereira Priego, C.<sup>7</sup>; García Díaz, A.<sup>1</sup>; García Vázquez, C.<sup>1</sup>; Arque Fuste, G.<sup>7</sup>; Mauri Capdevila, G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; <sup>2</sup>Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Santa Tecla de Tarragona; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Moisés Broggi; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>7</sup>Grupo de Neurociencias Clínicas. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida. Universidad de Lleida.

**Objetivos:** El percondicionamiento isquémico remoto durante la isquemia cerebral (PerCI) representa un nuevo paradigma de protección. Presentamos el análisis de seguridad y eficacia de toda la cohorte de pacientes del ensayo doble ciego multicéntrico REMOTECAT.

**Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con sospecha de ictus < 8 horas de evolución y RACEmotor > 0. El PerCI consistió en cinco ciclos de inflado y desinflado de 5 minutos cada uno, aplicados mediante un dispositivo en la ambulancia. El resultado primario fue una puntuación en la escala de Rankin modificada (mRS) ≤ 2 a los 90 días. Las variables