

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

¹Centro de Ictus. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ²Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada. Servicio de Cardiología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ³Unidad de Imagen Cardíaca. Servicio de Cardiología. Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ⁴Área 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 eyección 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 OCLUSIÓN DE GRAN VASO CON TÉCNICAS DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO: ESTUDIO INDIA

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

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

²Facultad de Informática. Universidad Complutense de Madrid;

³Servicio de Urgencia Médica de Madrid. SUMMA 112; ⁴Escuela

Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación. Universidad

Politécnica de Madrid; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario

12 de Octubre; ⁶Centro de Ictus. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria La Paz (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ⁷Servicio 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.¹; Jiménez Fàbrega, F.²; Subirats Gómez, M.²; Vicente Pascual, M.³; Cardona Portela, P.⁴; Paipa Merchán, A.⁴; Gómez Choco, M.⁵; Muchada López, M.⁶; Pagola Pérez, J.⁶; Gallego Sánchez, Y.¹; Freixa Cruz, A.¹; Gil Villar, M.¹; Paul Arias, M.¹; Quílez Martínez, A.¹; Ruiz Fernández, E.¹; Saldaña Inda, I.¹; Sancho Saldaña, A.¹; San Pedro Murillo, E.¹; Vázquez Justes, D.¹; Pereira Priego, C.⁷; García Díaz, A.¹; García Vázquez, C.¹; Arque Fuste, G.⁷; Mauri Capdevila, G.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; ²Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya; ³Servicio de Neurología. Hospital Santa Tecla de Tarragona; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Moisés Broggi; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁷Grupo 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