

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 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 Moisès 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

de seguridad fueron la mortalidad a los 3 meses y el empeoramiento neurológico (EN) (incremento del NIHSS respecto al basal > 4) a las 24 horas y 5 días.

Resultados: Entre octubre de 2022 y diciembre de 2023, se incluyeron a 200 pacientes: 41 (20,5%) ictus simulado, 130 (65,0%) ictus isquémico (II) y 29 (14,5%) ictus hemorrágico (IH). En el análisis de los 159 pacientes con II e IH, 33 (20,8) pacientes murieron; y se observó un EN a las 24 horas en 19 (11,9%) y en 25 (15,7%) a los 5 días. No hubo diferencias entre el grupo PerCI y el *sham*. Tras excluir a 15 pacientes con mRS basal > 2, la proporción de pacientes con mRS < 3 a los 3 meses fue similar: OR 1,40 (0,73-2,68). En el subgrupo de pacientes NIHSS < 5, el PerCI fue superior: OR 21,08 (2,43-183,3).

Conclusión: El PerCI es seguro pero ineficaz si considera la cohorte de pacientes II e IH. En el subgrupo de pacientes con menor gravedad inicial, el PerCI podría ejercer un beneficio.

21381. CORRELACIÓN ENTRE EL NIHSS-MISMATCH Y EL MISMATCH RADIOLÓGICO CON TC-PERFUSIÓN EN PACIENTES TRATADOS CON TROMBECTOMÍA MECÁNICA CEREBRAL

Vidal de Francisco, D.¹; Barragán Prieto, A.²; Amaya Pascacio, L.¹; Fernández Gómez, M.³; Hidalgo Barranco, C.³; Arjona Padillo, A.¹; Montaner Villalonga, J.²; Martínez Sánchez, P.⁴

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas; ²Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Hospital Universitario Virgen del Rocío. CSIC, Universidad de Sevilla; ³Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas; ⁴Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Universidad de Almería.

Objetivos: Recientemente se ha descrito el concepto NIHSS-mismatch que ha mostrado su utilidad como marcador pronóstico clínico en pacientes con ictus isquémico agudo (IIA) tratados con trombectomía mecánica (TM), observándose un punto de corte óptimo de 64%. Nuestro objetivo es estudiar la correlación entre los valores del NIHSS-mismatch y las cifras de mismatch que se obtienen mediante TC-perfusión (TCP) en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo de pacientes con IIA y OGV en el territorio anterior tratados con TM en el entorno del Centro Andaluz de Teleictus (2019-2023). Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y se estudió la correlación entre los valores de NIHSS-mismatch% y el del TCP-mismatch% mediante la rho de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes, edad mediana (RIC) de 72 (18) años. Fueron mujeres el 46,9%. La mediana (RIC) de la NIHSS-mismatch% fue 61% (33%) y de TCP-mismatch% fue de 93% (14%). El análisis bivariable mostró que el NIHSS-mismatch% = 64% se asociaba con una mejoría neurológica precoz ($p = 0,040$) que no se apreció usando el TCP-mismatch%. La rho de Spearman mostró una correlación inversa entre la NIHSS-mismatch% y el TCP-mismatch% ($r = -0,236$, $p = 0,039$).

Conclusión: En este estudio no se aprecia la correlación esperada entre la NIHSS-mismatch% y el TCP-mismatch%, mostrando la primera una probable mejor relación con la mejoría neurológica precoz en pacientes con IIA tratados con TM.

21692. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TERAPIA ENDOVASCULAR EN EL ICTUS ISQUÉMICO SECUNDARIO A OCLUSIÓN DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA EXTRACRANEAL AISLADA VS. LA LESIÓN EN TÁNDEM

Manzano Hernández, L.; Zapata, E.; Villar, C.; Villagrán, D.; Medina, M.; Baena, P.; Ainz, L.; Cabezas, J.; Pardo, B.; Hermosín, A.; Mendoza Corredor, L.; Aguilar, M.; de Albóniga-Chindurza, A.; González, A.; Moniche, F.

Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío.

Objetivos: La oclusión intracraneal en el ictus isquémico agudo secundario a la lesión en tándem (LT) parece justificar el manejo endovascular en estos casos. Por el contrario, el beneficio de la terapia endovascular (TEV) emergente en las oclusiones aisladas de la carótida interna (ACIE-a) está aún por definir. El objetivo es conocer el perfil de eficacia y seguridad TEV en cada grupo (LT vs. ACI-e).

Material y métodos: Se revisó el registro ARTISTA con ictus isquémico agudo de etiología aterosclerótica en territorio anterior causado por LT o de ACIE-a (2017-2022) que recibieron TEV. La eficacia se determinó por el TICl 2b-3, mRS 0-2 a los 90 días y reoclusión ACI en las primeras 24 horas. La seguridad por hemorragia intracraneal sintomática (HICs) y mortalidad a los 3 meses.

Resultados: Presentamos 353 pacientes, con 75% hombres, edad mediana de 69 (IQ: 60-76). El 36% recibieron trombólisis intravenosa. El 17% corresponde a pacientes con ACIE-a, los cuales presentaron mayor edad (79 vs. 67), NIHSS al ingreso (19 vs 15) y al alta (8 vs. 2) en comparación con los pacientes con LT ($p < 0,01$). La tasa de TICl 2b-3 fue similar ($p < 0,01$). El mRS 0-2, mortalidad a los 90 días y la reoclusión en las primeras 24 horas mostró valores desfavorables para el grupo ACIE-a vs. LT: (0 vs. 68,3%); (31,7 vs. 14,7%) y (10,5 vs. 4,5%) ($p < 0,01$). La HICs fue mayor en LT (10,5 vs. 0%, $p < 0,01$).

Conclusión: Nuestros resultados indican que la terapia endovascular en pacientes con oclusión de ACIE-a presentan un peor perfil de eficacia y mortalidad en comparación a las LT.

20509. TRATAMIENTO DEL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO POR OCLUSIÓN DE ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Botía Barberá, J.¹; Iglesias Mohedano, A.¹; García Pastor, A.¹; de Celis Ruiz, E.²; Rigual Bobillo, R.²; Granja López, J.²; Calleja Castaño, P.³; Ostos Moliz, F.³; Montabes Medina, P.³; Cruz Culebras, A.⁴; Vera Lechuga, R.⁴; Trillo Senín, S.⁵; Alonso Maroto, J.⁵; Ramos Martín, C.⁵; Escolar Escamilla, E.⁶; Terrero Carpio, R.⁶; Martín Ávila, G.⁶; Vales Montero, M.¹; Gil Fernández, A.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad de la trombectomía mecánica (TM) comparada con el mejor tratamiento médico (MTM) en pacientes con ictus isquémico agudo por oclusión aislada de ACP.

Material y métodos: Registro multicéntrico observacional de pacientes con ictus isquémico y oclusión de ACP aislada tratados entre 2019-2023. Recogimos variables demográficas, factores de riesgo vascular (FRV), características clínicas y radiológicas del ictus. Analizamos la probabilidad de mejoría > 2 puntos en NIHSS, hemorragia intracraneal sintomática (HICS), mortalidad e independencia funcional a 3 meses (escala Rankin modificada [eRm] ≤ 2). Se realizó regresión multivariante con otros factores relacionados.

Resultados: Incluimos 196 pacientes. Edad media 72 (DE 14). 48 pacientes TM y 148 MTM. TIV: 46% TM versus 30% MTM. No diferencias en edad, sexo, FRV entre grupos. Mediana NIHSS basal 9 (RIQ, 7-14) TM versus 3 (2-6) MTM ($p < 0,001$). 71% recanalización exitosa (TICl $\geq 2b$). TM mayor tasa de HICS (6 vs. 1%, $p = 0,044$), y mortalidad (8 vs. 1%, $p = 0,033$). Proporción de mejoría NIHSS > 2 mayor con TM (77 vs. 42%, $p < 0,001$). 56% alcanzaron eRm ≤ 2 a los 3 meses con TM, frente 78% con MTM ($p = 0,004$). Sin embargo, el análisis multivariante no mostró diferencias: OR mejoría NIHSS > 2 con TM: 1,034 [0,105-10,12] ($p = 0,977$), OR eRm ≤ 2 : 0,248 [0,016-3,88] ($p = 0,321$).

Conclusión: Los resultados de esta serie demuestran que la trombectomía mecánica (TM) indicada de forma rutinaria en pacientes con oclusión aislada de ACP, podría no aportar mayor beneficio respecto al MTM y conllevar complicaciones graves como la HICS y mayor