

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.<sup>1</sup>; Barragán Prieto, A.<sup>2</sup>; Amaya Pascacio, L.<sup>1</sup>; Fernández Gómez, M.<sup>3</sup>; Hidalgo Barranco, C.<sup>3</sup>; Arjona Padillo, A.<sup>1</sup>; Montaner Villalonga, J.<sup>2</sup>; Martínez Sánchez, P.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Hospital Universitario Virgen del Rocío. CSIC, Universidad de Sevilla; <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas; <sup>4</sup>Servicio 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 TICI 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 TICI 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.<sup>1</sup>; Iglesias Mohedano, A.<sup>1</sup>; García Pastor, A.<sup>1</sup>; de Celis Ruiz, E.<sup>2</sup>; Rigual Bobillo, R.<sup>2</sup>; Granja López, J.<sup>2</sup>; Calleja Castaño, P.<sup>3</sup>; Ostos Moliz, F.<sup>3</sup>; Montabes Medina, P.<sup>3</sup>; Cruz Culebras, A.<sup>4</sup>; Vera Lechuga, R.<sup>4</sup>; Trillo Senín, S.<sup>5</sup>; Alonso Maroto, J.<sup>5</sup>; Ramos Martín, C.<sup>5</sup>; Escobar Escamilla, E.<sup>6</sup>; Terrero Carpio, R.<sup>6</sup>; Martín Ávila, G.<sup>6</sup>; Vales Montero, M.<sup>1</sup>; Gil Fernández, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio

Marañón; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz;

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre;

<sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>5</sup>Servicio de

Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; <sup>6</sup>Servicio 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]  $\leq 2$ ). 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 (TICI  $\geq 2b$ ). 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  $\leq 2$  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  $\leq 2$ : 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

mortalidad. Futuros análisis podrían esclarecer si esta técnica puede ser beneficiosa en algún subgrupo de pacientes.

## 20881. REVALIDACIÓN DE LA ESCALA M-DIRECT EN LA IDENTIFICACIÓN PREHOSPITALARIA DE PACIENTES PARA SU TRASLADO DIRECTO A HOSPITAL DE TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Rodríguez Pardo de Donlebún, J.<sup>1</sup>; Riera López, N.<sup>2</sup>; Lorente Moro, A.<sup>3</sup>; de Celis Ruiz, E.<sup>1</sup>; Alonso Castillo, R.<sup>1</sup>; Higuera Ruiz de la Hermosa, A.<sup>1</sup>; Lorenzo Diéguez, M.<sup>1</sup>; Gómez Escalonilla, C.<sup>4</sup>; Estebas Armas, C.<sup>1</sup>; Hervás Testal, C.<sup>1</sup>; Rigual Bobillo, R.<sup>1</sup>; Casado Fernández, L.<sup>1</sup>; González Martín, L.<sup>1</sup>; Ruiz Ares, G.<sup>1</sup>; Calleja Castaño, P.<sup>5</sup>; Carneado Ruiz, J.<sup>6</sup>; Fernández Ferro, J.<sup>7</sup>; García Pastor, A.<sup>8</sup>; García Torres, A.<sup>9</sup>; Cruz Culebras, A.<sup>10</sup>; Ximénez-Carrillo Rico, A.<sup>11</sup>; Sobrino García, P.<sup>12</sup>; Oyanguren Rodeño, B.<sup>13</sup>; Escolar Escamilla, E.<sup>14</sup>; Izquierdo Esteban, L.<sup>15</sup>; Rodríguez Rodil, N.<sup>16</sup>; Martínez Gómez, J.<sup>16</sup>; Fuentes Gimeno, B.<sup>1</sup>; Alonso de Leciñana Cases, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; <sup>2</sup>Servicio de Urgencia Médica. SUMMA 112; <sup>3</sup>Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; <sup>10</sup>Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; <sup>12</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; <sup>13</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Torrejón; <sup>14</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; <sup>15</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; <sup>16</sup>Departamento de Informática. SUMMA 112.

**Objetivos:** En nuestra región, en los pacientes cuya unidad de ictus de referencia (UI-r) carece de capacidad de trombectomía (TM), se determina mediante la escala M-DIRECT su traslado directo a otro hospital con TM (HTM). Evaluamos la precisión de la escala en la identificación de pacientes susceptibles de TM cinco años después de su implantación.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes atendidos como código ictus extrahospitalario durante el año 2022. Comparamos las características basales, diagnósticos y tratamientos en función del hospital de atención (HTM o no) y del resultado M-DIRECT.

**Resultados:** Se incluyeron 1.950 pacientes. 1.169 (60%) presentaban infarto cerebral, 296 (15%) hemorragia cerebral, 106 (5%) AIT y 379 (20%) pseudoictus. 992 (51%) contaban con TM en su UI-r, y 958 (49%) no. De 706 pacientes (36%) con un M-DIRECT positivo, 413 (58%) presentaron oclusión de gran vaso (OGV) y 354 (50%) fueron tratados con TM. En el grupo M-DIRECT negativo (n = 1.244), 204 (16%) presentaron OGV y 105 (8%) recibieron TM. La escala M-DIRECT mostró una sensibilidad del 77% y especificidad del 92% para TM. En los pacientes con OGV atendidos en UI-r con TM, un M-DIRECT positivo se asoció de forma independiente a TM, con OR ajustado a edad, sexo, NIHSS e inicio desconocido (IC95%) de 3,06 (1,65-5,68). De 459 TM realizadas, solo 46 (10%) requirieron un traslado secundario por M-DIRECT negativo, con un retraso significativo hasta la punción inguinal (mediana +81 minutos).

**Conclusión:** La escala M-DIRECT confirma su alta capacidad predictiva de TM desde la valoración extrahospitalaria, reduciendo significativamente los traslados secundarios.

## 20716. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN ICTUS ISQUÉMICO AGUDO DE TERRITORIO ANTERIOR EN CATALUÑA SEGÚN EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS PIVOTALES

Villa López, C.<sup>1</sup>; Labajos Samos, L.<sup>1</sup>; García Amor, G.<sup>1</sup>; Cabib, C.<sup>1</sup>; Menéndez Albarracín, A.<sup>1</sup>; Yugueros Baena, B.<sup>1</sup>; Rabaneda Lombarte,

N.<sup>1</sup>; del Valle Vargas, C.<sup>1</sup>; Vargas Verdaguer, A.<sup>1</sup>; Vázquez Flores, C.<sup>1</sup>; Hernández Pérez, M.<sup>1</sup>; Bustamante Rangel, A.<sup>1</sup>; Martínez Sánchez, M.<sup>1</sup>; Santana Moreno, D.<sup>1</sup>; Flores Pina, B.<sup>1</sup>; Guanyabens, N.<sup>2</sup>; Dorado Bouix, L.<sup>1</sup>; Gomis Cortina, M.<sup>1</sup>; Pérez de la Ossa, N.<sup>1</sup>; Millán Torné, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital de Mataró.

**Objetivos:** La mejora tecnológica y experiencia acumulada en la trombectomía mecánica (TM), tras la publicación de los ensayos pivotaes en 2015, deberían suponer una mejora de los resultados de eficacia y seguridad en la práctica clínica habitual. Evaluamos dichos resultados en el ictus isquémico de territorio anterior en Cataluña en comparación a los resultados obtenidos en REVASCAT.

**Material y métodos:** La muestra pertenece al registro regional obligatorio CICAT (Codi Ictus Catalunya), desde enero 2016-agosto 2023, con los criterios de inclusión del ensayo clínico REVASCAT (edad 18-80 años si ASPECTS  $\geq 7$  o edad 81-85 años si ASPECTS  $> 8$ , Rankin 0-1, oclusión de M1, TICA o tándem, NIHSS  $\geq 6$  y tiempo desde instauración  $< 8$  horas). Se evaluaron tiempos asistenciales, recanalización completa (mTICI  $\geq 2b$ ), buen pronóstico (Rankin  $\leq 2$ ) y seguridad (mortalidad y hemorragia sintomática intracraneal [SICH]), comparándolos con los resultados obtenidos en REVASCAT, desarrollado en la población catalana.

**Resultados:** De 6.303 TM de territorio anterior, 1.289 (18,1%) cumplían criterios de inclusión REVASCAT, con 7,2% de pérdidas de seguimiento. Respecto REVASCAT, se observó una reducción de tiempo inicio-hospital (70 vs. 192 minutos), puerta-punción femoral (83 vs. 109) e inicio-revascularización (238 vs. 355), mayor tasa de recanalización completa (89,4 vs. 80%) y buen pronóstico (52,3 vs. 43,7%), disminución de la mortalidad (13,3 vs. 18,4%) y un leve incremento de SICH (3,8 vs. 1,9%).

**Conclusión:** En la actualidad, se observa una mejora de tiempos asistenciales, eficacia y mortalidad de la TM en pacientes con oclusión de gran vaso de territorio anterior en comparación a los ensayos pivotaes.

## 20478. PROPORCIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES TRIBUTARIOS DE CÓDIGO ICTUS QUE NO SON ACTIVADOS POR EL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS

Girona San Miguel, A.<sup>1</sup>; Jiménez Fàbrega, X.<sup>2</sup>; Solà Muñoz, S.<sup>3</sup>; Vargas, M.<sup>1</sup>; Urrea Nuin, X.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona;

<sup>2</sup>Pla Nacional d'Urgències de Catalunya. Generalitat de Catalunya;

<sup>3</sup>Sistema d'Emergències Mèdiques. Generalitat de Catalunya.

**Objetivos:** La no activación del código ictus por parte del sistema de emergencias médicas (SEM) supone un retraso en la asistencia y una demora en el acceso al tratamiento. En este estudio queremos analizar la proporción y características de los pacientes no activados por el SEM.

**Material y métodos:** Hemos analizado de forma retrospectiva los códigos ictus prehospitales atendidos por el SEM del registro de código ictus de Cataluña (CICAT) desde 2016 a junio de 2022. Los hemos clasificado en dos grupos, según si el código ictus fue activado por el SEM o posteriormente en el hospital, y comparado sus características clínicas, diagnóstico, resultados de imagen, tratamiento y tiempo a las diferentes intervenciones del código ictus.

**Resultados:** El SEM atendió a 28.221 pacientes de código ictus, siendo activados el 81%. Los pacientes no activados presentaban menor grado de independencia y mayor proporción de patología cerebrovascular previa. La proporción de ictus fue similar, teniendo los no activados clínica más leve (mediana NIHSS 7 vs. 10), menor proporción de oclusión de gran vaso (18,0 vs. 23,6%) y mayor proporción de afectación de territorio posterior. Un 27,5% de los pacientes no activados recibió tratamiento perfrusor, con una demora al tratamiento mayor que en los activados.