

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

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; ²Servicio de Urgencia Médica. SUMMA 112; ³Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda; ⁷Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; ⁸Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ⁹Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ¹⁰Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ¹¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; ¹²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ¹³Servicio de Neurología. Hospital de Torrejón; ¹⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; ¹⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; ¹⁶Departamento 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.¹; Labajos Samos, L.¹; García Amor, G.¹; Cabib, C.¹; Menéndez Albarracín, A.¹; Yugueros Baena, B.¹; Rabaneda Lombarte,

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

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol;

²Servicio 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 ≥ 7 o edad 81-85 años si ASPECTS > 8 , Rankin 0-1, oclusión de M1, TICA o tándem, NIHSS ≥ 6 y tiempo desde instauración < 8 horas). Se evaluaron tiempos asistenciales, recanalización completa (mTICI $\geq 2b$), buen pronóstico (Rankin ≤ 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.¹; Jiménez Fàbrega, X.²; Solà Muñoz, S.³; Vargas, M.¹; Urrea Nuin, X.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona;

²Pla Nacional d'Urgències de Catalunya. Generalitat de Catalunya;

³Sistema 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.