

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.

**Conclusión:** En la mayoría de pacientes el código ictus es activado por el SEM, pero ciertas características clínicas dificultan el reconocimiento del ictus y demoran la atención de pacientes que con frecuencia se pueden beneficiar de tratamiento reperfusor. Conocer esta variabilidad clínica permitirá diseñar acciones de mejora en la atención pre-hospitalaria del ictus.

#### 20864. LA ATENCIÓN INTEGRADA MEJORA EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DESPUÉS DE HABER SUFRIDO UN ICTUS TRANSITORIO O UN ICTUS MINOR (ESTUDIO LLETIS)

Purroy García, F.<sup>1</sup>; Oró Roca, M.<sup>2</sup>; Juanós Lanuza, M.<sup>2</sup>; Galindo Ortego, M.<sup>2</sup>; Cruz Esteve, I.<sup>2</sup>; Plana Blanco, A.<sup>2</sup>; Gallego Sánchez, Y.<sup>1</sup>; Mauri Capdevila, G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida; <sup>2</sup>Servicio de Atención Primaria Lleida Ciutat-Segrià-Garrigues. Institut Català de la Salut.

**Objetivos:** El estudio de intervención sobre el AIT/ictus menor de Lleida (LLETIS) fue un ensayo clínico destinado a evaluar los efectos sobre el control de los factores de riesgo vascular (FRV), la recurrencia del ictus (RI) y otros episodios vasculares (*composite endpoint* [CE]) de un programa de intervención de prevención del ictus en la atención primaria (NCT04524078).

**Material y métodos:** Los sujetos con NIHSS  $\leq 3$  se asignaron aleatoriamente en dos grupos: el grupo de atención habitual (GC) (n = 50) y el grupo de intervención (GI) (n = 50) atendidos por médicos y enfermeras de atención primaria formados en la prevención secundaria. El objetivo principal fue la mejora en el control FRV a los 12 meses, mientras que el objetivo secundario incluía la reducción de la RI y la CE, evaluada a los 12 meses, 5 y 10 años.

**Resultados:** Las características demográficas, clínicas y de imagen iniciales fueron comparables entre los dos grupos, pero hubo una mayor proporción de episodios de etiología ateromatosa en el GC (22 vs. 8%). A los 12 meses, una mayor proporción de pacientes con GI alcanzó los objetivos de presión arterial (52,2 vs. 36,4%; p = 0,263) en comparación con GC. No hubo diferencias en el control de otros FRV. Tras un seguimiento medio de 10,0 (6,4-10,1) años, la RI tendió a ser más baja (HR 0,47; 0,20-1,09) y el riesgo de CE ajustado por etiología fue significativamente menor (HR 0,36; 0,15-0,87) en el GI.

**Conclusión:** El modelo LLETIS tendió a demostrar superioridad sobre la atención habitual para el control precoz de algunos FRV y redujo el riesgo de CE a largo plazo.

#### 20315. UTILIZACIÓN DE ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO TISULAR (TPA) INTRAVENOSO EN VENTANA DE TIEMPO EXTENDIDA: ESTUDIO TERRITORIAL EN CATALUÑA

del Valle Vargas, C.; Vargas Verdaguer, A.; Vázquez Flores, C.; Villa López, C.; Labajos Samos, L.; García Amor, G.; Cabib, C.; Rabaneda-Lombarte, N.; Yugueros Baena, B.; Menéndez Albarracín, A.; Martínez Sánchez, M.; Pérez de la Ossa, N.; Millán Torne, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

**Objetivos:** El uso del tratamiento trombolítico intravenoso (TIV) en ventana de tiempo extendida guiada por imagen se basa en recomendaciones con nivel de evidencia bajo-moderado. Analizamos los resultados clínicos del uso de tPA en ventana de tiempo extendida en Cataluña.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico utilizando el registro prospectivo de pacientes con activación de código ictus en Cataluña (CICAT) entre enero 2017 y diciembre 2022. Incluimos pacientes tratados con TIV sin trombectomía posterior, comparando aquellos tratados en las primeras 4,5 horas frente a aquellos tratados en ventana extendida (> 4,5 horas desde el inicio de los síntomas o de inicio incierto). Resultado de eficacia: mRS 0-1 a los 90 días (mRS evaluado

centralmente). Resultados de seguridad: hemorragia intracraneal sintomática (HIC) a las 24 horas y mortalidad a los 90 días.

**Resultados:** Incluimos 5.190 pacientes tratados con TIV, de los cuales 414 (8,1%) fueron tratados en ventana extendida, la mayoría seleccionados con TC perfusión (85%). Los pacientes tratados en ventana extendida presentaron mayor proporción de oclusión de gran vaso y menor puntuación ASPECTS, sin diferencias en otras características basales. No hubo diferencias en eficacia (mRS 0-1: 40,5 vs. 37,0%; p = 0,197), mortalidad a los 90 días (13,4 vs. 13,7%; p = 0,892), ni tasa de HIC (2,7 vs. 3,4%; p = 0,391).

**Conclusión:** El uso de tratamiento trombolítico endovenoso en ventana extendida es relativamente común en la práctica clínica en Cataluña. Los resultados de eficacia y seguridad son comparables a los obtenidos en ensayos clínicos previos, sin diferencias significativas en comparación al tratamiento en las primeras 4,5 horas.

#### 20547. ACCESO A LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA Y PRONÓSTICO FUNCIONAL SEGÚN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN CATALUÑA

Montalvo Olmedo, C.<sup>1</sup>; Girame Rizzo, L.<sup>1</sup>; Flores, A.<sup>2</sup>; Terceño, M.<sup>3</sup>; Purroy, F.<sup>4</sup>; Pérez de la Ossa, N.<sup>5</sup>; Cardona, P.<sup>6</sup>; Urra, X.<sup>7</sup>; Martí-Fabregas, J.<sup>8</sup>; Cánovas, D.<sup>9</sup>; Roquer, J.<sup>10</sup>; Salvat-Plana, M.<sup>11</sup>; Rizzo, F.<sup>1</sup>; Rubiera, M.<sup>1</sup>; Ribó, M.<sup>1</sup>; Molina, C.<sup>1</sup>; García-Tornel, Á.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

<sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de

Tarragona; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep

Trueta; <sup>4</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de

Vilanova; <sup>5</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans

Trias i Pujol; <sup>6</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari de

Bellvitge; <sup>7</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de

Barcelona; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant

Pau; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital Parc Taulí; <sup>10</sup>Servicio de

Neurología. Hospital del Mar; <sup>11</sup>Servicio de Neurología. Pla Director de Malalties Cerebrovasculares. Institut Català de la Salut.

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre el grado de privación social a nivel poblacional con el acceso al tratamiento endovascular y el pronóstico funcional en pacientes con ictus isquémico en Catalunya.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 9.276 pacientes con ictus isquémico tratados con trombectomía mecánica en Catalunya entre 2011-2023. La cohorte se dividió en dos grupos basados en el nivel de privación social de cada área básica de salud (n = 382), agregando las medidas estandarizadas del índice socioeconómico y la ratio de individuos con ingresos anual menor < 18.000 €. Las medias evaluadas fueron el número de procedimientos mensuales por cada millón de habitantes en las regiones delimitadas, el tiempo desde la llegada al primer hospital hasta la punción arterial y la escala mRS a los 90 días (ordinal).

**Resultados:** La tasa de procedimientos mensual fue de 8,4 procedimientos  $\times 10^6$  habitantes en regiones pobres y de 7,8 procedimientos  $\times 10^6$  habitantes en regiones ricas (diferencia 0,56 procedimientos  $\times 10^6$  habitantes, IC95% 0,21-0,93). El tiempo desde la llegada al primer hospital y la punción arterial fue de 134 minutos (IC95% 130-138) en regiones pobres y 123 minutos (IC95% 120-127) en regiones ricas (diferencia 11 minutos, IC95% 5-16). Los pacientes de regiones pobres tuvieron un peor pronóstico funcional a los 3 meses (cOR 1,24, IC95% 1,11-1,39).

**Conclusión:** A pesar de no haber diferencias en procedimientos o tiempos de tratamiento, los pacientes de regiones pobres tuvieron un peor pronóstico funcional. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar disparidades socioeconómicas en el manejo de pacientes con ictus isquémico.