

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, Á.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 pivotales 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 tandem, NIHSS ≥ 6 y tiempo desde instauración < 8 horas). Se evaluaron tiempos asistenciales, recanalización completa (mTICI ≥ 2b), buen pronóstico (Rankin ≤ 2) y seguridad (mortalidad y hemorragia sintomática intracranal [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 pivotales.

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; Urra 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 prehospitalarios 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 reperfusor, 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)

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

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

Objetivos: El estudio de intervención sobre el AIT/ictus minor 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 ≤ 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 CG. 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 intracranial 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.¹; Girame Rizzo, L.¹; Flores, A.²; Terceño, M.³; Purroy, F.⁴; Pérez de la Ossa, N.⁵; Cardona, P.⁶; Urra, X.⁷; Martí-Fabregas, J.⁸; Cánovas, D.⁹; Roquer, J.¹⁰; Salvat-Plana, M.¹¹; Rizzo, F.¹; Rubiera, M.¹; Ribó, M.¹; Molina, C.¹; García-Tornel, Á.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

²Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXII de Tarragona; ³Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; ⁷Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ⁸Servicio de Neurología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ⁹Servicio de Neurología. Hospital Parc Taulí; ¹⁰Servicio de Neurología. Hospital del Mar; ¹¹Servicio de Neurología. Pla Director de Malalties Cerebrovasculars. Institut Català de la Salut.

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

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 9.276 pacientes con ictus isquémico tratados con trombectomía mecánica en Cataluña entre 2011-2023. La cohorte se dividió en dos grupos basados en el nivel de deprivación 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 × 10⁶ habitantes en regiones pobres y de 7,8 procedimientos × 10⁶ habitantes en regiones ricas (diferencia 0,56 procedimientos × 10⁶ 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.