

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.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 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 ≤ 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.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 XXIII 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 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.