

21004. UTILIDAD DE LOS VEHÍCULOS DE INTERVENCIÓN RÁPIDA VS. UVIS MÓVILES EN LA ATENCIÓN AL ICTUS AGUDO

Higuera Ruiz de la Hermosa, A.¹; Riera López, N.²; Lorente Moro, A.³; de Celis Ruiz, E.¹; Alonso Castillo, R.¹; Lorenzo Diéguez, M.¹; Alonso de Leciñana, M.¹; Gómez-Escalonilla Escobar, C.⁴; Estebas Armas, C.¹; Hervás Testal, C.¹; Rígual 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; Rodríguez-Pardo de Donlebún, J.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. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos; ⁵Centro de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Unidad de Investigación Neurovascular i+12; ⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Universidad Autónoma de Madrid; ⁷Servicio de Neurología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos; ⁸Sección de Neurología Vascular. Centro de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ⁹Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz; ¹⁰Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal; ¹¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria; ¹²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón; ¹³Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Torrejón; ¹⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Getafe; ¹⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; ¹⁶Departamento de Informática. Servicio de Urgencia Médica. SUMMA 112.

Objetivos: Los vehículos de intervención rápida (VIR) cuentan con el equipo de una UVI móvil (UVIm) pero sin capacidad de traslado del paciente, para su evaluación inicial en ausencia de UVIm disponibles y, en caso necesario, su traslado en otro recurso. Analizamos la precisión diagnóstica de los VIR y sus tiempos de actuación en la atención al ictus en comparación con UVIm convencionales.

Material y métodos: Estudio retrospectivo incluyendo códigos ictus de inicio conocido atendidos por el 112 durante el año 2022. Comparamos tiempos desde la llamada hasta la primera toma de constantes registrada por 112, y tiempos hasta la llegada al hospital, así como la precisión en la identificación de pacientes subsidiarios de trombectomía mediante la escala M-DIRECT, entre los pacientes atendidos por UVIm y por VIR.

Resultados: Incluimos 1.263 pacientes, 953 (75%) atendidos por UVIm y 310 (25%) por VIR. No observamos diferencias en la proporción de diagnósticos de ictus al alta (79 vs. 81%, respectivamente) ni en la proporción de M-DIRECT positivos (34 vs. 31%). Las UVIm mostraron más sensibilidad (76 vs. 67%) y valor predictivo positivo (50 vs. 42%) en la identificación de candidatos a trombectomía ($p < 0,001$). En los pacientes con ictus confirmado, no observamos diferencias en los tiempos desde la llamada hasta la primera constante (mediana 27 minutos ambos), ni desde la primera constante hasta la puerta del hospital (44 vs. 46 minutos).

Conclusión: Los VIR permiten una adecuada identificación del código ictus sin retrasar su llegada al hospital, aunque con menor precisión en la identificación de candidatos a trombectomía.

20885. TRATAMIENTO DE REPERFUSIÓN EN EL ICTUS POR OCLUSIÓN DISTAL DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA: TROMBECTOMÍA VS. TROMBOLISIS IV

Sánchez Rodríguez, C.¹; Lorenzo Montilla, A.²; Cruz-Culebras, A.³; Gómez Escalonilla, C.⁴; Hervás, C.⁵; Díaz Otero, F.⁶; Vera, R.³; Moreu, M.⁷; Rígual, R.⁵; García Pastor, A.⁶; Vega, J.⁷; Alonso, C.⁸; Berbegal, R.¹; Trillo, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa; ²Servicio de Neurología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla; ³Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal; ⁴Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; ⁵Centro de Ictus. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid; ⁶Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; ⁷Unidad de Radiología Intervencionista. Hospital Clínico San Carlos; ⁸Unidad de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario de La Princesa.

Objetivos: El tratamiento endovascular (TE) podría ser una opción terapéutica en pacientes con ictus por oclusión de segmentos distales de ACM (M3-M4), no existiendo actualmente ninguna recomendación avalada. Nuestro objetivo es evaluar en este escenario la efectividad y seguridad del TE comparándolo con los resultados obtenidos con trombólisis intravenosa (TIV).

Material y métodos: Estudio multicéntrico, observacional y retrospectivo de pacientes con ictus isquémico por oclusión de segmentos M3-M4 de ACM tratados con TE o TIV entre 2021-2023.

Resultados: Incluimos 134 pacientes, de 5 centros de ictus. Edad media 72,9 (DE 13,8) y 46,3% mujeres. 77,6% con oclusión M3 y 22,4% M4. 93 (69,4%) recibieron TIV exclusivamente y 41 (30,6%) TE, 17 (41,5%) TE primario, sin diferencias en características basales, salvo NIHSS 5 (RIQ 3-8) en TIV y 12 (RIQ9-18) en TE ($p < 0,001$). El TE consiguió TICI $\geq 2b$ en 80,5%. TE asoció 4,9% perforación documentada, 4,9% embolia distal y 9,8% trombosis proximal. TE asoció mayor tasa de transformación hemorrágica-PHI/2 (12,5 vs. 10,2%), HSA (18,4 vs. 1,1%, $p < 0,001$) y hemorragia sintomática (7,3 vs. 5,6%). TE presentó mayor tasa de mejoría clínica (mejoría NIHSS > 4 puntos) a las 24 horas (53,66 vs. 23,66%, $p = 0,001$). 71,3% alcanzaron mRS ≤ 2 o basal a los 3 meses con TIV, frente 63,9% con TE ($p = 0,428$).

Conclusión: El TE es eficaz en la recanalización de oclusiones distales de ACM, aunque con una tasa significativa de complicaciones. Pese a presentar mayor índice de HSA que la TIV, podría asociarse con mayor tasa de mejoría neurológica precoz, sin objetivarse diferencias significativas en el pronóstico funcional a medio plazo. Un futuro estudio nacional podría aportar una evidencia más sólida.

Enfermedades cerebrovasculares IV

21286. PREDICCIÓN DE TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA TRAS TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL ICTUS DE ACM: ESCALA ANGEL

Iriarte Uribe-Echeverría, P.¹; López-Cancio, E.²; Castaño, M.²; Llul, L.³; Doncel, A.³; Castellanos, M.⁴; Roel, A.⁴; Bashir, S.⁵; Terceño, M.⁵; Ostos, F.⁶; Calleja, P.⁶; Cruz-Culebras, A.⁷; Mena, N.⁷; Rodríguez, A.³; Cañada, E.¹; Trillo, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de La Princesa;

²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias;

³Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona;

⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario A Coruña; ⁵Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona;

⁶Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre;

⁷Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.

Objetivos: En pacientes con ictus de ACM tratados con trombectomía mecánica (TM) la transformación hemorrágica sintomática (THS) supone una complicación de significativa frecuencia y gran morbilidad. El objetivo de nuestro estudio ha sido desarrollar una escala para predecir THS a partir de datos de neuroimagen mediante software automatizado, junto a otros factores.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo con recogida prospectiva de datos de 7 centros de ictus pertenecientes a la red RICORS-ICTUS con disponibilidad de imagen de TC perfusión procesada