

mediante *software* automatizado RAPID®. Se incluyeron pacientes con ictus de ACM (T-carotídea/M1) intervenidos mediante TM entre 2021 y 2023. Definimos THS como aquella tipo PH2. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística binaria de factores asociados a THS. Se diseñó una escala de 0 a 10 (ANGEL: Advanced Neuroimaging, Glucose, Leukocytes) y se comprobó su capacidad predictiva mediante análisis ROC.

Resultados: Se incluyeron 1.074 pacientes con edad media 75 (13) años. 51% mujeres. Hubo un 76% de oclusiones en M1-ACM. 48 (4,5%) presentaron THS, que asoció mayor mortalidad ($p < 0,001$) y peor mRS 3 meses ($p < 0,001$). En el estudio multivariante, se asociaron con THS: glucemia > 200 mg/dl (OR 8,8; $p < 0,001$), leucocitosis $> 15.000/\mu\text{l}$ (OR 4,02; $p = 0,032$), Tmáx > 6 s > 180 ml (OR 3,5; $p = 0,027$) y CBV $< 34\% > 60$ ml (OR 2,63; $p = 0,011$). La escala ANGEL, basada en los parámetros previos, predijo el desarrollo de THS con AUC-ROC 0,74 (0,65-0,83).

Conclusión: La escala ANGEL podría identificar pacientes de elevado riesgo de THS tras TM, mediante parámetros de *software* automatizado junto a otros factores. Futuros estudios abordarán su validación y comparación con otras herramientas predictivas.

21024. ANÁLISIS DE PREDICTORES DE FA EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO ASOCIADO A CREACIÓN DE ALGORITMO DE DECISIÓN BASADO EN MACHINE LEARNING

Marta Enguita, J.¹; de la Riva Juez, P.¹; de Arce Borda, A.¹; Díez González, N.¹; González López, F.¹; Laspiur Gandara, R.¹; López de Turiso, A.¹; del Bosque Martín, C.²; Martínez Zabaleta, M.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea;

²Servicio de Cardiología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea.

Objetivos: La detección de FA es un pilar fundamental en el estudio etiológico del ictus isquémico dedicándose esfuerzos importantes a su optimización. Se analiza una cohorte de pacientes con ictus isquémico en busca de marcadores predictores de detección de FA.

Material y métodos: Registro observacional prospectivo de 325 ictus isquémico sin FA conocida atendidos entre 07/2022-08/2023. Análisis estadístico multivariado mediante regresión logística y generación de árbol de decisiones mediante herramienta de *machine learning* RapidMiner v9.9.

Resultados: Se detectó FA en 69 pacientes (23%; 24/69 ECG urgencias/ ingreso, 18/69 monitorización UI, 13/69 monitorización planta, 5/69 Holter domiciliario, 9/69 estudios posteriores). Estos pacientes presentaban un aumento en el área de aurícula izquierda (AI) [media (DE): 26 (6,9) vs. 21 (9,2) cm²; $p < 0,01$] y en el volumen indexado (vol-index AI) [47 (18) vs. 30 (14) ml; $p < 0,01$] con una mayor frecuencia de valvulopatía aórtica (53 vs. 24%, $p < 0,01$) y mitral (68 vs. 28%, $p < 0,01$). Igualmente, se encontraron diferencias en la duración y amplitud de la onda p en el ECG de ingreso ($p < 0,01$). Los valores de NT-proBNP se asociaron con el área (coeficiente de Pearson 0,29) y vol-index AI (0,47) de AI actuando como predictor de FA incluso tras ajuste por edad y sexo. En el modelo multivariante, el vol-index AI, la valvulopatía mitral y la edad actuaron como predictores independientes de FA en el primer año de seguimiento [OR (IC95%): 1,05 (1,02-1,07); 3,35 (1,46-7,68) y 1,06 (1,02-1,11) respectivamente] actuando el vol-index AI como clasificador inicial en el árbol de decisiones (peso 0,22). **Conclusión:** El tamaño auricular y la presencia de valvulopatía mitral actuaron como predictores independiente de detección de FA tras un ictus y debieran ser incluidos en los algoritmos de decisión.

20522. VALIDACIÓN EXTERNA DE LA ESCALA DE RIESGO RECAST PARA RESTENOSIS POST-STENTING CAROTÍDEO

Zapata Arriaza, E.¹; Aguilar Pérez, M.²; de Albóniga-Chindurza Barroeta, A.²; Medina Rodríguez, M.³; Ainz Gómez, L.³; Baena

Palomino, P.³; Cabezas Rodríguez, J.³; Hermosín Gómez, A.³; Pardo Galiana, B.³; Villar Rodríguez, C.³; Villagrán Sancho, D.³; Manzano Hernández, L.³; Corredor Mendoza, L.⁴; Moniche Álvarez, F.³; González García, A.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Rocío; ²Unidad de Neurorradiología Intervencionista. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío; ³Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío; ⁴Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío.

Objetivos: Realizar la validación externa de la escala RECAST (Eur J Vasc Endovasc Surg. 2024) para la estratificación del riesgo de restenosis *intrastent* de la arteria carótida interna (ACI).

Material y métodos: Se incluyen pacientes de nuestro centro con estenosis de ACI significativa sintomática tratados mediante angioplastia y *stenting* (2021-mayo de 2023). Se excluyen pacientes con seguimiento < 1 año, estenosis residual *post-stent* $\geq 50\%$, *stent* de la ACI por causa no aterosclerótica. La restenosis $\geq 70\%$ se valora mediante doppler. Se analizan curvas ROC y análisis de regresión (test de Hosmer-Lemeshow) para determinar la capacidad de discriminación y calibración de la escala RECAST. Se determina la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo y negativo (VPP, VPN).

Resultados: Se incluyeron 109 pacientes, la mayoría varones (70,6%), con una mediana de edad de 70 años (63-75). La tasa de restenosis $\geq 70\%$ fue del 11,9% (N = 13). Un 12,8% (N = 14) de la muestra presentó una puntuación ≥ 25 (alto riesgo de restenosis) en la escala RECAST. La S, E, VPP y VPN de la escala RECAST fueron: 61,5%, 93,7%, 57,1% y 94,7% respectivamente. El valor del estadístico C (curva ROC) fue de 0,797, IC95% (0,653-0,941), $p < 0,001$. La prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow mostró un valor de $p = 0,948$ (buen nivel de calibración de la escala).

Conclusión: En nuestra cohorte, la escala RECAST muestra valores óptimos de calibración y discriminación. Dada la elevada especificidad y VPN de la escala, podría ser una herramienta valiosa para detectar pacientes de bajo riesgo de restenosis, optimizando así el uso de recursos y seguimiento.

21123. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN PACIENTES CON ICTUS A TRAVÉS DE LAS MEDIDAS DE RESULTADO REPORTADAS POR EL PACIENTE (PROMS) DEPENDIENDO DE QUIÉN LAS RECOLECTA

Sánchez Gavilán, E.; Guirao Martínez, C.; Baladas Ortí, M.; Paredes Deiros, C.; Montiel, E.; Cano, D.; Ribó, M.; Molina, C.; Rubiera, M.

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Objetivos: La medicina basada en el valor coloca al paciente y su estado de salud en el centro de intervención a través del uso de las PROM. Nuestro objetivo fue comparar si existían diferencias en la percepción del estado de salud según quién respondiera estos cuestionarios.

Material y métodos: Pacientes con ictus dados de alta de seis hospitales europeos se incluyeron en un programa de seguimiento durante un año que recopiló PROM a los 7-90 días a través de NORA-app. PROM incluidas: HAD-depresión y HAD-ansiedad (se definieron alteradas si ≥ 10 puntos en cada una de las subescalas) y PROMIS-10 (los valores de corte brutos de normalidad se definieron como: PROMIS-física > 13 y PROMIS-mental > 11).

Resultados: Durante dos años, 5.116 fueron incluidos en el proyecto Harmonics, 2.432 fueron monitorizados activamente y 1.498 notificaron PROM (428 pacientes, 376 cuidadores y 694 profesionales). 60% eran hombres (media = 90,19 años) y el mRS medio fue de 2 (1-3) al alta hospitalaria. Se encontraron diferencias significativas entre los 3 grupos, los profesionales mostraron: PROMIS-física 17 (14-18), PROMIS-mental 14 (12-16), HADS-depresión 2 (0-5) y HADS-ansiedad 2 (0-5), comparadas con los pacientes: 15 (12-17), 13 (10-15), 4 (1-7,5) y 6 (2-9) y los cuidadores 13 (11-15), 12 (10-14), 3 (6-9) y 5 (2-8) respectivamente ($p < 0,05$).