

Conclusión: Los profesionales perciben un mejor estado de salud del paciente. Entre los grupos de pacientes y cuidadores, el último informó de peores resultados. En las PROM, el recolector debería evitar sesgos al reportar los resultados y se debería promover la respuesta directa del paciente.

20747. EVALUACIÓN DEL SISTEMA GLINFÁTICO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL Y SU IMPLICACIÓN EN EL PRONÓSTICO DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA

Brengaret Mata, O.¹; Rodríguez-Heras, E.¹; Santana, D.²; Werner, M.³; Zattera, L.⁴; Llufríu, S.¹; Torné, R.⁵; Laredo, C.⁶; Llull, L.¹; Amaro, S.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ³Servicio de Radiología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ⁴Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ⁵Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona; ⁶Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Objetivos: En modelos experimentales de hemorragia subaracnoidea (HSA) la disfunción del sistema glinfático (SG) aparece de forma precoz y se asocia a mayor daño cerebral, aunque en humanos se desconoce su relevancia clínica. La imagen por RM con tensor de difusión (DTI) permite la evaluación del SG mediante el análisis del índice de difusividad a través de los espacios perivasculares (índice DTI-ALPS), siendo valores más bajos sugestivos de una mayor disfunción del SG. En este estudio evaluamos la relevancia pronóstica del índice DTI-ALPS en una cohorte retrospectiva de pacientes con HSA espontánea.

Material y métodos: Se incluyeron 102 pacientes [edad mediana (IQR) 53 (47-62), WFNS inicial 1 (1-4); 53% mujeres]. Se extrajo el índice DTI-ALPS de una RM realizada a los 4 (2-6) días del sangrado. Se analizó la relación del índice DTI-ALPS con el pronóstico clínico a los 3 meses [buen pronóstico, Rankin < 2].

Resultados: El índice DTI-ALPS fue significativamente menor en mujeres y no se asoció a la gravedad inicial. Un DTI-ALPS más bajo se asoció a peor pronóstico en análisis univariante [mRS = 3-6, media (DE) 1,41 (0,15); mRS = 0-2, 1,50 (0,19); p = 0,017]. Dicha asociación se mantuvo de forma independientes en modelos de regresión logística ajustados a edad, sexo y gravedad inicial [OR-ajustado (IC95%) = 0,014 (0,001-0,810), p = 0,039].

Conclusión: En pacientes con HSA espontánea, un menor valor del DTI-ALPS se asocia a una peor recuperación clínica, observación que apoya la existencia y relevancia clínica de la disfunción del SG en la fase aguda de la enfermedad.

20907. MANEJO DE ANEURISMAS INTRACRANEALES NO ROTOS: RESULTADOS DE 10 AÑOS EXPERIENCIA DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR

López-Grueiro Valcarce, P.¹; Pulido Fraiz, L.¹; Hervás Testal, C.¹; Alonso de Leciana Cases, M.¹; Fuentes Gimeno, B.¹; Ruiz Ares, G.¹; Fernández Prieto, A.²; Martín Aguilera, B.²; Frutos Martínez, R.²; Navia Álvarez, P.²; Álvarez Muelas, A.²; Gómez de la Riva, A.³; Hernández García, B.³; Rigual Bobillo, R.¹; de Celis Ruiz, E.¹; Casado Fernández, L.¹; González Martín, L.¹; Rodríguez Pardo de Donlebun, J.¹; Barrios López, A.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz; ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Paz; ³Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Las guías europeas reportan un riesgo de ruptura de aneurismas intracraniales no rotos (UIA) en 0,8%/año. Para el tratamiento endovascular o quirúrgico, habitualmente indicado en UIA con características de riesgo, reportan un fracaso terapéutico del 10-18%, y de

complicaciones incapacitantes en torno al 4%. Analizamos las características y el pronóstico de los UIA evaluados en un comité multidisciplinar.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo incluyendo pacientes con UIA presentados en comité multidisciplinar entre los años 2011 y 2019. Se registran datos epidemiológicos, características del aneurisma, actitud terapéutica y evolución.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes, de edad mediana 60 años (71% mujeres), con un seguimiento de 8,4 (6,5-11,4) años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron hipertensión (56%) y tabaquismo (51%). Las localizaciones más frecuentes fueron arteria cerebral media (36%) y carótida interna (35%). Diez pacientes (13%) debutaron con clínica compresiva, el resto incidentales. 38 pacientes (51%) recibieron intervención (25 endovascular y 13 quirúrgico). En 37 (49%) se decidió tratamiento conservador. No encontramos diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en edad, diámetro máximo ni puntuación PHASES. Los aneurismas intervenidos eran con mayor frecuencia irregulares (21 vs. 5%). Registramos una complicación fatal (2 no incapacitantes en el grupo intervenido (2,5%), y 4 requirieron reintervención (10%). Registramos una hemorragia fatal (tasa de ruptura de 0,3%/paciente-año) en el grupo conservador. En 4 pacientes se observó un crecimiento significativo, de ellos uno recibió embolización.

Conclusión: La valoración de pacientes con UIA por un comité multidisciplinar asocia bajas tasas de complicaciones operatorias graves y de ruptura durante el seguimiento.

20749. ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN A LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE AMBIENTE Y LA MORTALIDAD POR ICTUS: APROXIMACIÓN DESDE UN ESTUDIO ECOLÓGICO

Ramírez Moreno, J.¹; Martín Hernández, V.²; Parejo Olivera, A.¹; Mesa Hernández, M.¹; Jiménez Arenas, M.¹; Blanco Ramírez, P.¹; Valverde Mata, N.¹; Córdoba, I.¹; García-Falcón, M.¹; Gómez Baquero, M.¹; Roa Montero, A.¹; Ceberino, D.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz; ²Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Objetivos: Estudios previos han sugerido que la exposición a la contaminación del aire puede aumentar la mortalidad por ictus, pero los resultados siguen siendo inconsistentes. Nuestro objetivo es valorar si la concentración de los principales contaminantes ambientales en nuestro país se asocia con la mortalidad por ictus.

Material y métodos: Estudio ecológico. Comparamos los indicadores: tasa ajustada de mortalidad (TMA) y tasa de mortalidad prematura (TMP) por ictus por CC.AA. y sexo con los 8 contaminantes del aire principales (Pb, C6H6, PM2,5, PM10, NO2, SO2, CO y O3) y el índice de calidad del aire (ICAe). Los datos de las concentraciones de los contaminantes ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) se recogieron de una base estatal sobre el histórico de la calidad del aire en España en los últimos 10 años. Se estimaron las medidas de asociación (IR y AFp) utilizando modelos lineales de regresión.

Resultados: La TMA fue 51,1 (11,2) y la TMP 11,1 (4,0) casos por 100.000 hab/año. Los niveles medios de polutos: Pb 0,015 (0,03); C6H6 0,76 (0,71); CO 1,24 (0,66); PM2,5 9,9 (3,6); PM10 18,6 (6,3); O3 12,4 (10,4); SO2 2,5 (2,5); NO2 15,5 (8,3) e ICAe 49,1 (23,0). La TMA se asocia significativamente con niveles de PM2,5 (IR 1,7; AFp 27%), PM10 (IR 1,03; AFp 1,7%) y SO2 (IR 1,2; AFp 6,1%). Existe igualmente una correlación positiva entre TMA y los polutos PM2,5 (p < 0,0001) y SO2 (p = 0,001).

Conclusión: La exposición a PM2,5, PM10 y SO2 se asoció con un mayor riesgo de mortalidad por ictus. Nuestro estudio proporciona una evidencia más sobre la relación entre la contaminación y el ictus.