

## 20216. ANÁLISIS TRAS 2 AÑOS DE EXPERIENCIA DEL PROTOCOLO RUN-AIT: AVANZANDO HACIA LA MEJORA EN EL MANEJO DEL ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO

Montero Ramírez, E.<sup>1</sup>; Pérez Sánchez, S.<sup>1</sup>; de Torres Chacón, R.<sup>1</sup>; Barragán Prieto, A.<sup>1</sup>; Busquier Cerdán, T.<sup>2</sup>; Morales, I.<sup>3</sup>; García Marín, M.<sup>2</sup>; Montaner, J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Virgen Macarena; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Virgen Macarena; <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Virgen Macarena.

**Objetivos:** Alrededor del 7,5-17,4% de los pacientes con ataque isquémico transitorio (AIT) sufrirán un ictus en los próximos 3 meses. Por ello, disminuir la incidencia de ictus isquémico tras un AIT es una prioridad para los sistemas de salud.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de sospechas de AIT en Urgencias tras la implantación de un protocolo específico multidisciplinar. Consta de valoración urgente por neurólogo, realización de RMN con difusión, evaluación arterias intra/extracraneales y estudio cardiológico (EKG siempre y monitorización prolongada si elevada sospecha de fibrilación auricular). Además, tratamiento optimizado en las primeras 24 horas, administrándose dosis de carga de antiagregación precozmente. Se analizan datos de los primeros dos años (2021-2022).

**Resultados:** 230 pacientes fueron incluidos; 46,1% fueron mujeres. La duración media de la clínica fue 91,68 minutos y el síntoma más frecuente fue la afasia aislada (22,2%). Un 76,4% puntuaba un ABCD2 igual o mayor a 4. Respecto a la resonancia, el 41,17% presentó lesiones en secuencia difusión. Después de la evaluación completa, al alta 57 pacientes (24,8%) fueron clasificados como episodios no sugestivos de AIT. Del resto, todos fueron tratados con antiagregación o anticoagulación según la etiología. Un 3,48% presentó otro evento en el siguiente año, todos ellos en los primeros 3 meses.

**Conclusión:** La valoración urgente del AIT a través de un protocolo multidisciplinar, dirigida a optimizar el diagnóstico y tratamiento, es efectiva para reducir la recurrencia de eventos isquémicos a corto y largo plazo. Esto supone una mejora significativa en la atención de estos pacientes y repercute en los sistemas de salud y su eficiencia.

## 21390. TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO EN LA OCLUSIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA. EXPERIENCIA CLÍNICA INICIAL EN UNA UNIDAD DE ICTUS

Núñez Manjarres, G.<sup>1</sup>; Madina Korta, I.<sup>2</sup>; Irigoyen Laborra, C.<sup>2</sup>; Albajar, I.<sup>1</sup>; Álvarez, K.<sup>1</sup>; Ayuso García, D.<sup>1</sup>; Escobar Padilla, C.<sup>1</sup>; Lijeron Farel, S.<sup>1</sup>; Martínez Zabaleta, M.<sup>3</sup>; de la Riva, P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea;

<sup>2</sup>Servicio de Oftalmología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea;

<sup>3</sup>Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea.

**Objetivos:** La evidencia de los beneficios de las terapias de reperfusión en pacientes con oclusión de la arteria central de la retina (OACR) es creciente. Nuestro objetivo es describir la experiencia de nuestro centro con la implementación de un protocolo específico en esta entidad.

**Material y métodos:** Recopilamos de manera retrospectiva una serie de casos de OACR tratados con alteplasa intravenosa e ingresados en la Unidad de Ictus de un hospital terciario de marzo de 2023 a abril de 2024. Se recogieron variables clínicas, demográficas y resultados de los pacientes. Se consideró respuesta al tratamiento una mejoría de la agudeza visual (AV) de  $\geq 0,3$  logMAR.

**Resultados:** De los pacientes en los que se activó Código Ictus tras el diagnóstico de OACR, 8 recibieron tratamiento fibrinolítico con una mediana de edad de 66,9 años (50% mujeres). El hallazgo más frecuente en el fondo de ojo fue la mancha roja cereza, la retina pálida y el edema generalizado (50%). La OCT en el momento agudo reflejó hiperreflectividad de las capas internas de la retina en el 100% de los

pacientes. La media del tiempo desde inicio de síntomas hasta la instauración del tratamiento fue de 185 min (106-260 min). El 62,5% obtuvo una mejoría de AV de  $\geq 0,3$  logMAR. Los mejores resultados se observaron en los tratados en los primeros 180 min. No hubo ninguna complicación relacionada con el tratamiento.

**Conclusión:** El tratamiento con alteplasa intravenosa en OACR en las unidades de ictus es seguro y eficaz. El resultado clínico es mejor cuanto menor sea el tiempo de evolución.

## 20878. EFECTO DE LA CIRCULACIÓN COLATERAL Y SU INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN FUNCIÓN DEL MECANISMO ETIOLÓGICO DEL ICTUS

Rodríguez Carames, J.<sup>1</sup>; Roel García, A.<sup>1</sup>; Feal Panceiras, M.<sup>1</sup>; Cajaraville Martínez, S.<sup>1</sup>; Naya Ríos, L.<sup>1</sup>; García Roca, L.<sup>1</sup>; Fernández Couto, M.<sup>1</sup>; López Fernández, M.<sup>1</sup>; Gómez García, P.<sup>1</sup>; Martínez Calvo, A.<sup>2</sup>; Seoane Dopico, M.<sup>2</sup>; da Silva Candal, A.<sup>3</sup>; Sánchez Navarro, J.<sup>4</sup>; Castellanos Rodrigo, M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña; <sup>4</sup>Departamento de Química Analítica. Facultad de Ciencias. Universidad de Girona.

**Objetivos:** La circulación colateral (CC) es un factor pronóstico potente en pacientes tratados con trombectomía mecánica (TM) y puede ser diferente en función del mecanismo etiológico ictal, lo que puede explicar diferencias evolutivas entre los pacientes tratados. Analizamos el estado de la CC y su influencia en el pronóstico funcional en función del mecanismo etiológico ictal en nuestro centro.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes tratados con TM por oclusión de territorio anterior con CC evaluada y clasificada en angioTC al ingreso (clasificación de Tahn *et al.*) como buena CC (grados 2 y 3) o mala CC (grados 0 y 1). Se consideró buen pronóstico funcional a los 3 meses una escala modificada de Rankin  $\leq 2$ .

**Resultados:** Incluimos 690 pacientes: 108 con ictus aterotrombótico (ATR), 380 cardioembólico (CARD) y 202 indeterminado (IND). Las mujeres tenían más ictus CARD e IND y los varones más ATR. Los ictus CARD eran mayores, más graves, con más fibrilación auricular y antiocoagulación al ingreso, mientras que los ATR recibieron más frecuentemente rtPA y eran más fumadores. Los ictus ATR e IND tenían más frecuentemente buena CC al ingreso y mejor pronóstico a los 3 meses que los CARD. En el análisis multivariado, la CC se comporta como predictor independiente de buen pronóstico solo en pacientes con ictus ATR (OR: 18,9; IC95%: 3,63-98,47;  $p = 0,000$ ).

**Conclusión:** Los pacientes con ictus ATR e IND tienen mejor CC previa a la TM. Sin embargo, la CC solo se comporta como predictor pronóstico independiente en ictus ATR.

## 21612. VARIABLES ASOCIADAS AL NÚMERO DE PASES EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR URGENTE, SUBESTUDIO DEL PROYECTO ITACAT

Juega Mariño, J.<sup>1</sup>; Requena, M.<sup>2</sup>; Piñana, C.<sup>3</sup>; Rodríguez, M.<sup>2</sup>; Camacho, J.<sup>4</sup>; Vidal, M.<sup>5</sup>; Moliné, T.<sup>4</sup>; Serna, G.<sup>6</sup>; Rubiera, M.<sup>2</sup>; García-Tornel, A.<sup>2</sup>; Rodríguez Villatoro, N.<sup>2</sup>; Rodríguez Luna, D.<sup>2</sup>; Muchada, M.<sup>2</sup>; Olivé, M.<sup>2</sup>; Rizzo, F.<sup>2</sup>; Rodrigo, M.<sup>2</sup>; Lázaro, C.<sup>2</sup>; Hernández, D.<sup>7</sup>; de Dios Lascuevas, M.<sup>7</sup>; Diana, F.<sup>7</sup>; Dorado, L.<sup>8</sup>; Hernández, M.<sup>8</sup>; Quesada, H.<sup>9</sup>; Cardona, P.<sup>9</sup>; de la Torre, C.<sup>10</sup>; Ramon y Cajal, S.<sup>4</sup>; Tomasello, A.<sup>7</sup>; Ribó, M.<sup>2</sup>; Molina, C.<sup>2</sup>; Pagola, J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona; <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

<sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia;

<sup>4</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Vall d'Hebron;

<sup>5</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Sabadell;