

## 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 hipereflectividad 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 Paineiras, M.<sup>1</sup>; Cajarville 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 anticoagulación 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;

<sup>6</sup>Vall d'Hebron Instituto de Oncología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>7</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>8</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; <sup>9</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; <sup>10</sup>Unidad de Proteómica. Josep Carreras Leukaemia Research Institute.

**Objetivos:** Nuestro objetivo es identificar la composición del trombo y resto de factores relacionados con el número de pases necesarios para la recanalización efectiva en la trombectomía mecánica (TM) urgente.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de una cohorte de 2 centros hospitalarios. Cada trombo fue analizado mediante hematoxilina-eosina para la proporción, fibrina y hematíes, e inmunohistoquímica CD 61 para la proporción de plaquetas en trombo (PPLT). El análisis de trombos, variables basales, etiología, neuroimagen y tratamiento de reperusión fueron analizados.

**Resultados:** Los casos de TM que solo requirieron de 1 pase de TM se asociaron a menor NIHSS basal [16 vs. 18;  $p = 0,002$ ] (aOR: 0,95; IC95%: 0,915-0,986), la mayor proporción de aspiración directa ADAPT (16 vs. 6%;  $p = 0,023$ ) (aOR: 2,66; IC95%: 1,024-6,925) y a menor PPLT (58 vs. 66%;  $p = 0,010$ ) (aOR: 0,987; IC95%: 0,975-0,999). Las TM de  $\geq 3$  pases se asociaron a ictus de otra etiología (10 vs. 2%;  $p = 0,007$ ) y oclusiones diferentes del segmento M1 ACM (45 vs. 28%;  $p = 0,020$ ). Las TM de  $\geq 4$  pases se asociaron a mayor NIHSS (19 vs. 16;  $p = 0,020$ ) y a menor ASPECTS en TC basal (8 vs. 9;  $p = 0,039$ ) (aOR: 1,076; IC95%: 1,007-1,150).

**Conclusión:** El menor NIHSS, técnica ADAPT y menor PPLT fueron asociados a la recanalización con 1 solo pase de TM. El mayor NIHSS se asoció a  $\geq 4$  pases de TM.

## 20625. TRATAMIENTO ENDOVASCULAR O MÉDICO EN EL ICTUS AGUDO POR OCLUSIÓN DE VASO DE CALIBRE MEDIO: ¿CUÁL ES LA MEJOR OPCIÓN?

Campos Jiménez, M.; García Alcántara, G.; Mena García, N.; Pastor González, R.; Cabañas Ingenios, G.; Vera Lechuga, R.; Matute Lozano, M.; García Madrona, S.; de Felipe Mimbren, A.; Masjuan Vallejo, J.; Cruz Culebras, A.

*Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal.*

**Objetivos:** La oclusión de vaso de calibre medio (MeVO en sus siglas en inglés) representa el 30% de los casos de ictus isquémico agudo. La decisión de tratar con trombectomía mecánica (TM) aún supone un reto difícil. El objetivo del trabajo fue comparar 3 estrategias clínicas.

**Material y métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo en un centro de ictus durante el período abril 2023-abril 2024. Se incluyeron pacientes con MeVO que presentaban oclusión en segmentos M2/M3/M4, A2/A3 o P1/P2. Los pacientes tratados con TEV, FIV o tratamiento médico se compararon mediante regresión logística multivariable. El objetivo primario fue evaluar la independencia funcional, definida con una puntuación con escala de Rankin modificada (mRS) 0-2 a los 3 meses y la seguridad de los tratamientos.

**Resultados:** Un total de 138 pacientes fueron incluidos en el estudio. Treinta y un pacientes (22,5%) recibieron tratamiento médico sin reperusión, 48 (34,8%) de ellos recibieron exclusivamente FIV y en 59 (22,5%) se sometieron a TM con o sin FIV. La localización más frecuente de la oclusión fue M2 (42,8%) seguido de M3 (15,9%). No encontramos diferencias en cuanto al pronóstico funcional, medido mediante la mRS a los 3 meses ( $p = 0,713$ ). La puntuación baja en NIHSS basal se asoció a buen pronóstico funcional (OR 1,18; IC95% 1,03-1,36) en los 3 grupos.

**Conclusión:** No se han observado diferencias significativas en el pronóstico funcional entre los pacientes con oclusiones de vasos medianos tratados con TEV, FIV o tratamiento médico en este estudio. Se necesitan registros más amplios para definir la mejor estrategia.

## 20790. EFECTO DEL NÚMERO DE PASES EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ICTUS ISQUÉMICO EN PACIENTES CON ASPECTS 0-5 VS. 6-10: IN WHOM SHOULD WE STOP?

Mayol Travería, J.<sup>1</sup>; Rodrigo-Gisbert, M.<sup>2</sup>; Requena Ruiz, M.<sup>2</sup>; Rubiera del Fueyo, M.<sup>2</sup>; de Dios Lascuevas, M.<sup>3</sup>; García-Tornel García-Camba, Á.<sup>2</sup>; Olivé-Gadea, M.<sup>2</sup>; Muchada López, M.<sup>2</sup>; Rodríguez-Villatoro, N.<sup>2</sup>; Rodríguez Luna, D.<sup>2</sup>; Juega Mariño, J.<sup>4</sup>; Pagola Pérez de la Blanca, J.<sup>2</sup>; Rizzo, F.<sup>2</sup>; Hernández Morales, D.<sup>3</sup>; Diana, F.<sup>3</sup>; Molina Cateriano, C.<sup>2</sup>; Tomasello Weitz, A.<sup>3</sup>; Ribó Jacobi, M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>2</sup>Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>3</sup>Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>4</sup>Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

**Objetivos:** Establecida la eficacia del tratamiento endovascular (TEV) en el ictus isquémico de circulación anterior y ASPECTS bajo (0-5), el efecto deletéreo del número de pases no ha sido estudiado. Nuestro objetivo es explorar la relación del efecto primer pase (FPE) y número de pases con la independencia funcional (mRS 0-2 90 días) según ASPECTS.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes consecutivos que presentaron un ictus isquémico de circulación anterior y fueron tratados con TEV entre 2017-2023.

**Resultados:** De 645 pacientes, se incluyeron 46 (7,1%) con ASPECTS 0-5 y 599 (92,8%) con ASPECTS 6-10. La tasa de FPE fue de 38,2% (ASPECTS 0-5 17,4% vs. 6-10 39,8%;  $p = 0,003$ ). La tasa de reperusión exitosa (TICI  $\geq 2b$ ) fue de 89,0% (ASPECTS 0-5 89,1% vs. 6-10 89,0%;  $p = 0,975$ ) con mediana de pases de 2 (1-3) [3 (1-3) vs. 1 (1-3) respectivamente;  $p = 0,006$ ]. El 41,7% de pacientes lograron independencia funcional (ASPECTS 0-5 22,2% vs. 6-10 43,2%;  $p = 0,006$ ). Ningún paciente con eTICI  $< 2b$  en el grupo ASPECTS 0-5 obtuvo independencia funcional. Mientras que en el grupo ASPECTS 6-10 el FPE (OR: 1,48; IC95%: 1,01-2,18;  $p = 0,04$ ) y el menor número de pases (OR: 0,76; IC95%: 0,66-0,87;  $p < 0,01$ ) se relacionaron con una mayor tasa de independencia funcional, dicho efecto no fue significativo en el grupo ASPECTS 0-5 (FPE OR: 2,49; IC95%: 0,19-31,2;  $p = 0,479$ ; n.º pases OR: 0,53 IC95%: 0,22-1,29;  $p = 0,161$ ).

**Conclusión:** En pacientes con ictus isquémico de circulación anterior, el valor pronóstico del FPE y el efecto deletéreo acumulativo del número de pases observado en pacientes con ASPECTS 0-6 desaparece en aquellos con ASPECTS 0-5.

## 21247. VALOR PRONÓSTICO DE LA PRESENCIA DE HIPERDENSIDAD EN LA TC DE CONTROL EN LOS PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO TRATADOS MEDIANTE TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Ocaña Mora, B.<sup>1</sup>; Ayo Martín, Ó.<sup>1</sup>; Hernández Fernández, F.<sup>1</sup>; Molina Nuevo, J.<sup>2</sup>; García García, J.<sup>1</sup>; Payá Montes, M.<sup>3</sup>; Serrano Serrano, B.<sup>1</sup>; Palao Rico, M.<sup>1</sup>; Collado Jiménez, R.<sup>2</sup>; Lozano Setién, E.<sup>2</sup>; Sánchez Morales, L.<sup>1</sup>; Martínez Fernández, I.<sup>1</sup>; Restrepo Carvajal, L.<sup>1</sup>; Cuenca Juan, F.<sup>1</sup>; Segura Martín, T.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital General de Albacete.

**Objetivos:** La presencia de hiperdensidad en la TC de control (HTC) en pacientes con ictus isquémico, tratados con trombectomía mecánica, genera controversias sobre su naturaleza y el valor pronóstico asociado. Se analiza la relación existente entre la presencia de HTC y su pronóstico a largo plazo, con independencia de la naturaleza de la HTC, hemorrágica y/o extravasación de contraste.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo unicéntrico de los pacientes tratados mediante trombectomía mecánica entre diciembre de 2014 y enero de 2024. Se realiza análisis estadístico de variables