

⁶Vall d'Hebron Instituto de Oncología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁷Servicio de Radiología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁸Servicio de Neurología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; ⁹Servicio de Neurología. Hospital Universitari de Bellvitge; ¹⁰Unidad 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 ≥ 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 ≥ 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 ≥ 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 Mimbres, 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 Traveria, J.¹; Rodrigo-Gisbert, M.²; Requena Ruiz, M.²; Rubiera del Fueyo, M.²; de Dios Lascuevas, M.³; García-Tornel García-Camba, Á.²; Olivé-Gadea, M.²; Muchada López, M.²; Rodríguez-Villatoro, N.²; Rodríguez Luna, D.²; Juega Mariño, J.⁴; Pagola Pérez de la Blanca, J.²; Rizzo, F.²; Hernández Morales, D.³; Diana, F.³; Molina Cateriano, C.²; Tomasello Weitz, A.³; Ribó Jacobi, M.²

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ²Unidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ³Servicio de Neuroradiología Intervencionista. Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁴Unidad 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.¹; Ayo Martín, Ó.¹; Hernández Fernández, F.¹; Molina Nuevo, J.²; García García, J.¹; Payá Montes, M.³; Serrano Serrano, B.¹; Palao Rico, M.¹; Collado Jiménez, R.²; Lozano Setién, E.²; Sánchez Morales, L.¹; Martínez Fernández, I.¹; Restrepo Carvajal, L.¹; Cuenca Juan, F.¹; Segura Martín, T.¹

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ²Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; ³Servicio 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

clínicas asociadas con mal pronóstico definido por una puntuación en la escala Rankin superior a 2 a los 3 meses tras el ictus, mediante análisis univariante y posteriormente de regresión logística multivariante.

Resultados: Se incluyeron 815 pacientes, 454 varones (55,7%), edad media 70,12 años (DE 12,8), 246 recibieron rtPA (30,2%), HTC en 83 (10,4%). Las variables que se mantuvieron asociadas a mal pronóstico independientemente en el análisis multivariante fueron: HTC (OR: 5,0 IC95%: [1,9-12,7]), edad > 62 años (2,5 [1,2-5,3]), HTA (2,3 [1,2-4,2]), Rankin basal 3-6 (10,7 [1,8-63]), glucemia inicial > 149 (3,4 [1,9-6,2]), NIHSS > 10 (4,3 [1,8-10,1]), porcentaje de *mismatch* (0,98 [0,97-0,99]), oclusión en ACM vs. otra arteria (0,3 [0,1-0,5]), fibrinólisis intravenosa (0,3 [0,2-0,8]), TICI 2B-3 (0,05 [0,01-0,2]) y tiempo inicio-recanalización > 260 min (3,4 [1,8-6,4]).

Conclusión: La presencia HTC a las 24 horas posttrombectomía se mostró como un marcador de mal pronóstico en pacientes que recibieron tratamiento con trombectomía mecánica. El presente estudio puede ayudar a plantear nuevas estrategias que optimicen la efectividad de este tratamiento.

21557. ANÁLISIS DE EXPERIENCIA DE PACIENTE EN LA UNIDAD DE ICTUS COMO HERRAMIENTA DE MEJORA

Fernández Maiztegi, C.¹; Azcona Ramos, I.²; Gallego Camiña, I.³

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces;

²Universidad del País Vasco; ³Subdirección de Innovación y Calidad. Hospital Universitario de Cruces.

Objetivos: Alcanzar buenos resultados en salud es la misión fundamental de cualquier sistema de salud, y la medición de resultados podría ser considerada como su herramienta más poderosa. Esta medición debe incluir aspectos clínicos, pero también de calidad de vida y salud percibida, y requiere una revisión del proceso asistencial integrando la experiencia del paciente.

Material y métodos: Presentamos un estudio prospectivo mediante entrevista guiada a los pacientes ingresados en la Unidad de Ictus (UI) en un período de 30 días, incluyendo a las familias. Se ha analizado la experiencia de paciente y elaborado el mapa de experiencia utilizando la metodología Design Thinking. Se han identificado áreas de mejora tras el análisis de los resultados (incluyendo perspectiva de género) y se han propuesto cambios en el proceso.

Resultados: Ingresaron en la UI 35 pacientes. Se realizaron 30 entrevistas (23 a pacientes + familias, 5 a pacientes y 2 a familias). Se identificaron sentimientos positivos y negativos: los pacientes en la UI se sienten bien cuidados, pero refieren sensación de soledad. Para las familias el momento del ictus agudo supone una gran preocupación, pero en la UI sienten seguridad y calidad en los cuidados. Entre las áreas propuestas de mejora recogidas destacan la ampliación de los horarios de visita, la posibilidad de participación en los cuidados, formación en ictus y aspectos relativos a la comunicación.

Conclusión: La experiencia de los pacientes y sus familias aporta una visión que es imprescindible incluir para avanzar en la mejora de nuestros sistemas hacia una medicina centrada en la persona.

20933. INFLUENCIA DE LOS RECIENTES ENSAYOS CLÍNICOS POSITIVOS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN “LESIÓN INICIAL EXTENSA” SOBRE LOS TIEMPOS INTRAHOSPITALARIOS EN UN CENTRO DE TROMBECTOMÍA

Flores Flores, A.¹; Seró Ballesteros, L.¹; Avivar, Y.¹; Caraballo, D.¹; Estrada, E.¹; Cuba, V.²; Chirife, O.²; Aja, L.²; Ripoll, E.²; López Rueda, A.²; de Miquel Rueda, M.²; Ustrell, X.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; ²Unidad de Neurointervencionismo. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

Objetivos: La reciente evidencia a partir de ensayos clínicos positivos de tratamiento endovascular (TEV) en lesiones iniciales extensas podría tener un efecto indirecto no deseado en tiempos intrahospitalarios. El objetivo ha sido evaluar la influencia de la nueva evidencia en TEV sobre la atención inicial en un centro de trombectomía.

Material y métodos: Estudio observacional de un solo centro. Datos analizados de un registro prospectivo de pacientes tratados con TEV desde enero de 2021 hasta abril de 2024. Se han determinado dos grupos; pre y posensayos clínicos (punto de corte: febrero de 2023, publicación de ensayos). Se han comparado características basales y tiempos intrahospitalarios entre los dos grupos.

Resultados: De 125 casos, la media de edad fue 71,5 (DE ± 12,7), la mediana de NIHSS basal 15 (RIQ: 9-19). El porcentaje de los grupos pre y post fueron 44,8% (n: 56) y 55,2% (n: 69) respectivamente. Ochenta y ocho (70,4%) recibieron TEV primario. En general, los intrahospitalarios (mediana-minutos) como puerta-punción (66 vs. 59; p = 0,36), TAC-punción (50 vs. 43; p = 0,42) y punción-recanalización (36 vs. 50; p = 0,053) no mostraron diferencias significativas. En pacientes con TEV primario, el grupo post presentaba un mayor NIHSS basal (15, RIQ: 10-18 vs. 13, RIQ: 9-19; p = 0,032) y menor ASPECTS (9, RIQ: 7-10 vs. 9, RIQ: 8-10; p = 0,001) que el grupo pre. La proporción de pacientes con ASPECTS igual o menor a 6 fue mayor en el grupo post (20%, n: 9 vs. 6,9%, n: 3; p = 0,049). Tiempos intrahospitalarios no mostraron diferencias significativas.

Conclusión: En este estudio, la nueva evidencia de TEV en lesiones iniciales extensas no ha repercutido negativamente en tiempos intrahospitalarios. De manera esperable, un aumento significativo del déficit clínico y lesión inicial en el grupo post que recibe TEV primario fue observado.

21373. NIHSS MISMATCH: DEFINICIÓN DE UN CONCEPTO Y VALIDACIÓN INTERNA

Vidal de Francisco, D.¹; Amaya Pascacio, L.¹; Guevara Sánchez, E.¹; Fernández Gómez, M.²; del Toro Pérez, C.¹; Ruiz Franco, M.¹; Hidalgo Barranco, C.²; Arjona Padillo, A.¹; Martínez Sánchez, P.³

¹Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas;

²Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas;

³Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Universidad de Almería.

Objetivos: Desarrollar una herramienta matemática, la NIHSS *Mismatch*, que mida la discrepancia entre la escala NIHSS “real” y una NIHSS “teórica” al ingreso en pacientes con ictus isquémico agudo (IIA) y oclusión de gran vaso (OGV); evaluar su valor pronóstico clínico tras una trombectomía mecánica (TM).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con IIA y OGV en el territorio anterior (2017-2022). La muestra se dividió en la cohorte de entrenamiento (40%) y la cohorte de validación (60%). Usando modelos de regresión lineal multivariante en la cohorte de entrenamiento, se obtuvo la fórmula para calcular el NIHSS “teórico” al ingreso. Posteriormente se calculó el porcentaje NIHSS *Mismatch* y, con modelos multivariantes de regresión logística, se evaluó su utilidad para predecir mejoría neurológica precoz (MNP = reducción de la NIHSS de ≥ 8 puntos o alcanzar 0/1 a las 24 horas) y evolución favorable (ERM 0-2 a los 3 meses) tras TM.

Resultados: La cohorte de validación comprendió 185 pacientes, 56,8% hombres, edad media (DE) 71,4 (13,1) años. Sesenta y cuatro pacientes (34,6%) presentaron MNP y 76 (41%) evolución favorable a los tres meses. La curva ROC mostró que el 64% de NIHSS *Mismatch* era el punto corte óptimo para alcanzar una MNP (67,2% de sensibilidad y 62% de especificidad). Los análisis multivariantes mostraron que NIHSS *Mismatch* ≥ 64% era un predictor de MNP (OR: 3,053; IC95%: 1,586-5,877) y de evolución favorable (OR: 3,337; IC95%: 1,484-7,506) ajustado por factores de confusión.