

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.<sup>1</sup>; Azcona Ramos, I.<sup>2</sup>; Gallego Camiña, I.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Cruces;

<sup>2</sup>Universidad del País Vasco; <sup>3</sup>Subdirección 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 RECENTES ENSAYOS CLÍNICOS POSITIVOS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN “LESIÓN INICIAL EXTENSA” SOBRE LOS TIEMPOS INTRAHOSPITALARIOS EN UN CENTRO DE TROMBECTOMÍA

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

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona; <sup>2</sup>Unidad 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.<sup>1</sup>; Amaya Pascacio, L.<sup>1</sup>; Guevara Sánchez, E.<sup>1</sup>; Fernández Gómez, M.<sup>2</sup>; del Toro Pérez, C.<sup>1</sup>; Ruiz Franco, M.<sup>1</sup>; Hidalgo Barranco, C.<sup>2</sup>; Arjona Padillo, A.<sup>1</sup>; Martínez Sánchez, P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas;

<sup>2</sup>Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas;

<sup>3</sup>Servicio 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.