



# Neurology perspectives



## 18901 - Comparativa de dos protocolos de manejo de la tensión arterial tras la recanalización completa (TICI2c-3)

Sánchez Boyero, M.<sup>1</sup>; Portocarrero Sánchez, L.<sup>1</sup>; García Ruiz, M.<sup>1</sup>; Palliotti, L.<sup>1</sup>; Simal Hernández, P.<sup>2</sup>; Pérez García, C.<sup>3</sup>; Moreu Gamazo, M.<sup>3</sup>; Rosati, S.<sup>3</sup>; López-Frías Jurado, A.<sup>3</sup>; Egido, J.<sup>2</sup>; Gómez-Escalonilla Escobar, C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos; <sup>2</sup>Unidad de Ictus. Hospital Clínico San Carlos; <sup>3</sup>Servicio de Neurorradiología Intervencionista. Hospital Clínico San Carlos.

### Resumen

**Objetivos:** No existe actualmente un consenso definido sobre el manejo óptimo de la tensión arterial en las primeras 24h tras conseguir la recanalización completa (TICI2c-3). Comparar los resultados clínicos y de neuroimagen de dos protocolos de manejo de las cifras tensionales tras la recanalización completa: tratamiento conservador (TAS < 185 mmHg) vs tratamiento activo (TAS < 150 mmHg).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de un registro consecutivo de pacientes con oclusión de arteria carótida intracraneal o de cerebral media, sometidos a trombectomía con recanalización completa. Se realiza una comparativa de resultados clínicos y de neuroimagen en dos periodos de estudio: tratamiento conservador (marzo 2017 a marzo 2020) vs. tratamiento activo (abril 2020 a septiembre 2022).

**Resultados:** 107 pacientes (tratamiento conservador) y 125 pacientes (tratamiento activo) reunieron los criterios de inclusión. Basalmente el grupo de tratamiento activo tienen un mayor porcentaje de pacientes con una escala modificada de Rankin > 2 (2,8 vs. 17,6%, p = 0,001), mayor glucemia basal (122 vs. 134 mg/dl, p = 0,042) y menor tiempo inicio-recanalización (228 vs. 210 minutos, p = 0,041); sin existir diferencias significativas en las variables demográficas, factores de riesgo vascular, gravedad clínica o estudios de neuroimagen. En el análisis multivariante el grupo de tratamiento activo presenta menor tamaño de infarto (p = 0,045) con menor edema cerebral (p = 0,019) en la neuroimagen de control a las 24 h, así como menor mortalidad de causa neurológica (p = 0,001).

**Conclusión:** El protocolo de tratamiento activo (TAS < 150) tras la recanalización completa (TICI2c-3), reduce el tamaño del infarto y el desarrollo de edema cerebral con disminución de la mortalidad de causa neurológica.