

7. Manejo del ictus “comunicado”

Preguntas para responder:

- ¿Debe ser evaluado de manera urgente en Atención Especializada un paciente con sospecha de AIT o ictus estable que refiere el episodio agudo hace más de 48 horas?

No todos los pacientes con un ictus acuden en la fase aguda a un centro sanitario, algunos acuden con posterioridad. Se trata de lo que algunos profesionales denominan ictus “comunicado” o “referido”.

Desde un punto de vista práctico, el grupo de trabajo de esta guía ha definido este concepto como “*posible AIT o ictus estable de al menos 48 horas de evolución*”. Este término englobaría tanto al paciente que acude con la sintomatología resuelta y ésta ha durado menos de 24 horas (sospecha de AIT) como al paciente que estando estable acude al centro de salud pasadas 48 horas del inicio de los síntomas.

Uno de los problemas asociados con estos pacientes, en los que se sospecha haber padecido un ictus o AIT, es la posibilidad de recurrencia. De hecho, el riesgo de sufrir un ictus isquémico es especialmente elevado tras un AIT. Una RS mostró que el 3,5% de los pacientes sufrió un ictus durante los dos primeros días de un AIT, el 8% durante el primer mes y hasta el 9,2% durante los primeros 90 días. Estos porcentajes podrían reducirse si tras sospecharse un AIT se realizara una evaluación activa de los episodios¹⁶⁶. Según otro metaanálisis de estudios observacionales el riesgo de sufrir un ictus durante los dos primeros días tras un AIT es del 3,1% (IC95%:2,0 a 4,1) y del 5,2% (IC95%:3,9 a 6,5) durante los siete días posteriores al AIT¹⁶⁷.

Metaanálisis 2+

Dos estudios observacionales (*EXPRESS* y *SOS-TIA*) evidencian los beneficios de una evaluación urgente y tratamiento inmediato de los pacientes con AIT, demostrándose una disminución significativa del porcentaje de recurrencia de ictus^{71,168,169}, disminución de la mortalidad o discapacidad, disminución de la estancia hospitalaria y disminución de los costes asociados¹⁷⁰.

GPC, estudios observacionales 2++, 3

Para estratificar el riesgo de recurrencia de ictus en individuos que han sufrido un AIT previo, se han propuesto algunas escalas basadas en características clínicas. Las más destacadas son: la escala de California¹⁷¹, la ABCD¹⁷² y la escala ABCD2¹⁷³.

Estudios observacionales 2++

Para pacientes considerados de alto riesgo según las puntuaciones en la escala ABCD², el riesgo de presentar un ictus isquémico tras un AIT es del 18% tras los primeros 90 días (Tabla 12)¹⁷³.

Estudio pruebas diagnósticas III

Tabla 12. Riesgo de ictus a los 2, 7 y 90 días tras un AIT (tabla de riesgo ABCD²)¹⁷³

Puntuación de riesgo	2 días	7 días	90 días
Riesgo bajo (0-3)	1%	1,2%	3,1%
Riesgo moderado (4-5)	4,1%	5,9%	9,8%
Riesgo alto (6-7)	8,1%	11,7%	17,8%

La escala ABCD² presenta un rango de puntuación total de 0 a 7 para los siguientes componentes o predictores de riesgo independientes¹⁷³:

- Edad: >60 años (1 punto) (*age*)
- Presión arterial: PAS >140 mmHg o PAD >90 mmHg (1 punto) (*blood pressure*)
- Características clínicas: debilidad focal (2 puntos) o alteraciones en el habla sin debilidad focal (1 punto) (*clinical features*)
- Duración de los síntomas: ≥60 minutos (2 puntos); 59-10 minutos (1 punto) (*duration of symptoms*)
- Diabetes: (1 punto) (*diabetes mellitus*)

Otro estudio¹⁷⁴ encuentra que de los ictus recurrentes en los 7 días posteriores a un primer AIT, el 52% ocurren en las primeras 24 horas; si tenemos en cuenta los 30 primeros días, suponen un 42%. De los 59 casos de ictus recurrente tras un primer AIT, 48 casos (81,4%) ocurrieron en los primeros 7 días. Además, los riesgos de ictus en las primeras 12 y 24 horas, estaban fuertemente relacionados con la escala ABCD² ($p=0,02$ y $p=0,0003$). En este sentido, concluye que el hecho de que la escala ABCD² sea fiable en la evaluación aguda, muestra que un apropiado triage urgente y tratamiento es posible tras un AIT.

Estudios
observacionales
2++

Las escalas de medición del riesgo excluyen ciertas poblaciones que pueden estar particularmente en alto riesgo de recurrencia, como aquellos pacientes con episodios recurrentes (2 o más AIT en una semana) y aquellos con tratamiento anticoagulante, que también necesitarían una evaluación especializada inmediata. Además, estas escalas pueden no ser relevantes en aquellos pacientes que acuden al médico cuando el episodio ha ocurrido hace tiempo (más de 7 días)⁷¹.

GPC (opinión de
expertos) 4

Estas escalas han sido validadas^{173,175-178}, aunque no en nuestro contexto. El estudio de validación de la escala ABCD en población española mostró que la escala, cuando se utiliza como criterio de riesgo una puntuación en la escala mayor o igual a cinco, no es útil para diferenciar pacientes con un mayor riesgo de recurrencia de ictus durante los siete primeros días tras un AIT¹⁷⁹. En otros estudios llevados a cabo en nuestro país, el único factor que se relacionó con un mayor riesgo de recurrencia fue la etiología subyacente (mayor riesgo de recurrencia en aquellos pacientes con estenosis intracraneal o etiología aterotrombótica). Las puntuaciones elevadas en la escala ABCD² (>5), no se relacionaron con un mayor riesgo de recurrencia a la semana ni a los 90 días de seguimiento^{180,181}. Los autores argumentan que estas escalas se desarrollaron a partir de datos poblacionales en los que no siempre la valoración del paciente fue realizada por un especialista. Sin embargo, en los estudios citados, un neurólogo valoró a cada uno de los pacientes, excluyéndose a aquellos con clínica neurológica transitoria que probablemente no se debiera a un AIT, por ello no encuentran esa relación con el mayor riesgo de recurrencia. En este sentido otro estudio apuntó que parte de la capacidad predictora de riesgo de recurrencia de la escala ABCD² podría deberse a la capacidad de la escala para discernir entre AIT, ictus leves y episodios no cerebrovasculares. En este estudio se incluyeron pacientes con sospecha de AIT derivados, por un facultativo no especialista en ictus, a una clínica específica para AITs e ictus leves. Los resultados del estudio mostraron que puntuaciones en la escala ≥ 4 incrementaban la probabilidad de un diagnóstico final de AIT o ictus leve confirmado. La media de puntuaciones en la escala fue de 4,8 puntos para los pacientes con diagnóstico final de ictus leve, 3,9 para los pacientes con diagnóstico final de AIT y 2,9 para aquellos que finalmente fueron diagnosticados de un episodio no cerebrovascular ($p < 0,00001$)¹⁸².

Estudios
observacionales
2++/2+

En una evaluación económica desarrollada por NICE se compararon dos alternativas de manejo de pacientes con sospecha de AIT atendidos por un médico de AP:

GPC
(evaluación
económica)

- Evaluación inmediata por un especialista en una unidad de ictus.
- Evaluación en un plazo de siete días por un especialista.

Se valoró el coste efectividad de las dos estrategias para el total de pacientes, pero también para cada uno de los grupos según las puntuaciones de la escala ABCD².

El análisis de coste efectividad mostró que la evaluación inmediata por un especialista resulta una opción coste efectiva incluso para los grupos con puntuaciones más bajas en la escala ABCD²⁷¹.

Resumen de la evidencia

2+	El riesgo de sufrir un ictus isquémico es especialmente elevado tras un AIT (3,1-3,5% durante los dos primeros días tras un AIT, 5,2% durante la primera semana, el 8% durante el primer mes y hasta el 9,2% durante los primeros 90 días) ^{166,167}
2++/3	La evaluación urgente y tratamiento inmediato de los pacientes con AIT disminuye el porcentaje de recurrencia de ictus, la mortalidad o discapacidad, la estancia hospitalaria y los costes asociados ¹⁶⁸⁻¹⁷⁰
2++/2+	Existen escalas, no validadas en nuestro medio, para calcular el riesgo de recurrencia tras un ataque isquémico transitorio: la escala ABCD, ABCD ² y la escala de California ^{171-173,175-181}
4	Las escalas de evaluación del riesgo de recurrencia excluyen ciertas poblaciones particularmente en alto riesgo de recurrencia: pacientes con episodios recurrentes (2 ó más AIT en una semana) o con anticoagulación. Además, pueden no ser relevantes para los pacientes que acuden pasados 7 días del episodio ⁷¹
2++	El 81,4% del total de ictus recurrentes ocurrieron en los primeros 7 días tras el primer AIT. De los ictus recurrentes en los 7 días posteriores a un primer AIT, el 52% ocurren en las primeras 24 horas; en los 30 primeros días, los ocurridos en las primeras 24 horas suponen un 42%. Además, los riesgos de ictus en las primeras 12 y 24 horas, estaban fuertemente relacionados con la escala ABCD ² (p= 0,02 y p= 0,0003) ¹⁷⁴
2+	Parte de la capacidad predictora de riesgo de recurrencia de la escala ABCD ² podría deberse a la capacidad de la escala para discernir entre AIT, ictus leves y episodios no cerebrovasculares ¹⁸²
Evaluación económica	La evaluación inmediata por un especialista resulta una opción coste efectiva en comparación con la evaluación en un plazo de siete días, incluso para los grupos con puntuaciones en la escala ABCD ² más bajas ⁷¹

Recomendaciones

✓	Los pacientes con sospecha de ictus estable de más de 48h de evolución deben ser trasladados a un hospital de manera urgente si los síntomas se iniciaron hace 7 días o menos
B	Los pacientes con sospecha de AIT ocurrido hace 7 días o menos, deben ser evaluados por el especialista de manera urgente (en menos de 24 horas)
D	Los pacientes con sospecha de AIT o ictus estable de al menos 48 horas de evolución, y con antecedentes de episodios recurrentes de AIT (2 o más AIT en una semana) o con tratamiento anticoagulante, deben ser evaluados por un especialista de manera urgente (en menos de 24 horas)
✓	Los pacientes con sospecha de AIT o ictus estable de al menos 48 horas de evolución que se presentan tras los 7 días posteriores al inicio de los síntomas, deben ser evaluados por un especialista en menos de una semana