

Accidente Isquémico Transitorio: la gran oportunidad

Transient Ischemic Attack: a great opportunity

M^a Dolores Fernández Couto¹, Alfredo Puy Nuñez²

¹Servicio Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. SERGAS. A Coruña.

²Servicio Neurología Complejo Hospitalario de Pontevedra. SERGAS. Pontevedra.

El ictus constituye la primera causa de muerte en mujeres y la segunda causa de muerte global en España¹, así como la primera causa de discapacidad adquirida en la edad adulta y la segunda causa de demencia por detrás de la enfermedad de Alzheimer. El accidente isquémico transitorio (AIT) precede al ictus isquémico en un 23% de los casos². Esta señal de alarma, lejos de poder considerarse banal, constituye una gran oportunidad para la prevención.

El manejo ambulatorio clásico de esta patología consistía en la derivación más o menos preferente al neurólogo por parte del médico de atención primaria o del servicio de urgencias, dilatando así en semanas/meses el estudio etiológico y el inicio de la prevención secundaria, lo que supone un riesgo de ictus y otros eventos cardiovasculares (incluyendo IAM y muerte súbita) del 12% a los 7 días y del 20% a los 90 días; el 50% de estos episodios ocurrirán en las primeras 48 horas; el 80% de los ictus que siguen al AIT serán fatales o producirán discapacidad³.

Con objeto de estratificar el riesgo de ictus tras un AIT, se han desarrollado múltiples escalas basadas en factores de riesgo vascular y características clínicas: subtipos de escala ABCD, California Risk Score, Essen Stroke Risk Score (ESRS), Stroke Prognosis Instrument II (SPI-II).

Desde su publicación en 2007, la escala ABCD² se ha incorporado a las guías de práctica clínica y a la rutina diaria. Es un sencillo sistema de puntuación que nos permite diferenciar aquellos pacientes que necesitan evaluación especializada urgente, en <24 horas (puntuación ≥ 4), de aquellos en los que la evaluación especializada puede

demorarse hasta una semana (puntuación <4)⁴. Se han llevado a cabo múltiples estudios de validación de la escala ABCD² con resultados inconsistentes, que van desde una capacidad predictiva limitada hasta la excelencia. Una explicación de esta variabilidad es que el valor predictivo de la escala podría estar actuando como herramienta diagnóstica, incrementando la seguridad en el diagnóstico del AIT en el ámbito de la medicina de atención primaria y de urgencia, y dejaría de ser útil cuando los pacientes se estudian en el ámbito de la atención especializada^{5,6}. Un beneficio adicional de su utilización en el cribado temprano de los pacientes con AIT es que ayuda a predecir la severidad de los eventos subsiguientes, y apoyaría el ingreso hospitalario de aquellos pacientes con puntuaciones más elevadas con la finalidad de adecuar y maximizar el tratamiento preventivo y permitir la trombolisis temprana si se produce un ictus isquémico⁷.

Sin embargo, debemos de tener presente que estas escalas dejan fuera ciertas poblaciones con especial alto riesgo que también se beneficiarían de una evaluación urgente:

- a) pacientes anticoagulados
- b) pacientes con AITs recurrentes, definidos como aquellos que han tenido un AIT en los 7 días previos al AIT objeto de estudio (AIT index). Son predictores de ictus independientemente del subtipo etiológico (72.5% de las recurrencias de ictus en las primeras 48 horas)⁸.
- c) pacientes con estenosis >50% de arterias de gran calibre, tanto extra- como intracraneales).

En 2010 aparece la última escala ABCD, la escala ABCD³-I, que incorpora el AIT recurrente así

Con objeto de estratificar el riesgo de ictus tras un AIT, se han desarrollado múltiples escalas basadas en factores de riesgo vascular y características clínicas

En 2010 aparece la última escala ABCD, la escala ABCD³-I, que incorpora el AIT recurrente así como la imagen vascular (troncos supraaórticos) y la neuroimagen (secuencias de difusión) en los pacientes con AIT, consiguiendo un incremento real de su capacidad pronóstica

como la imagen vascular (troncos supraaórticos) y la neuroimagen (secuencias de difusión) en los pacientes con AIT, consiguiendo un incremento real de su capacidad pronóstica. Cuando se evalúa cada uno de los componentes de estas escalas, el AIT previo y la estenosis de grandes vasos superior al 50% son los principales predictores independientes de ictus en el seguimiento de estos pacientes con AIT previo a los 7 y a los 90 días^{5,9,10}.

Así las cosas, el estudio ambulatorio diferido del AIT no es defendible en el momento actual. Debe de considerarse y tratarse como una urgencia neurológica. El objeto de debate en la literatura médica al respecto es la estrategia óptima de manejo: ingreso hospitalario versus manejo ambulatorio urgente. La American Heart Association (2009) recomienda la hospitalización de los pacientes con AIT, independientemente de su puntuación en la escala ABCD², siempre y cuando no exista certeza de que el estudio ambulatorio pueda completarse en 2 días¹¹. La recomendación actual de la Sociedad Española de Neurología (SEN), vigente desde 2006, es el ingreso hospitalario de todos los pacientes con AIT, ya que en nuestra red sanitaria es la vía que garantiza la evaluación correcta del mismo¹².

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2006.
2. Rothwell PM, Warlow CP. Timing of TIAs preceding stroke: Time window for prevention is very short. *Neurology*. 2005; 64: 817-20
3. Gommans J, Alan Barber P; Fink J. Preventing strokes: the assessment and management of people with transient ischaemic attack. *The New Zealand Medical Journal*. 2009, 122 (1293): 1-11
4. Tyrrell P, Swain S, Rudd A. Diagnosis and initial management of transient ischaemic attack. *Clinical Medicine*, 2010, 10 (2): 164-7
5. Purroy F; Jiménez-Caballero PE, Gorospe A, Torres, MJ, Alvarez-Sabin J, Santamaría E, et al. Prediction of early stroke recurrence in TIA patients from the PROMAPA study. A comparison of prognostic risk scores. *Cerebrovasc Dis*. 2012; 33: 182-9
6. Sheehan OC, Merwick A, Kelly LA, Hannon N, Marnane M, Kyne L, McCormack PME, Duggan J, Moore A, Moroney J, Daly L, Harris D, Horgan G, Kelly PJ. Diagnostic usefulness of the ABCD² score to distinguish transient ischemic attack and minor ischemic. *Stroke* 2009; 40: 3449-54.
7. Chandratheva A, Geraghty OC, Luengo-Fernandez, R; Rothwell, PM for the Oxford Vascular Study. ABCD² score predicts severity rather than risk of early recurrent events after transient ischemic attack. *Stroke* 2010 May; 41(5): 851-6
8. Purroy F, Jimenez Caballero PE, Gorospe A, et al. Recurrent transient ischaemic attack and early risk of stroke: data from the PROMAPA study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013; 84: 596-603
9. Merwick A, Albers GW, Amarenco P, Arsava EM, Ay J, Calvet D, et al. Addition of brain and carotid imaging to the ABCD² score to identify patients at early risk of stroke after transient ischaemic attack: a multicenter observational study. *Lancet Neurol*. 2010; 9: 1060-9
10. Song B, Fang H, Zhao L, Gao Y, Tan S, Lu J, Sun S, Chandra A, Wang R, Xu Y. Validation of the ABCD³-I Score to Predict Stroke Risk After Transient Ischemic Attack. *Stroke*. 2013; 44: 1244-8.
11. Easton JD, Saver JL, Albers GW, Alberts MJ, Chaturvedi S, Feldmann E, Hatsukami TS, Higashida RT, Johnston SC, Kidwell CS, Lutsep HL, Miller E, Sacco RL. Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease: The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. *Stroke*. 2009; 40: 2276-93
12. Comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Guía para el diagnóstico tratamiento del ictus. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología. 1ª edición. Prous Science. Barcelona. 2006. Pp:65-69