

Pronóstico a corto plazo en pacientes con ataques isquémicos transitorios

Short-term prognosis after Emergency Department diagnosis of TIA. Jhonston CS, Gress DR, Browner WS, Sidney S. *JAMA* 2000; 284: 2901-2906.

Objetivo

Determinar el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) a corto-plazo y de otros eventos adversos luego del diagnóstico de accidente isquémico transitorio (TIA).

Diseño

Estudio de cohorte prospectiva*.

Lugar

Dieciséis hospitales pertenecientes a la Kaiser-Permanente de California (Sistema de Salud Gerenciado).

Pacientes

Desde marzo 1997 hasta febrero 1998, se identificó a los pacientes con diagnóstico de TIA evaluados en la guardia. Para obtener la información médica se utilizó su historia clínica, evaluada por un neurólogo que desconocía la evolución de los pacientes. Se excluyeron los pacientes que no tuviesen disponible la historia de guardia (n=30), miembros fuera de la Kaiser (n=27), aquellos codificados con otros diagnósticos (n=25) y los pacientes con TIA previo (n=8).

Evaluación de factores de riesgo

Se evaluaron variables demográficas, clínicas, factores de riesgo vascular y varios hallazgos del examen físico (FC, presencia de soplos vasculares, debilidad, parestesias, confusión y alteraciones del lenguaje).

Evaluación de resultados principales

Se utilizaron cuatro resultados primarios: a) Hospitalizaciones, b) ACV, c) Nuevo TIA, d) Muerte. Estos fueron evaluados a los 90 días luego de haber tenido el TIA inicial. El diagnóstico final de

TIA y ACV requería la evaluación de un neurólogo y el diagnóstico médico escrito en la historia clínica.

Resultados Principales

De 1707 pacientes con TIA, 99% ingresaron a la guardia dentro de las 24 hs. El promedio de duración de los síntomas fue 207 minutos. Dentro de los 90 días posteriores al TIA 180 pacientes (10.5%) tuvieron un ACV, y el 50% ocurrió dentro de las 48hs del TIA. Sólo el 7% de los pacientes con ACV quedaron sin discapacidad a los 90 días. La mortalidad en este grupo fue del 21%. Los factores de riesgo independientes para desarrollar ACV fueron: edad, duración del TIA, síntomas al ingreso, diabetes, debilidad, alteraciones en el lenguaje o en la marcha fueron (ver tabla). Haber recibido tratamiento previamente (aspirina, anticoagulación, etc) no influyó en el pronóstico.

Tabla. Factores de riesgo independientes para ACV a 90 días

Factor	OR* (IC 95%)	p
Edad > 60	1.8 (1.1-2.7)	0.01
Diabetes	2.0 (1.4-2.9)	< 0.001
Características del Episodio		
Duración: > 10 minutos	2.3 (1.3-4.2)	0.005
Debilidad	1.9 (1.4-2.6)	< 0.001
Dificultad para hablar	1.5 (1.1-2.1)	0.01

Conclusiones:

El riesgo de ACV a corto plazo en los pacientes que ingresan a una guardia con TIA es sustancial. La identificación de algunos factores puede ayudar en la evaluación y tratamiento precoz de esta patología.

Fuente de financiamiento: American Heart Association, NIH y National ACV Association, EE.UU

Comentario

El presente estudio intenta identificar variables clínicas para determinar el riesgo de ACV en pacientes que ingresan a una guardia con un TIA. Su mayor valor reside en estudiar una situación clínica frecuente. Los autores utilizan un seguimiento de 90 días y encuentran que la presencia de un TIA supone un riesgo de desarrollar un ACV del 10%, cincuenta veces mayor que el esperado para un paciente de similar edad. El riesgo combinado de cualquier evento vascular fue del 25%. De los pacientes que desarrollan un ACV, más de dos tercios quedan con discapacidad, siendo la mortalidad superior al 20%.

A pesar de la riqueza de información obtenida y de la estrategia empleada en el análisis, surgen algunas consideraciones. En primer lugar, el diagnóstico de TIA es primariamente clínico¹ y la dificultad del paciente en explicar los síntomas constituye su principal factor limitante.² También, la precisión del diagnóstico se reduce cuando es efectuado por médicos no neurólogos,³⁻⁵ y la presencia de síntomas aislados (como confusión, vértigo, inestabilidad en la marcha, etc) pueden reflejar otras enfermedades más que

constituir una manifestación de enfermedad cerebrovascular. Esto puede ser mejorado, aunque no del todo, por la evaluación del neurólogo. Por otro lado, la utilización de una fuente secundaria, en este caso revisión de historias clínicas, es controvertida cuando el proceso a estudiar es difícil de mensurar (Ej: TIA, dolor abdominal, etc), más aun cuando las historias clínicas no estaban estandarizadas y fueron libremente confeccionadas por médicos no-neurólogos. Aunque los autores intentan corregir en el análisis estas dificultades, no se puede descartar el error sistemático. Por último, aunque los resultados sean probablemente aplicables a nuestro medio, la población en estudio corresponde a pacientes pertenecientes a un sistema prepago de EE.UU. Como conclusión, el presente estudio utiliza un diseño factible y, a pesar de sus limitaciones, aporta información útil. Lo que los médicos en la guardia diagnostican como TIA tiene un importante impacto en los eventos vasculares a 90 días. Algunas sencillas variables clínicas pueden ser útiles para estratificar el riesgo.

*Ver glosario

Dr. Gustavo Saposnik [Cordinador Unidad de ACV. Htal JM Ramos Mejía - GCBA. Docente de Neurología de la UBA]

Referencias

1. Supplement to the Guidelines for the Management of Transient Ischemic Attacks. A Statement From the Ad Hoc Committee on Guidelines for the Management of Transient Ischemic Attacks. ACV Council, American Heart Association. Albers GW, Hart Robert G, Lutsep HL. *ACV* 1999; 30: 2502-2511.
2. Transient ischemic attacks and the general practitioner: diagnosis and management. Quik-van Milligen MLT, Kuyvenhoven MM, de Melker RA. *Cerebrovasc Dis.* 1992;2:102-106.
3. Diagnosis of Transient ischemic attack by non-neurologist. Ferro JM, Falcao I, Rodrigues G. *ACV* 1996; 27: 2225-2229.
4. Cooperative study of Hospital frequency and character of transient ischemic attacks. IV. The reliability of diagnosis. Calanchini PR, Swanson PD, Gotshall RA. *JAMA* 1977; 238: 2029-2033.
5. Interobserver agreement for the diagnosis of transient ischemic attacks. Kraaijeveld CL, van Gijn J, Schouten HJA. *ACV* 1984;15:723-725.