

PROTOCOLO DE MANEJO DEL AIT (RUN-AIT)

RADIOLOGÍA - URGENCIAS – NEUROLOGÍA

DEFINICIÓN:

El Ataque Isquémico Transitorio (AIT) es un episodio breve de disfunción neurológica, consecuencia de isquemia focal cerebral, medular o retiniana, de comienzo brusco, que da lugar a trastornos neurológicos subjetivos u objetivos, de duración habitualmente inferior a una hora y sin evidencia de infarto cerebral agudo en secuencias de difusión en la resonancia magnética.

El interés fundamental del AIT es que es un marcador de enfermedad aterotrombótica y predice la aparición de eventos vasculares cerebrales o miocárdicos graves. Después de un AIT y sin un tratamiento correcto, el riesgo de recurrencia es del 20% a los 3 meses. El período de mayor riesgo de ictus son los primeros 10 días y en concreto, las primeras 48 horas. Las únicas variables asociadas a mayor recurrencia precoz (<90días) son el déficit motor y los episodios de AIT recurrentes.

El AIT es una urgencia médica. El diagnóstico de certeza es difícil y está vinculado a la experiencia del médico, siendo frecuente los falsos diagnósticos y los síntomas que simulan un AIT (AIT-mimics).

Es esencial el manejo y diagnóstico correcto de forma urgente por parte de equipos especializados en los servicios de urgencias y con acceso rápido a neuroimagen. La RM con secuencia de difusión es la prueba recomendada en las guías de práctica clínica para realizar de forma inmediata tras un AIT.

AIT definido: síntomas focales que duran seg-minutos y típicamente <1 hora

- Déficit motor (hemi-paresia) en dos miembros del mismo lado o en uno junto a la cara ipsilateral
- Déficit sensitivo (hemi-hipoestesia) en dos miembros mismo lado o en uno junto a la cara ipsilateral
- Defecto del campo visual (hemianopsia homónima) o ceguera monocular (amaurosis fugax)
- Afasia o disartria

AIT posible

- Marcha inestable
- Diplopia
- Vértigo
- Disfagia

No sugestivo de AIT

- Amnesia
- Confusión
- Déficit sensitivo parcial (sensación anómala o déficit en un solo miembro o en la cara de forma aislada)
- Síntomas visuales corticales inhabituales (ceguera bilateral aislada, síntomas positivos, etc)
- Pérdida de conciencia transitoria
- Cefalea
- Fosfenos, fotopsias, alucinaciones complejas visuales, palinopsia

MANEJO DEL AIT EN PUERTA DE URGENCIAS

- Los pacientes con AIT deben ser valorados en el Servicio de Urgencias de la misma forma que un ictus. El médico de Urgencias realizará una adecuada historia clínica: anamnesis, exploración, factores de riesgo vascular, identificación de posible etiología (cardiopatía embolígena, etc) y tratamiento si precisa (antihipertensivos...)

- Se debe **administrar AAS 300mg inmediatamente** (si el paciente no lo ha tomado previamente) tras la identificación como posible AIT.
- Toma de constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura, glucemia capilar.
- Realización de pruebas complementarias: análisis generales (hemograma, bioquímica y coagulación), electrocardiograma, Rx tórax y TC de cráneo.
- Avisar al Neurólogo de guardia (Busca: 749961)
- Valoración por Neurología de guardia:
 - Confirmación del diagnóstico de AIT
 - Identificación de los factores de riesgo clave
 - Realización urgente de Eco-doppler de TSA-DTC
 - Decisión del destino del paciente:
 - Observación
 - Unidad de Ictus (AIT de alto riesgo)
 - Alta hospitalaria (no sugestivo de AIT/otros diagnósticos)

CRITERIOS DE INGRESO:

Independientemente de la edad ingresarán tras confirmación por Neurología los pacientes que presente:

- AIT en pacientes con cardiopatía isquémica y alto riesgo cardiovascular (especialmente si han tenido IAM reciente) independientemente de ABCD2
- Ictus minor (mRS 0-1)
- Los pacientes con **AIT de alto riesgo (ABCD2 \geq 6) y/o con alta sospecha de fibrilación auricular** (clínica cortical, pulso arrítmico, extrasístoles supraventriculares frecuentes) ingresarán en la **Unidad de Ictus**.

| ESCALA ABCD ² | | PUNTUACIÓN |
|--|---------------------------------------|------------|
| Edad > 60 años | | 1 |
| Hipertensión arterial después del AIT (primera toma): sistólica >140 mmHg o diastólica > 90 mmHg | | 1 |
| Clínica | Déficit motor unilateral | 2 |
| | Afectación del lenguaje sin debilidad | 1 |
| Duración de los síntomas | >= 60 minutos | 2 |
| | 10 - 59 minutos | 1 |
| Diabetes Mellitus | | 1 |
| 0-3: riesgo bajo; 4-5: riesgo moderado; 6-7: riesgo alto | | |

No precisan ingreso aquellos pacientes con síntomas de **> 24 horas** desde el inicio de los síntomas, síntomas **con baja sospecha o no sugestivos de AIT**. Estos pacientes deben tener realizado un estudio carotideo antes del alta de urgencias. *Serán citados en la Consulta de AIT en < 7 días* (consulta de acto único). El neurólogo que haya valorado al paciente dejará copia del informe de alta (CON TELÉFONO) en la administrativa de Neurología (séptima planta).

MANEJO DURANTE EL INGRESO EN OBSERVACIÓN

1. El ingreso será indicado por el **Neurólogo de Guardia** quien evaluará en un primer momento las necesidades del paciente
2. Pruebas a realizar/solicitar durante el ingreso:
 - Solicitud de **RM** con secuencia de difusión (PROTOCOLO AIT). Habrá un hueco diario para estos pacientes en los días laborables.
 - Se realizará **DTSA/DTC** (*si no se ha realizado ya*)
 - Se colocará **telemetría/monitorización cardiaca** en Observación. El dispositivo de Petaca+Tablet será proporcionado por Neurología y revisado tras la retirada del dispositivo.

- Si hay disponibilidad, se colocará **Holter de larga duración** ante la sospecha de origen cardioembólico por FA oculta (lo indicará Neurología).
 - **Ecocardiografía** (si sospecha origen cardioembólico según protocolo establecido Cardio-NRL).
3. Se procederá al alta tras 24h y revisión de pruebas y ajuste de tratamiento.
 4. Serán citados y revisados en la Consulta de AIT al alta en < 7 días (consulta de acto único). Se dejará copia del informe de alta (CON TELÉFONO) en la administrativa de Neurología (séptima planta).

Serán trasladados a **Planta de Neurología Vascul ar o Unidad de Ictus en caso de:

- a. Detección de estenosis arterial moderada/grave que precise valoración de intervencionismo
- b. Si se sospecha disección arterial
- c. Otra condición que a criterio de Neurología requiera ingreso

MANEJO ENFERMERÍA

- A su ingreso, toma de constantes y acogida del enfermo
- Constantes vitales (TA, FC y saturación de oxígeno) cada 4 horas las primeras 24horas y posteriormente cada 8 horas.
- Se avisará al busca de Neurología inmediatamente ante la reaparición de **síntomas neurológicos** (déficit motor/hemi-paresia de dos miembros del mismo lado o un miembro más la cara ipsilateral, déficit sensitivo/hemi-hipoestesia de dos miembros del mismo lado o un miembro más cara ipsilateral, hemianopsia homónima o ceguera unilateral, disartria o afasia)
- Colocación de la monitorización cardiaca

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

El tratamiento del AIT es similar al del ictus isquémico, con algunas consideraciones especiales:

- **TODO PACIENTE CON SOSPECHA DE AIT DEBE RECIBIR INMEDIATAMENTE 300mg de AAS** (sin necesidad de esperar a prueba de imagen ni otras evaluaciones).
- AIT / ictus menor no cardioembólicos (aterotrombótico/lacunar/otras causas):
 - **AAS 100mg/24h + Clopidogrel 75mg/24h durante 21 días** y posteriormente monoantiagregación indefinida.
 - Se recomienda añadir **estatina de alta potencia**: atorvastatina 80 mg/24h (terapia intensiva, objetivo LDL <70 mg/dL).
- AIT/ictus menor cardioembólica: iniciar **anticoagulación lo antes posible** si no existe contraindicación.
- AIT/ictus menor aterotrombótico por estenosis de gran vaso:
 - Estenosis carotídea 70-99%: tratamiento revascularizador (angioplastia/endarterectomía) en las primeras 2 semanas. En caso de estenosis 50-69%, individualizar la indicación.
 - Estenosis grave de arteria vertebral: angioplastia/cirugía si AIT/ictus de repetición a pesar de tratamiento médico óptimo o en caso de estenosis/hipoplasia de la arteria vertebral contralateral.
 - Estenosis intracraneal de gran vaso mayor del 70%: doble antiagregación (AAS + clopidogrel) durante 3 meses, manteniendo después AAS en monoterapia. En caso de estenosis menor del 70% se recomienda AAS. No está indicada la angioplastia intracraneal ni el by-pass extra-intracraneal.

- En **TODOS** los pacientes se recomienda:
 - Ejercicio físico de forma regular (ej, caminar diariamente a buen ritmo 30 minutos)
 - Abandono de tabaco y limitación del consumo de alcohol
 - Dieta mediterránea baja en sal y grasas, evitando azúcares.
 - Control estricto de factores de riesgo vascular. Objetivos de control:
 - TA < 140/120 mmHg
 - LDL < 70 mg/dl
 - HbA1c < 7%

BIBLIOGRAFÍA:

1. Amarenco P. Transient ischemic attack. N Engl J Med 2020; 382: 1933-41.
2. Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. NICE guideline [NG128]
Published date: May 2019
3. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014 Jul;45(7):2160-236.

