

4. Diagnóstico inicial del ictus

Pregunta

¿Son útiles las escalas prehospitalarias en el entorno de la AP (consulta presencial y telefónica)?

Recomendaciones

Escalas prehospitalarias	
Fuerte a favor	Se recomienda utilizar escalas, a ser posible validadas, para ayudar al diagnóstico del ictus en AP, en aquellas personas con síntomas neurológicos de instauración aguda.
Débil a favor	Se sugiere realizar una valoración de los síntomas mediante la escala CPSS a aquellas personas que consultan a través del teléfono por síntomas neurológicos de instauración aguda (ver Anexo 1).
Débil a favor	En la consulta de AP, se sugiere la utilización de la escala MASS o de la escala ROSIER como ayuda de orientación diagnóstica en personas con sospecha de ictus (ver Anexo 1).
BPC	Ante una persona con sospecha de ictus, no solo hay que tener en cuenta el tiempo y síntomas de inicio, sino también su situación funcional y cognitiva que marcará también la necesidad o no de activar el código ictus.

Justificación

Aunque no se han identificado estudios que comparen el impacto sobre los desenlaces de interés a largo plazo en función del uso o no de herramientas estandarizadas de cribado, se ha realizado una recomendación fuerte a favor del uso de dichas escalas en personas que han sufrido un ictus. Hay estudios que señalan que las herramientas de cribado son suficientemente sensibles y específicas para identificar personas con ictus (aunque sea con evidencia de baja calidad) y que el uso de cualquier herramienta que ayude a sistematizar el proceso de cribado y a registrar de forma sistemática los síntomas en la historia clínica puede ayudar a mejorar la identificación y manejo de estos casos.

En referencia a cuál puede ser la mejor escala para utilizar, se hacen dos sugerencias débiles a favor del uso de la escala *Cincinnati Prehospital Stroke Scale* (CPSS) si la consulta es telefónica y de la escala *Melbourne Ambulance Stroke Scale* (MASS) o la escala *Recognition of Stroke in the Emergency Room* (ROSIER) *scale* si se trata de la consulta de AP.

Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es baja, porque se incluyen estudios en los que la valoración la hace tanto el personal del ámbito prehospitalario o del servicio de urgencias, incluyendo tanto personal paramédico como personal técnico de emergencias, enfermería, personal médico de urgencias y de AP, y porque muchos de los estudios tenían alto riesgo de sesgos en la selección de las personas con sospecha de ictus y riesgo no claro en el estándar de referencia y en el intervalo de tiempo o en el flujo de seguimiento.
- **Balance entre beneficios y riesgos:** en el caso de la AP, se podrían utilizar las escalas CPSS, MASS o ROSIER. La escala CPSS es consistentemente más sensible, y se necesita más evidencia para determinar la precisión de MASS o ROSIER, que pueden ser más específicas en el diagnóstico.
En el caso de las llamadas telefónicas, se han utilizado las escalas CPSS o *Face, arms, speech, time test* (FAST), que muestran baja sensibilidad (S) en este contexto, aunque en otros muestran buena S, por lo que se podría sugerir su uso.
- **Factibilidad:** se trata de escalas que ya están siendo utilizadas o, en caso de que no fuera así, que serían fáciles de implementar.

De la evidencia a la recomendación

a) ¿Cómo de válida (exacta) es la prueba?

- **Juicio:** varía, en función de la prueba de la que se trate.
Para su uso por personal médico y/o de enfermería de AP (datos de Zhelev et al., 2019 (18)):
 - Comparación 1: CPSS vs. MASS: igual de sensible pero menos específica.
 - Comparación 2: CPSS vs. ROSIER: igual de sensible pero menos específica.
 - Comparación 3: FAST vs. ROSIER: igual de sensible y específica.
 - Comparación 4: CPSS vs. *Los Angeles Prehospital Stroke Screening* (LAPSS): más sensible y quizá menos específica.
 - Comparación 5: MASS vs. LAPSS: más sensible e igual de específica.Para su uso en consulta telefónica (datos de Oostema JA et al., 2016 (19)):
 - *Medical Priority Dispatch System* (MPDS) (cuatro estudios) o FAST (dos estudios): inexacta.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
Para su uso por personal médico y/o de enfermería de AP (datos de Zhelev et al., 2019 (18)):
 - CPSS es la prueba que presenta la mayor S de forma consistente, y, por lo tanto, se le debería dar preferencia frente a otras escalas existentes. Se necesita más evidencia para determinar la precisión absoluta y si escalas alternativas, como MASS y ROSSIER, que podrían tener una S similar pero mayor especificidad (E), deberían ser utilizadas en su caso para alcanzar mejor precisión.
 - En la sala de emergencias, ROSIER debería ser el test de elección, puesto que se encuentra una alta S de forma consistente. En una cohorte de 100 pacientes en los que 62 tenían ictus/AIT, siete (rango de tres a 16) con ictus/AIT no serían diagnosticados. No se pudo obtener un estimador de la E.

Para su uso en consulta telefónica (datos de Oostema JA *et al.*, 2016 (19)):

El personal de atención telefónica de emergencias es el primer punto de contacto que puede activar una respuesta al ictus agudo, y se han propuesto herramientas como la CPSS para mejorar su precisión. Una revisión sistemática (RS) (19) encontró estudios sobre MPDS (cuatro estudios), que se basa en el CPSS, y FAST (dos estudios). La S para el reconocimiento del ictus por el personal de atención telefónica fue subóptima en todos los casos (cinco estudios; rango de 41 a 83 %) (valor predictivo positivo (VPP), rango de 42 a 68 %, siete estudios).

- **Consideraciones adicionales:** en otra revisión que no incluye estudios en los que la valoración la realiza el personal médico, concluyen que, en el contexto prehospitalario, las escalas FAST y MASS son las más sensibles, mientras que CPSS es la más específica. Se señala que cuando no se puede medir la glucosa, que se requiere cuando se aplican escalas como MASS, la simplicidad de FAST y CPSS hace que sean las más apropiadas para personal no médico proveedor de primeros auxilios. Además de la medición de la glucosa, la escala MASS incorpora a la CPSS la debilidad en las manos (mediante un apretón de manos). La escala ROSIER incorpora la pérdida de consciencia, una crisis epiléptica, la presencia de debilidad asimétrica de una pierna y la alteración del campo visual.

b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?

- **Juicio:** se espera que los efectos deseados sean moderados para su uso por personal médico y/o de enfermería de AP y no se sabe en el caso de los o las teleoperadores/as.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se espera que el hecho de tener una herramienta sensible y específica, que aplicada de forma sistemática y estandarizada pueda tener un impacto moderado en la mejora de la identificación y manejo de estas personas, tanto en el contexto de atención presencial de AP como en la atención telefónica.
- **Consideraciones adicionales:** en una RS que excluye estudios en los que es el personal médico quien realiza la valoración, se encontró que el uso de escalas prehospitalarias se asociaba con un aumento del número de pacientes que llegaban al hospital en tres horas, una mayor tasa de tratamiento trombolítico, menor tiempo desde la puerta a la tomografía y un inicio más rápido de tratamiento (20).

c) **¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no hay estudios que comparen la S y E cuando se utilizan o no este tipo de herramientas en la identificación de estas personas. En relación con la S, cuanto peor sea ésta, menos personas serán identificadas.
- **Consideraciones adicionales:** en una RS (21) que analiza los síntomas reportados por aquellas personas que fueron clasificadas como falsos negativos (FN) en estudios que aplicaban escalas de cribado, se observa que un 25 % de los pacientes que sí presentaron finalmente un ictus no presentaron los síntomas típicos de “cara, brazo, habla”. Se incluyeron 21 estudios observacionales, con un total de 6934 pacientes con ictus y ataque isquémico transitorio, de los que 1774 (26 %) fueron FN (rango entre los estudios del 2 y 52 %). Los síntomas más comúnmente documentados fueron problemas con el habla (n=107; de 13 a 28 %), náuseas/vómitos (n=94; 8 a 38 %), mareos (n=86; 23 a 27 %), cambios en el estado mental (n=51; 8 a 25%) y alteración visual (n=43; 13 a 28%). Los autores concluyen que la adición de más síntomas a las herramientas de cribado requiere de la valoración de la S y E (21).

d) **¿Cuál es la confianza global en la calidad de la evidencia sobre la validez (exactitud) de la prueba?**

- **Juicio:** baja en general en AP (para todas las comparaciones) y en cuanto a la consulta telefónica, la calidad podría ser hasta muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
 - Los autores de la revisión Cochrane (18) no han valorado la calidad de la evidencia para cada herramienta, pero debido a la inclusión de estudios en los que no sólo realizan evaluaciones el personal médico de AP y los posibles riesgos de sesgos que existen, hacen presuponer que la confianza será baja en todos los casos. Debido al bajo número de estudios por test y por contexto, alto riesgo de sesgo, diferencias substanciales en las características del estudio y alta heterogeneidad entre estudios, estos resultados deberían tomarse como hipótesis provisionales que necesitan ser verificadas en estudios mejor diseñados.
 - En el caso del personal de atención telefónica, los estudios tenían un riesgo moderado de sesgos (estándares de referencia variables y exclusión de pacientes del análisis), y ninguno comparó herramientas de cribado. Se señaló la necesidad de más estudios para identificar las causas del bajo nivel de reconocimiento del ictus por parte de los teleoperadores.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

e) **¿Cuál es la calidad global de la evidencia para cualquier beneficio directo importante o crítico, efectos adversos o la carga de la prueba?**

- **Juicio:** estudios no incluidos.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios sobre el impacto más allá de la S y E.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

- f) **¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos del manejo del paciente que es guiado por los resultados de la prueba?**
- **Juicio:** estudios no incluidos.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios sobre el impacto más allá de la S y E.
 - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- g) **¿Cómo de cierta es la relación entre los resultados de la prueba y las decisiones sobre el manejo del paciente?**
- **Juicio:** estudios no incluidos.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios sobre el impacto más allá de la S y E.
 - **Consideraciones adicionales:** se entiende que una persona que dé un resultado positivo en el cribado será valorada por personal especializado en ictus, y que aquella que dé un resultado negativo, no lo será a no ser que persistan los síntomas o siga habiendo sospecha de que se esté ante un ictus agudo.
- h) **¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos de la prueba?**
- **Juicio:** estudios no incluidos.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** solo contamos con los datos de S y E de las pruebas en general y de algunas comparaciones en particular, pero no conocemos el impacto de utilizar estas pruebas frente a no utilizarlas. Tampoco el impacto que supone su utilización en la mejora del manejo y los resultados en estas personas. Por ello se considera que la evidencia es de baja calidad.
 - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- i) **¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes los desenlaces principales?**
- **Juicio:** posiblemente incertidumbre o variabilidad no importantes.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
 - **Consideraciones adicionales:** se cree que todos los pacientes dan la misma importancia a ser cribados de forma correcta.
- j) **¿El balance entre los efectos deseados y no deseados favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** probablemente favorece la opción, tanto en AP como en consulta telefónica.
 - **Evidencia procedente de la investigación:**

En AP: se podrían utilizar CPSS, MASS o ROSIER. La escala CPSS es consistentemente más sensible, y se necesita más evidencia para determinar la precisión de MASS o ROSIER, que pueden ser más específicas para el diagnóstico.

En consulta telefónica: los estudios con teleoperadores han utilizado la CPSS o FAST, que en otros contextos muestra también buenos resultados de S, aunque los resultados pueden mejorarse. Se podría utilizar como herramienta para las llamadas telefónicas.
 - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

- k) **¿Cómo de altos son los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se sabe.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
 - **Consideraciones adicionales:** se entiende que implementar el uso de alguna de estas herramientas no será costoso y que ayudará a estandarizar procedimientos.
- l) **¿Cuál es la confianza en la evidencia de los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se han incluido estudios.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
 - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- m) **¿Favorece el coste-efectividad a la intervención o a la comparación?**
- **Juicio:** estudios no incluidos.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
 - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- n) **¿Cuál sería el impacto sobre la equidad en la salud?**
- **Juicio:** probablemente aumentaría.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
 - **Consideraciones adicionales:** se supone que al estandarizar una práctica y aplicar herramientas que puedan ser utilizadas por un amplio número de profesionales haría que la atención fuera más similar y equitativa para todas las personas. Si las herramientas utilizadas tuvieran además la mejor S, se podrían mejorar también los resultados y aumentar la equidad.
- ñ) **¿Es la prueba aceptable para los grupos de interés clave?**
- **Juicio:** probablemente sí.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
 - **Consideraciones adicionales:** aunque no se han identificado estudios, estas herramientas ya están en uso, por lo que hacer una recomendación para su implementación general sería aceptable para todos.
- o) **¿Es la prueba factible de implementar?**
- **Juicio:** probablemente sí.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
 - **Consideraciones adicionales:** aunque no se han identificado estudios, estas herramientas ya están en uso, por lo que se cree que su implementación sería factible.