

5.3. Tratamiento antiagregante

Pregunta

¿Se debe iniciar tratamiento antiagregante de forma inmediata desde AP en personas con sospecha de ictus agudo?

Recomendaciones

BPC	No iniciar tratamiento antiagregante en personas con ictus antes de descartar hemorragia mediante una tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM).
Fuerte a favor	Se recomienda iniciar tratamiento antiagregante en personas con ictus isquémico agudo tan pronto se descarte hemorragia intracraneal por técnicas de imagen.

Justificación

Se ha considerado seguir siendo prudentes y mantener la idea de no iniciar tratamiento antiagregante desde AP hasta no haber descartado mediante prueba de imagen la presencia de hemorragia intracraneal. De lo que sí hay evidencia es de que, una vez descartada la presencia de hemorragia intracraneal, el inicio de tratamiento antiagregante en personas con ictus isquémico agudo sí tiene beneficios en el paciente.

Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es muy baja, puesto que se incluyó un subanálisis de los pacientes de los estudios *International Stroke Trial (IST)* y *Chinese Acute Stroke Trial (CAST)* en los que no se descartó hemorragia intracerebral antes de la aleatorización (37).
- **Balance entre beneficios y riesgos:** el ácido acetilsalicílico (AAS) parecía reducir la incidencia de otros ictus (uno (0,3 %) vs. ocho (2,2 %)) (37) y no aumentaba el riesgo de sufrir otra hemorragia craneal sintomática, pero debido a la baja calidad de los datos y al principio de prudencia, se considera que no hay suficientes datos para señalar si el balance favorece o no la intervención.
- **Aceptabilidad:** se cree que los profesionales no aceptarían iniciar tratamiento antiagregante sin haber descartado antes la presencia de hemorragia intracraneal.

De la evidencia a la recomendación

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

- **Juicio:** pequeños.

- **Evidencia procedente de la investigación:**

En la versión anterior de la guía se incluyó un MA de datos individuales de los estudios IST y CAST que indicaba que el **22 % de los pacientes** (n=773) **de estos estudios fueron aleatorizados a recibir o no tratamiento antes de haberse realizado la TC**, observando resultados similares a los de pacientes aleatorizados después de la prueba de imagen.

El riesgo general de **presentar otro ictus o muerte** fue alto (17 %). Sin embargo, el tratamiento con AAS parecía **reducir la incidencia de otros ictus** (uno (0,3 %) vs. ocho (2,2 %)) (37).

- **Consideraciones adicionales:**

En la búsqueda realizada, se han identificado varias revisiones sobre el uso de antiagregantes, y entre ellas, la actualización de la revisión Cochrane (38) utilizada en la versión anterior de la guía. Esta RS también se señala en la guía australiana de la *Stroke Foundation* que ha sido utilizada como base para la actualización de la evidencia (39). La RS Cochrane (38) incluye tres estudios nuevos que no cambian prácticamente los resultados obtenidos para los desenlaces, puesto que los estudios que más peso tienen para responder a la pregunta fueron publicados con anterioridad. De todos modos, se han actualizado los datos obtenidos para cada desenlace, y se ha revisado la valoración de la calidad de la evidencia realizada por los autores de la RS (38).

En aquellas personas con ictus isquémico **en los que se ha descartado hemorragia intracerebral**, el tratamiento con antiagregantes reduce el riesgo de muerte o dependencia al final del seguimiento (siete estudios; n=42034; Peto OR 0,95; IC95 % de 0,91 a 0,99), lo que significa en números absolutos 13 muertes o dependencia menos por 1000 (de 23 a dos menos).

También se reduce el riesgo de **mortalidad por cualquier causa** (10 estudios; n=41929; Peto OR 0,93; IC95 % de 0,87 a 0,98), lo que significa ocho muertes menos por 1000 (de 15 a dos menos); el riesgo de **ictus recurrente durante el tratamiento** (siete pacientes menos por 1000 (de nueve a cuatro menos) (nueve estudios; n=41652; Peto OR de 0,79; IC95 % de 0,70 a 0,88) y aumenta el número de pacientes que se **recuperan de forma completa del ictus** (dos estudios; n=40541; Peto OR de 1,06; IC95 % de 1,01 a 1,11); 11 pacientes más por 1000 pacientes tratados (de dos a 21 más)) (38).

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

- **Juicio:** pequeños.

- **Evidencia procedente de la investigación:** el AAS no aumentaba de forma significativa la incidencia de presentar otra **hemorragia cerebral sintomática** (29 (7,3 %) vs. 26 (6,9 %)) (37) en los pacientes que habían sido clasificados posteriormente como ictus hemorrágico.

Además, en personas con ictus isquémico en los que se ha descartado hemorragia intracerebral, el riesgo absoluto de **hemorragia extracraneal importante** era algo mayor con tratamiento antiagregante (**cuatro casos más por 1000** (IC95 % de dos a seis más) (siete estudios; n=41042 pacientes; Peto OR de 1,69; IC95 % de 1,35 a 2,11), así como el riesgo de **hemorragia intracraneal importante** que fue de dos más por 1000 (de cero menos a cuatro más) (nueve estudios; n=41652; Peto OR de 1,18 (de 0,97 a 1,44).

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

- c) **¿Cuál es la calidad global en la evidencia sobre los efectos?**
- **Juicio:** muy baja.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** los resultados se obtuvieron en un análisis de subgrupos de dos estudios de forma posterior. Asimismo, en cuanto a la evidencia del tratamiento antiagregante en personas con ictus isquémico en los que se ha descartado hemorragia intracraneal, la calidad de la evidencia es moderada.
 - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- d) **¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**
- **Juicio:** la incertidumbre o la variabilidad probablemente no sean importantes.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto.
 - **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de las personas que han sufrido un ictus con los desenlaces considerados.
- e) **El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** no favorece ni la intervención ni la comparación.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** a pesar de que los estudios no demostraron un efecto negativo del AAS en personas con ictus hemorrágico, los datos se obtienen de un análisis posterior, y se señala que conviene ser prudentes al hablar de tratar con AAS a personas que pueden tener una hemorragia intracerebral. El balance en el caso de las personas en las que se ha descartado ictus hemorrágico sí es favorable al tratamiento antiagregante.
 - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- f) **¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se sabe.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
 - **Consideraciones adicionales:** se debería formar al personal de AP, y si el tratamiento no tiene beneficio utilizarlo siempre supondrá un coste, y eso sin conocer si tienen efectos secundarios que puedan suponer también un aumento del mismo.
- g) **¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se han incluido estudios.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
 - **Consideraciones adicionales:** no se puede valorar porque no se han incluido estudios.
- h) **El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** no se sabe.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
 - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta
- i) **¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**
- **Juicio:** probablemente no.
 - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
 - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** se cree que en nuestro ámbito es factible que las personas con sospecha de ictus accedan a pruebas de imagen de forma temprana antes de iniciar tratamiento con AAS, por lo que se puede esperar a descartar la hemorragia por TC/RM o a descartar tratamiento por fibrinólisis. Por eso se cree que no sería aceptable la intervención.

k) ¿Es factible la implementación de la opción?

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** se piensa que sí sería factible no implementar el tratamiento antiagregante hasta disponer de la prueba de imagen.