

## 6. Manejo del ictus comunicado

### Pregunta

¿Debe ser derivado de manera urgente a Atención Hospitalaria una persona con sospecha de AIT o ictus estable que refiere el inicio de los síntomas hace más de 48 horas?

### Recomendaciones

<b>Fuerte a favor</b>	Se recomienda la derivación urgente de la persona con sospecha de ictus o de AIT que acude al centro de AP en la ventana temporal entre las 48 horas hasta los primeros siete días desde el inicio de los síntomas.
-----------------------	---

### Justificación

Los factores determinantes para esta recomendación han sido, por un lado, la evidencia de calidad moderada que señala el beneficio en la salud de las personas a las que va dirigida, y por otro, la reducción de los costes del manejo posterior del paciente. Por ello, queda justificado realizar una recomendación fuerte a favor.

Sin embargo, no se hace una recomendación de qué características tienen mayor o menor prioridad para dicha atención urgente, puesto que en general no se recomienda utilizar herramientas de cálculo de riesgo de recurrencia de estos pacientes.

### Justificación detallada

- **Balance de beneficios y riesgos:** la tasa de recurrencia a los siete días era de un 5,7 %, y a los 30 días, de un 6,3 %. A los 90 días, la tasa de recurrencia se situaba en un 7,4 % (40). En el estudio *Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS)* entre el 74 % y el 82 % de los casos de recurrencia a los 90 días se dieron en la primera semana tras el inicio de los síntomas (41). Por otro lado, se sugiere que la atención y derivación urgente de las personas que han sufrido un AIT o un ictus leve tiene un alto impacto en evitar que se produzca un ictus recurrente, que se mantiene a largo plazo, pudiendo reducir el riesgo hasta en un 80 % (41).
- **Costes:** se trata de una práctica coste-efectiva, puesto que se reducen las recurrencias y los ingresos hospitalarios, además del riesgo de presentar ictus fatal o discapacitante. Aun teniendo en cuenta los costes de implementación de un servicio que permita esta atención urgente, éste sería coste-efectivo (42, 43).

## De la evidencia a la recomendación

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

- **Juicio:** moderado para el riesgo de sufrir un ictus recurrente en la primera semana tras el evento inicial, y grande para el impacto de la derivación e inicio urgente del tratamiento sobre los desenlaces de salud de las personas con sospecha de haber sufrido un AIT o con síntomas leves de ictus.

- **Evidencia procedente de la investigación:**

*Incidencia de ictus recurrente en primera semana*

Se han publicado varias RS y MA sobre el riesgo de recurrencia temprana de ictus en personas que consultan con sospecha de AIT. El último MA (40) compara los datos de recurrencia de estudios publicados en las últimas cinco décadas, observando que antes de 1999, la tasa de recurrencia a los dos días del inicio de los síntomas era del 3,4 %. A los siete días, la tasa era de un 5,7 %, y a los 30 días, de un 6,3 %. A los 90 días, la tasa de recurrencia se situaba en un 7,4 %. Entre el 74 % y el 82 % de los casos de recurrencia registrados a los 90 días se dieron en la primera semana tras el inicio de los síntomas, por lo que cualquier persona que acuda transcurridas las 48 horas desde el inicio de los síntomas, pero menos de una semana, debería ser tratado de forma urgente y ser visto por un especialista en ictus tan rápido como fuera posible.

*Impacto de la derivación e inicio urgente de tratamiento*

El único estudio que se ha identificado que compara la tasa de recurrencia de ictus antes y después de implementar un servicio de atención y tratamiento urgente de personas con sospecha de AIT o ictus leve (clínica de AIT), demuestra que dicho servicio disminuye hasta en un 80 % el riesgo de sufrir una recurrencia de ictus en los 90 días de seguimiento (41). Publicaciones posteriores han demostrado también que el efecto se mantiene en el tiempo, con un seguimiento realizado hasta diez años posteriores al inicio de los síntomas. Si se comparan los resultados obtenidos en la fase 2 del estudio (cuando se implementa el servicio de derivación y tratamiento urgente) frente a los obtenidos en la fase 1 (antes de implementar dicho servicio), se observa un menor **riesgo de sufrir un ictus recurrente** (HR 0,20; IC95 % de 0,08 a 0,49) y también un menor riesgo de sufrir un **ictus fatal o discapacitante** (OR 0,07; IC95 % de 0,01 a 0,50) o un **ingreso por ictus recurrente** (OR 0,21; IC95 % de 0,08 a 0,56) (42). Tras 10 años de seguimiento, el **riesgo de recurrencia de ictus** seguía siendo menor (HR 0,68; IC95 % de 0,48 a 0,95). Asimismo, los pacientes de la fase 2 presentaron una **esperanza de vida ajustada a 10 años con descuento por discapacidad** de 0,53 años más (IC95 % de 0,03 a 1,04) que los de la fase 1, y una **esperanza de vida ajustada por calidad a los 10 años** de 0,41 años de vida ajustados por calidad (AVAC) más en la fase 2 que en la fase 1 (43).

- **Consideraciones adicionales:** además del estudio EXPRESS, también hay otros estudios observacionales que lo que hacen es comparar los resultados que obtienen al derivar de forma urgente a este tipo de personas, y comparando las tasas de recurrencia que obtienen con las tasas esperadas calculadas con la escala ABCD2 (44) que lo que hacen es apoyar los resultados del estudio EXPRESS.
- b) **¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**
- **Juicio:** insignificante.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** en el estudio EXPRESS no se registra un **aumento del riesgo de sangrado intestinal o intracerebral a los 90 días** del inicio de los síntomas, por lo que la derivación e inicio urgente de tratamiento no parece tener efectos indeseables en los pacientes.
  - **Consideraciones adicionales:** para estas variables los datos son más escasos (son eventos mucho menos frecuentes), y la calidad de la evidencia es menor.
- c) **¿Cuál es la calidad global en la evidencia sobre los efectos?**
- **Juicio:** moderada.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** las múltiples RS publicadas (40, 41, 45, 46) señalan que el riesgo de que se produzca un nuevo episodio de ictus en la primera semana tras el inicio de los síntomas de un AIT es alta, y se ha observado que la derivación e inicio urgente del tratamiento de personas que han sufrido un AIT o un ictus leve tiene un alto impacto en los desenlaces de interés, por lo que aunque se trata de un estudio observacional, se considera que la calidad de la evidencia global es moderada (41-43).
  - **Consideraciones adicionales:** a pesar de que para las variables relacionadas con el riesgo de sangrado la calidad es baja, no se ha considerado disminuir la calidad global de la evidencia.
- 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 han identificado estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de los pacientes con los desenlaces considerados.

e) **El balance entre los efectos deseables e indeseables esperados, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** las diferencias en el riesgo de sufrir un ictus recurrente, e incluso letal o discapacitante, es muy grande tanto a los 90 días como a largo plazo. No se registran desenlaces indeseados por implementar un proceso de derivación y tratamiento urgente de personas con estos síntomas, por lo tanto, se cree que el balance favorece claramente la opción, incluso para aquellas que se encuentran entre las 48 horas y la semana de inicio de los síntomas.
- **Consideraciones adicionales:** otros estudios que comparan las tasas de recurrencia con las calculadas con las escalas de riesgo también apoyan la evidencia.

f) **¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** costes y ahorros insignificantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** el estudio EXPRESS señala que en la fase 2 (fase en la que se implementa la derivación e inicio urgente de tratamiento) se redujeron los días de hospitalización, tanto por ictus recurrente (menor **número de días de ingreso hospitalario** (672 vs. 1957 días;  $p=0,017$ )), como por causas vasculares (427 vs. 1365 días;  $p=0,016$ ). Así, se calculó un **ahorro** de 624 libras por persona ( $p=0,028$ ) (42) en la fase 2 frente a la fase 1. A los 10 años, para la fase 2 el número de AVAC ganados fue de 5,06 y para la fase 1 de 4,65, diferencia igual a 0,41, estadísticamente significativa,  $P=0,034$ . (43). A los 10 años, se obtuvo un coste total para la fase 2 de 20399 \$ y para la fase 1 de 19846 \$, diferencia igual a 553 \$, no estadísticamente significativa,  $P=0,80$  (43).

En el estudio realizado por Luengo-Fernández *et al.* (43) se observó que para los pacientes de la fase 2 (en la que se implementa la derivación e inicio urgente de tratamiento), tanto la esperanza de vida, como la esperanza libre de discapacidad fueron superiores a la de los pacientes de la fase 1. Las diferencias encontradas para la esperanza de vida (5,87 vs. 5,58 años, diferencia de 0,29) no fueron estadísticamente significativas ( $P=0,082$ ), mientras que las halladas para la esperanza de vida libre de discapacidad en años (4,02 vs. 3,49, diferencia de 0,53) sí lo fueron ( $P=0,043$ ).

Con respecto a los costes, el de la clínica y el de las hospitalizaciones por causa no vascular fue superior para la fase 2 en comparación al de la fase 1 (755 vs. 582 \$ y 15025 vs. 13786, respectivamente), siendo la diferencia encontrada para el coste de hospitalizaciones por causa no vascular (1239 \$) no estadísticamente significativo ( $P=0,49$ ). Por otro lado, el coste de las hospitalizaciones por causa vascular fue inferior para la fase 2 frente a la fase 1 (4619 vs. 5478 \$), diferencia -860 \$ no estadísticamente significativa ( $P=0,49$ ).

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

g) **¿Cuál es la certeza en torno a la evidencia sobre los recursos requeridos?**

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la confianza en la evidencia se considera que es moderada-baja. Presenta problemas metodológicos importantes al no señalar la perspectiva del análisis y no reflejar específicamente ni justificar el horizonte temporal del análisis. Además, se observa que la validez externa del estudio

es escasa debido a que se realiza con base en un estudio de comparación secuencial de base poblacional anidado y en un entorno clínico no existente en el SNS (43).

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

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** el coste adicional por AVAC ganado de la fase 2 frente a la fase 1 fue de 2103 \$, por debajo de disponibilidad a pagar por año de vida ganado establecido en el estudio 29000 \$ (43). El análisis de sensibilidad señaló una probabilidad del 93 % de que la fase 2 fuese coste-efectiva para un umbral de disponibilidad a pagar por AVAC ganado de 29000 \$ (43).
- **Consideraciones adicionales:** en este estudio, solo se incluyeron los costes de las clínicas EXPRESS y los costes de los ingresos hospitalarios subsecuentes durante los 10 años tras el inicio del ictus/AIT inicial. Dado que la fase 2 se asociaba con un aumento de la esperanza de vida libre de discapacidad, la omisión de otros gastos más amplios como aquellos asociados al cuidado informal podrían haber hecho que fuera más coste-efectiva que lo calculado (43).

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** probablemente disminuiría.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se piensa que puede haber diferencias debido a la capacidad de la organización para poder derivar y tratar de forma urgente a estas personas, puesto que se necesita la posibilidad de poder hacerlo. Por ello, dependiendo de las capacidades y organización de cada localidad/región, la recomendación podría generar diferencias en el manejo de estas personas si no se tienen suficientes recursos para poder implementar bien esta medida.

**j) ¿Es aceptable la opción para los grupos de interés implicados?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la guía australiana se señala que las personas que han vivido la experiencia de haber sufrido un AIT o un ictus leve y sus familias han expresado la importancia de un acceso temprano a la valoración y el diagnóstico para prevenir un nuevo evento. Se enfatiza la necesidad de recibir educación a tiempo de los signos y síntomas de ictus, y explicaciones claras del riesgo de sufrir un nuevo ictus y la relevancia del tiempo en aquellos que presentan diferentes niveles de riesgo. El tiempo de espera puede ser estresante para estas personas y debería tenerse en cuenta (47).
- **Consideraciones adicionales:** se cree que esta medida sería aceptada por las personas afectadas, así como por los diferentes profesionales sanitarios, si ésta supone una mejora en la atención y desenlaces de estos pacientes.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** para poder implementar la recomendación, desde las organizaciones sanitarias se debería de tener en cuenta cuál va a ser el flujo de estas personas, cuántos recursos y profesionales sanitarios se requieren para poder cumplir con esos plazos de atención a las personas que se presentan con lo que se ha denominado un ictus comunicado, etc.