



ORIGINAL

Baja tasa de infarto cerebral, infarto de miocardio y muerte vascular con el diagnóstico y tratamiento etiológico rápido del ataque isquémico transitorio[☆]



D. Cocho^{a,*}, J. Monell^b, G. Planells^c, A.C. Ricciardi^a, J. Pons^a, A. Boltes^a, J. Espinosa^a, M. Ayats^b, N. Garcia^c y P. Otermin^a

^a Servicio de Neurología, Hospital General de Granollers, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital General de Granollers, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

^c Servicio de Urgencias Médicas, Hospital General de Granollers, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

Recibido el 11 de marzo de 2014; aceptado el 29 de mayo de 2014

Accesible en línea el 30 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Infarto cerebral;
Ataque isquémico
transitorio;
Ecocardiografía

Resumen

Introducción: El riesgo de infarto cerebral dentro de los primeros 90 días tras un ataque isquémico transitorio (AIT) se estima entre un 8-20%. Existe escaso consenso sobre cuál es la estrategia diagnóstica más eficaz. Nuestro objetivo fue evaluar del beneficio del estudio precoz con ecocardiografía transtorácica (ETT) y ultrasonografía carotídea y transcraneal (DTSA/TC) en los pacientes con AIT.

Métodos: Evaluamos de forma prospectiva todos los pacientes con AIT atendidos en urgencias durante 24 meses. Recogimos variables demográficas, factores de riesgo vascular y escala ABCD². La etiología del AIT fue clasificada según criterios TOAST. En todos los pacientes se realizó el estudio vascular precoz (< 72 h) con ETT y DTSA/TC. Los objetivos primarios fueron la recurrencia vascular cerebral, infarto de miocardio (IAM) o muerte vascular durante el primer año.

Resultados: Evaluamos 92 pacientes con una edad media de 68,3 ± 13 años y el 61% fueron hombres. La media de la escala ABCD² fue de 3 puntos (≥ 5 en un 30%). La distribución etiológica fue la siguiente: aterotrombótico de gran vaso 12%; cardioembólico 30%; pequeño vaso 10%; indeterminado 40% e inusual 8%. Los hallazgos de la ETT cambiaron el tratamiento en 6 pacientes (6,5%) con exploración física y ECG normal. Al año de seguimiento 3 pacientes (3,2%) sufrieron un infarto cerebral, uno (1%) un IAM y no detectamos ninguna muerte vascular.

Conclusiones: El estudio etiológico precoz en los pacientes con AIT y la detección de pacientes con cardiopatía silente puede haber contribuido a la baja tasa de recurrencia vascular.

© 2014 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] Este estudio fue presentado como comunicación oral en la LXIII reunión anual de la Sociedad Española de Neurología. Neurología. 2011;26:33.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lolacocho@gmail.com (D. Cocho).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.05.005>

0213-4853/© 2014 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Stroke;
Transient ischaemic
attack;
Echocardiography

Rapid diagnosis and treatment of TIA results in low rates of stroke, myocardial infarction and vascular death

Abstract

Introduction: The 90-day risk of cerebral infarction in patients with transient ischaemic attack (TIA) is estimated at between 8% and 20%. There is little consensus as to which diagnostic strategy is most effective. This study evaluates the benefits of early transthoracic echocardiography (TTE) with carotid and transcranial Doppler ultrasound in patients with TIA.

Methods: Prospective study of patients with TIA in an emergency department setting. Demographic data, vascular risk factors, and ABCD² score were analysed. TIA aetiology was classified according to TOAST criteria. All patients underwent early vascular studies (< 72 hours), including TTE, carotid ultrasound, and transcranial Doppler. Primary endpoints were recurrence of stroke or TIA, myocardial infarction (MI), or vascular death during the first year.

Results: We evaluated 92 patients enrolled over 24 months. Mean age was 68.3 ± 13 years and 61% were male. The mean ABCD² score was 3 points (≥ 5 in 30%). The distribution of TIA subtypes was as follows: 12% large-artery atherosclerosis; 30% cardioembolism; 10% small-vessel occlusion; 40% undetermined cause; and 8% rare causes. Findings from the early TTE led to a change in treatment strategy in 6 patients (6.5%) who displayed normal physical examination and ECG findings. At one year of follow-up, 3 patients had experienced stroke (3.2%) and 1 patient experienced MI (1%); no vascular deaths were identified.

Conclusions: In our TIA patients, early vascular study and detecting patients with silent cardiomyopathy may have contributed to the low rate of vascular disease recurrence.

© 2014 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El riesgo de infarto cerebral tras un ataque isquémico transitorio (AIT) se estima entre un 4-10% dentro de la primera semana y aumenta hasta un 8-20% en los primeros 90 días¹⁻⁵. El AIT se considera una urgencia médica por su alta morbimortalidad, estimándose una mortalidad en el primer año entre un 1,9% y un 7,9%⁶, y un riesgo de infarto de miocardio entre un 1,7% y un 2,7%^{6,7}. Sin embargo, no existe un firme consenso sobre cuál es la estrategia diagnóstica más eficaz para disminuir el riesgo de recurrencia vascular.

Estudios previos han demostrado que el riesgo de sufrir un infarto cerebral tras un AIT se relaciona con diferentes factores clínicos (edad, diabetes mellitus, duración de los síntomas > 10 min, aparición de síntomas motores o de afectación del lenguaje), subtipo etiológico (ateroesclerosis de gran vaso o causa cardioembólica)^{5,8}, o la detección de lesiones agudas en la resonancia craneal^{9,10}.

Las guías internacionales recomiendan el estudio urgente arterial de troncos supraaórticos dentro de las primeras 48 h con ultrasonografía u otra modalidad diagnóstica, mientras que el estudio con ecocardiografía deberá ser considerado en aquellos casos con hallazgos clínicos y/o electrocardiográficos que sugieran enfermedad cardíaca, o en los pacientes con AIT de causa indeterminada¹¹.

A pesar del alto riesgo de recurrencia vascular del AIT, pocos estudios han demostrado que el diagnóstico y tratamiento precoz puede cambiar la historia natural de estos pacientes^{12,13}. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el beneficio de la incorporación de la ecocardiografía transtorácica (ETT) al estudio arterial rápido en los pacientes con AIT seguidos durante un año, comparado con los resultados de series previas.

Pacientes y métodos

Analizamos de forma prospectiva y consecutiva durante 24 meses todos los pacientes con AIT atendidos en el servicio de urgencias. Todos los pacientes fueron evaluados de forma precoz por un neurólogo experto en enfermedad cerebrovascular. Consideramos como AIT aquellos pacientes con un déficit neurológico focal cerebral o retiniano de inicio súbito de menos de 24 h de duración y de causa presumiblemente vascular. Todos los pacientes con suficiente sospecha clínica para completar el estudio vascular fueron incluidos en el estudio.

En nuestra práctica clínica habitual todos los pacientes con AIT son ingresados en el hospital para completar el estudio etiológico y el tratamiento.

El neurólogo experto recogió las siguientes variables en el servicio de urgencias en todos los pacientes: escala ABCD² (≥ 60 años = 1 punto; presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg o diastólica ≥ 90 mm Hg = 1 punto; hemiparesia = 2 puntos; alteración en el habla sin debilidad = 1 punto; duración de los síntomas ≥ 60 min = 2 puntos, de 10 a 59 min = 1 punto y < 10 min = 0 puntos y diabetes mellitus = 1 punto), historia clínica, exploración física completa, datos analíticos con ionograma, hemograma, bioquímica con función renal y hepática, así como coagulación completa, ECG, Rx de tórax y TC craneal.

En los casos donde el paciente no presentó ningún síntoma neurológico guía que pudiera asegurar el territorio arterial afectado (por ejemplo síndrome motor puro) se consideró como territorio arterial indeterminado.

En todos los pacientes se completó el estudio con ETT y ultrasonografía con doppler TSA y transcraneal dentro de las primeras 72 h desde el inicio del AIT.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3075700>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3075700>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)