Med Clin (Barc). 2010;135(8):351–356

MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica

Original

Validación de las escalas ABCDI y ABCD2I en el registro de pacientes con ataque isquémico transitorio de Lleida (REGITELL)

Francisco Purroy [a,*], Gerard Piñol-Ripoll [a], Alejandro Quílez [a], Jordi Sanahuja [a], Luis Brieva [a] e Idalmis Suárez Luis [b]

[a] Sección de Neurología, Unidad de Ictus, Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, Universitat de Lleida, Institut de Recerca Biomédica de Lleida (IRBLLeida), Lleida, España
[b] Instituto de Neurología y Neurocirugía de Cuba, Ciudad Habana, Cuba

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 17 de agosto de 2009
Aceptado el 20 de octubre de 2009
On-line el 18 de junio de 2010

Palabras clave:
Isquemia cerebral transitoria
Pronóstico
Ataque isquémico transitorio

RESUMEN

Fundamento y objetivo: Recientemente se ha descrito una escala clinicorradiológica (ABCDI) de riesgo de recurrencia tras un ataque isquémico transitorio. Validamos esta escala en una cohorte de pacientes prospectivos (REGITELL).

Pacientes y método: Se estudió a 310 pacientes con ataques isquémicos transitorios consecutivos. Se cuantificaron escalas clínicas (ABCD y ABCD2) y escalas clinicorradiológicas (ABCDI y ABCD2I). Las escalas clinicorradiológicas se calcularon sumando a su homónima clínica un punto por la presencia de lesiones isquémicas cerebrales en la tomografía computarizada (TC) craneal. Se estableció su relación con el riesgo de recurrencia a los 7 y a los 90 días y con la presencia de etiología ateromatosa (EA).

Resultados: Durante la primera semana de seguimiento, 18 pacientes (5,8%) presentaron una recurrencia, mientras que a los 90 días esta ocurrió en 24 pacientes (7,7%). El estudio multivariante (regresión de Cox) identificó la recurrencia de los episodios transitorios (razón de riesgos [RR]: 2,92; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,11–7,64; p=0,029) y la EA (RR: 3,13; IC del 95%: 1,17–8,36; p=0,023) como predictores independientes de nuevos ictus a los 7 días, y solo la EA a los 3 meses (RR: 3,33; IC del 95%: 1,42–7,77; p=0,006). Los predictores (regresión logística) de EA fueron la recurrencia en los episodios (*odds ratio*: 3,12; IC del 95%: 1,58–6,14; p=0,001) y la presencia de lesiones isquémicas en la TC craneal (*odds ratio*: 2,69; IC del 95%: 1,38–5,28; p=0,004).

Conclusiones: Las escalas clinicorradiológicas ABCDI y ABCD2I no son útiles en nuestra población. El riesgo de recurrencia no se puede establecer únicamente con variables clínicas o radiológicas mediante TC craneal.
© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Validation of the ABCDI and ABCD2I scales in the registry of patients with transient ischemic attacks from Lleida (REGITELL) Spain

Keywords:
Transient cerebral ischemia
Outcome
Transient ischemic attack

ABSTRACT

Background and objectives: A new radiological-clinical score (ABCDI) has been recently described to predict the risk of stroke recurrence after a transient ischemic attack (TIA). We validated this score in a cohort of patients with TIA (REGITELL).

Patients and methods: We studied 310 consecutive patients with TIA. Clinical scales (ABCD and ABCD2) and radiological-clinical scales (ABCDI and ABCD2I) were quantified. Radiological clinical scales were calculated by adding one point for the presence of ischemic brain injury in CT scan to its eponymous clinical score. We established its relationship with the risk of recurrence at 7 and 90 days, and the presence of an atheromatous etiology (AE).

Results: During the first week of follow-up, 18 (5.8%) patients suffered a recurrence, whereas 24 (7.7%) had a recurrence at 90 days. The multivariate study (Cox regression) identified the recurrence of episodes (hazard ratio [HR] 2.92, 95% CI 1.11 to 7.64, p=0.029) and AE (HR 3.13 95% CI: 1.17 to 8.36, p=0.023) as independent predictors of new stroke at 7 days and only AE for stroke at three months (RR 3.33, 95% CI: 1,42–7,77, p=0.006). The predictors (logistic regression) of AE were recurrence of episodes (odds ratio [OR] 3.12, 95% CI 1.58–6.14, p=0.001) and presence of ischemic lesions on CT scan (OR 2.69, 1.38–5.28, p=0.004).

Conclusions: The ABCDI and ABCD2I scales are not useful in our population. The risk of recurrence after a TIA cannot only be established by clinical scores or CT scan findings.
© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fpurroygarcia@gmail.com (F. Purroy).

0025-7753/$ - see front matter © 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.medcli.2009.10.054

Introducción

La elevada incidencia de pacientes que presentan un ataque isquémico transitorio (AIT)[1] y su no despreciable riesgo de recurrencia precoz[2] justifican garantizar la asistencia de estos pacientes en toda la geografía de nuestro país. Sin embargo, y como es comprensible, los centros sanitarios que atienden a estos pacientes no disponen siempre de todos los medios para el diagnóstico vascular de excelencia (neurólogo de guardia, resonancia magnética con secuencias de difusión, estudio ultrasonográfico intracraneal y extracraneal, etc.)[3]. En este sentido, la aplicación de escalas basadas en variables clínicas creadas con el objetivo de estratificar el riesgo de recurrencia precoz y seleccionar a los pacientes de mayor riesgo resulta muy atractiva, especialmente en los centros con menos recursos[4,5]. Recientemente, Sciolla et al[6] han propuesto la idoneidad de una escala que combine datos clínicos (escala ABCD) con datos de neuroimagen, concretamente de tomografía computarizada (TC) craneal, la escala ABCDI. Pese a que previamente los intentos de validar la escala ABCD[7] y la escala ABCD2[3] en población española han sido infructuosos, creemos que la validación de esta nueva escala es importante, ya que la TC craneal es una prueba diagnóstica ampliamente extendida.

Así, el objetivo de nuestro trabajo es validar la escala ABCDI en pacientes consecutivos con el diagnóstico de AIT en un centro en el que se dispone de neuroimagen y estudio ultrasonográfico transcraneal y de los troncos supraaórticos.

Pacientes y método

Se incluyó de forma consecutiva y prospectiva a 310 pacientes del registro de pacientes de Lleida con AIT (REGITELL) durante el período de tiempo comprendido entre enero de 2006 y mayo de 2009. Como se describe en un trabajo previo[3], se consideró el diagnóstico de AIT según el Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (disfunción cerebral focal o monocular con una duración de los síntomas menor de 24 h causada por una insuficiencia vascular debida a trombosis o a embolia arterial)[8]. Un neurólogo con experiencia en el tratamiento del ictus atendió a todos los pacientes durante las primeras 48 h tras el inicio de los síntomas. Igualmente, todos los pacientes ingresaron en planta de Neurología y firmaron el consentimiento informado. El comité ético de nuestro centro aprobó el estudio.

Se les realizó un estudio sistemático que incluyó una analítica general, un electrocardiograma, una prueba de neuroimagen (TC craneal) y una evaluación sonográfica mediante dúplex de los troncos supraaórticos y Doppler transcraneal dentro de las primeras 48 h tras el inicio de los síntomas.

Se recogieron datos sobre variables clínicas según lo publicado previamente[3], como la edad, el antecedente de diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA), la dislipidemia, las arritmias cardíacas, la duración, la recurrencia durante la primera semana de los síntomas y la sintomatología.

Variables de neuroimagen

En todos los casos se realizó una TC craneal dentro de las primeras 24 h tras el inicio de los síntomas (mediana: 6,5 h; intervalo intercuartílico: 3,8–19,0 h). Se registraron datos sobre la presencia de lesiones isquémicas: leucoaraiosis, infartos lacunares crónicos y lesiones isquémicas crónicas corticales.

Estudio ultrasonográfico intracraneal y extracraneal

El estudio de Doppler transcraneal se realizó con la máquina Multi-DopT/TCD (DWL Elektronische® Systeme GmbH). Se diagnosticó una estenosis intracraneal en aquellos casos en los que la velocidad media en la profundidad insonada fue mayor de 80 cm/s con una asimetría derecha-izquierda superior al 30% y una pérdida de patrón laminar[9]. La aterosclerosis de la arteria carótida interna cervical se categorizó mediante eco-Doppler como ausente, leve (si se apreció una estenosis menor del 50%), moderada (si existía una estenosis menor del 70%) y grave (si existía una estenosis mayor del 70%), según criterios de la Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference[10].

La etiología aterotrombótica se estableció en todos los pacientes en los que se pudo demostrar una estenosis intracraneal o una estenosis extracraneal (EEC) mayor del 50% sintomáticas[3,7,11,12].

Escalas clínicas y clinicorradiológicas

De forma prospectiva se cuantificó el valor en la escala ABCD[4] (edad superior o igual a 60 años: un punto; presión arterial sistólica superior a 140 mmHg o presión arterial diastólica superior o igual a 90 mmHg: un punto; duración de síntomas superior o igual a 1 h: 2 puntos; duración de síntomas entre 10 min–1 h: un punto; duración de síntomas menor de 10 min: 0 puntos; déficit motor unilateral: 2 puntos, y alteración del lenguaje aislada sin déficit motor: un punto) y en la escala ABCD2[13] (puntuación en la escala ABCD más un punto por el antecedente de DM para cada sujeto). Igualmente, se calculó la escala ABCDI[6] (puntuación en la escala ABCD más un punto por la presencia de leucoaraiosis, infartos crónicos o infartos agudos en la TC craneal) y la escala ABCD2I (puntuación en la escala ABCD2 más un punto por la presencia de isquemia cerebral en la TC craneal).

Tabla 1
Análisis descriptivo

Variable	n (%)
Antecedentes	
Ictus previo	71 (23,0)
Cardiopatía isquémica	44 (14,2)
Fibrilación auricular	42 (13,5)
Enfermedad arterial periférica	11 (3,5)
Factores de riesgo vascular	
Edad media (DE), años	70,3 (12,1)
Sexo varón	191 (61,6)
Hipertensión arterial	204 (65,8)
Diabetes mellitus	90 (29,0)
Tabaquismo	51 (16,5)
Dislipidemia	98 (31,6)
Características del episodio	
Alteración del lenguaje	184 (59,4)
Déficit motor	121 (39,0)
Territorio vertebrobasilar	32 (10,3)
Duración de síntomas superior a 1 h	163 (52,6)
Episodio recurrente	81 (26,1)
Características de neuroimagen	
Lesiones isquémicas crónicas en TC	93 (30,0)
Leucoaraiosis	67 (21,6)
Infartos lacunares	47 (15,2)
Infartos territoriales	23 (7,4)

DE: desviación estándar; TC: tomografía computarizada.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3800569

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3800569

Daneshyari.com