

# TRABAJO FIN DE GRADO



# UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

Proceso asistencial del accidente isquémico transitorio  
en el servicio de Urgencias de un hospital de  
segundo nivel: revisión y análisis

Autora:

Patricia Romero Olea

Directora:

Dra. Tamara Martín Casquero

Murcia, Mayo de 2026







# TRABAJO FIN DE GRADO



# UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

Proceso asistencial del accidente isquémico transitorio  
en el servicio de Urgencias de un hospital de  
segundo nivel: revisión y análisis

Autora:

Patricia Romero Olea

Directora:

Dra. Tamara Martín Casquero

Murcia, Mayo de 2026





**UCAM**  
UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SAN ANTONIO

## DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: Romero Olea	Nombre: Patricia
DNI: 77160643J	Grado de Medicina
Facultad de Medicina	
Título del trabajo: Proceso asistencial del accidente isquémico transitorio en el servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel: revisión y análisis	

La Dra. Tamara Martín Casquero tutora del trabajo reseñado arriba, acredita su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 17 de Mayo de 2026

Fdo.:



## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Carmen y Diego, por ser mi apoyo en cada etapa de mi vida. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, la constancia y la humildad, y por darme una segunda oportunidad cuando yo misma dudaba de poder hacerlo.

A mis hermanos, Miguel y Mari, por vuestros consejos, vuestro cariño y estar siempre ahí, aunque cada uno tome su propio camino. Gracias por ser hogar y un ejemplo a seguir.

A mis amigas de la infancia, por crecer conmigo, por permanecer a pesar del tiempo y la distancia y por seguir celebrando juntas cada logro que vamos consiguiendo.

A mis amigas que la carrera me regaló, por hacer de esta etapa algo inolvidable, ya fuera pasando infinitas horas en la biblioteca estresadas por el próximo examen o disfrutando de los momentos compartidos en nuestro sitio de confianza y de cada escapada realizada.

A mi tutora, Tamara, por prestarme su ayuda sin importar el momento, por su paciencia y dedicación durante la realización de este trabajo. También a José Luis por su disposición y apoyo.

Y también a mí misma, porque sin la constancia, el sacrificio y el esfuerzo no habría podido llegar hasta aquí. Esta etapa me ha enseñado algo muy valioso: si realmente quieres conseguir algo, tienes que luchar por ello, pero nunca perder la esperanza.



## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>13</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>14</b>
<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>15</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>17</b>
1.1. OBJETIVOS.....	21
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>23</b>
3.1. DISEÑO.....	23
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	23
3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	23
3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	23
3.3.1 VARIABLE PRINCIPAL.....	23
3.3.2. VARIABLES EXPLICATIVAS.....	23
3.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	25
3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>31</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>35</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>37</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>39</b>
<b>9. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS.....</b>	<b>43</b>



## RESUMEN

**Introducción:** el accidente isquémico transitorio (AIT) es una de las principales urgencias neurológicas debido a su elevado riesgo de recurrencia isquémica. El manejo basado en un protocolo estructurado, junto con el seguimiento ambulatorio precoz, puede ser una alternativa segura y eficiente en hospitales de segundo nivel.

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo longitudinal en pacientes diagnosticados de AIT atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital comarcal de la provincia de Alicante durante el año 2025, con una muestra de 54 pacientes. Se recogieron variables clínicas y asistenciales que posteriormente fueron analizadas mediante el programa SPSS.

**Resultados:** la recurrencia global fue del 11%, repartida de forma homogénea a los 7 días y a los 2-3 meses, sin nuevos eventos en las primeras 48 horas. La edad media fue de 75,46 años y los factores de riesgo más frecuentes fueron hipertensión arterial y dislipemia. La fibrilación auricular estuvo presente en una fracción de la muestra, asociándose a un mayor riesgo cardiovascular. Las alteraciones del lenguaje y el déficit motor constituyeron las manifestaciones clínicas predominantes. El 50% recibió alta con seguimiento ambulatorio precoz. El tratamiento más prescrito al alta fue la antiagregación simple. Se observó asociación estadísticamente significativa entre recurrencia y sexo masculino ( $p=0,02$ ), y con antiagregación simple ( $p=0,027$ ).

**Conclusiones:** el manejo asistencial estudiado parece ser una estrategia segura y eficiente en pacientes seleccionados con AIT. La baja tasa de nuevos eventos apoya este modelo, aunque se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para confirmarlo.

### Palabras clave/ Descriptores

Accidente isquémico transitorio; Urgencias; Seguimiento ambulatorio precoz; Recurrencia; Factores de riesgo cardiovascular; Antiagregación plaquetaria

## ABSTRACT

**Background:** transient ischemic attack (TIA) is one of the main neurological emergencies due to its high risk of ischemic recurrence. Management based on a structured protocol, together with early outpatient follow-up, may represent a safe and efficient alternative in secondary-level hospitals.

**Material and methods:** a retrospective longitudinal descriptive observational study was conducted in patients diagnosed with TIA who were treated in the Emergency Department of a regional hospital in the province of Alicante during 2025, with a sample of 54 patients. Clinical and healthcare variables were collected and subsequently analyzed using SPSS software.

**Results:** the overall recurrence rate was 11% distributed evenly between 7 days and 2-3 months, with no new events occurring within the first 48 hours. The mean age was 75,46 years, and the most frequent risk factors were hypertension and dyslipidemia. Atrial fibrillation was present in a subset of the sample and was associated with higher cardiovascular risk. Language disturbances and motor deficits were the predominant clinical manifestations. Fifty percent of patients were discharged with early outpatient follow-up. Single antiplatelet therapy was the most frequently prescribed treatment at discharge. A statistically significant association was observed between recurrence and male sex ( $p=0,02$ ), as well as with single antiplatelet therapy ( $p=0,027$ ).

**Conclusion:** the healthcare management model studied appears to be a safe and efficient strategy in selected patients with TIA. The low recurrence rate supports this approach, although prospective studies with larger sample sizes are needed to confirm these findings.

## Key words

Transient ischemic attack; Emergency Department; Early outpatient follow-up; Recurrence; Cardiovascular risk factors; Antiplatelet therapy

## **ABREVIATURAS:**

AIT: Accidente Isquémico Transitorio

FA: Fibrilación Auricular

TC: Tomografía Computarizada

RM: Resonancia Magnética

AHA/ASA: American Heart Association/American Stroke Association

ESO: European Stroke Organisation

SNS: Sistema Nacional de Salud

IP: Investigador Principal

OCIC: Oficina Central de Información Corporativa

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

OR: Odds Ratio

UE: Unión Europea

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences



## 1. INTRODUCCIÓN

El accidente isquémico transitorio (AIT) es una patología frecuentemente atendida en el Servicio de Urgencias y constituye una de las principales emergencias neurológicas debido al elevado riesgo de recurrencia isquémica. Se define como un episodio transitorio de disfunción neurológica focal de inicio súbito causado por isquemia cerebral, retiniana o medular, con resolución completa de los síntomas y sin evidencia de infarto agudo en las pruebas de neuroimagen<sup>1</sup>.

Su importancia clínica no radica solo en la presentación, sino en su valor pronóstico. Estudios clásicos estiman que el riesgo de ictus tras un AIT es especialmente elevado durante las primeras 48 horas, situándose entre el 1,5% y el 10%, aumentando al 5%-10% a los 7 días y hasta el 20% a los 90 días<sup>1</sup>.

Desde el punto de vista epidemiológico, se registran aproximadamente 7,5 millones de AIT anuales a nivel mundial<sup>6</sup>. En España, la incidencia anual es de 150 por 100.000 habitantes, alcanzando una prevalencia del 2-3% en mayores de 65 años<sup>4</sup>. En Europa, la incidencia anual oscila entre 30 y 300 casos por 100.000 habitantes, con mayor frecuencia en varones<sup>10</sup>. Sin embargo, su epidemiología es difícil de precisar por la brevedad del cuadro y la variabilidad diagnóstica.

El AIT se asocia estrechamente a la edad avanzada y a factores de riesgo cardiovascular como hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, obesidad, antecedentes de ictus, enfermedad cardiovascular coronaria o periférica, fibrilación auricular y estenosis carotídea<sup>1</sup>, relación descrita en el Framingham Heart Study<sup>8</sup>.

La fibrilación auricular (FA) es especialmente relevante, ya que puede detectarse en hasta un 7% de los casos mediante electrocardiograma inicial y condiciona un alto riesgo embólico si no se trata precozmente<sup>3</sup>.

El diagnóstico del AIT sigue siendo complejo, ya que hasta la mitad de los casos iniciales corresponden a imitadores<sup>2</sup>. Por ello, la valoración clínica en Urgencias requiere una anamnesis detallada y una exploración neurológica

completa orientada a identificar síntomas neurológicos focales de aparición súbita y unilateral, entre los que se encuentra el déficit motor (hemiparesia o hemiplejía en cara, brazo o pierna, o ataxia), déficit sensitivo (parestias, hipoestias o sensación de adormecimiento), alteraciones del lenguaje (afasia o disartria), déficits visuales (amaurosis fugaz, hemianopsia o diplopía) y síntomas cerebelosos o del tronco cerebral (vértigo súbito, inestabilidad, náuseas o vómitos).

A continuación, se realizan pruebas complementarias como analítica sanguínea con hemograma, bioquímica y pruebas de coagulación, electrocardiograma, ensayos de troponina, telemetría y la tomografía computarizada (TC).

La tomografía computarizada sin contraste continúa siendo la prueba de imagen inicial más utilizada por su disponibilidad y rapidez de realización. Permite descartar hemorragias, lesiones ocupantes de espacio y signos de isquemia subaguda, aunque su sensibilidad para la detección de infarto cerebral agudo es limitada. De forma complementaria, técnicas como angiografía por TC, ecografía carotídea dúplex y Doppler transcraneal permiten evaluar el sistema vascular, incluyendo las arterias cerebrales y los troncos supraaórticos, y detectar estenosis u oclusiones significativas. Sin embargo, no siempre están disponibles en Urgencias<sup>3</sup>.

En los últimos años, la resonancia magnética (RM) cerebral multimodal ha demostrado un mayor rendimiento diagnóstico en la evaluación del AIT, especialmente en las primeras 24 horas<sup>6</sup>. A pesar de ello, su implementación sigue siendo limitada por la falta de disponibilidad en muchos centros.

Cuando no es posible realizar RM urgente, el diagnóstico de AIT puede establecerse clínicamente con la resolución completa de los síntomas en menos de 24 horas junto con un TC craneal sin hallazgos patológicos. En estos casos, se puede optar por ingreso hospitalario para estudio completo o por un manejo ambulatorio precoz con seguimiento especializado<sup>3</sup>.

La estratificación del riesgo de ictus mediante escalas como ABCD2 es fundamental, aunque debido a su sensibilidad limitada, debe interpretarse en el

contexto de una valoración clínica global<sup>3</sup>. Este enfoque está recomendado por El Plan de Atención al Ictus de la Comunidad Valenciana, que también aconseja la realización de estudios vasculares para detectar estenosis u oclusiones, permitiendo así orientar la decisión entre ingreso hospitalario o alta con seguimiento<sup>11</sup>.

En cuanto al tratamiento, los pacientes de mayor riesgo se benefician de terapia antiplaquetaria dual, mientras que la monoterapia con ácido acetilsalicílico se reserva para pacientes de menor riesgo y tras completar la terapia dual. En etiología cardioembólica, especialmente fibrilación auricular, el tratamiento de elección es la anticoagulación. Ensayos como CHANCE y POINT demuestran que la doble antiagregación con ácido acetilsalicílico (80-81mg/día) y clopidogrel (75mg/día) durante un periodo de 21 días, seguido de posterior monoterapia reduce el riesgo de ictus en pacientes de riesgo moderado-alto, aunque su uso prolongado incrementa el riesgo hemorrágico<sup>2,9</sup>.

El abordaje del AIT debe ser multimodal. Diversas revisiones y guías clínicas han demostrado que la estrategia combinada basada en el control de la presión arterial y glucémico, el tratamiento hipolipemiante, el abandono del tabaco, la dieta equilibrada y el ejercicio físico puede reducir el riesgo de recurrencia de ictus entre un 80% y un 90%. El seguimiento posterior por neurología o atención primaria es esencial para consolidar la prevención secundaria<sup>3,9</sup>.

A pesar de guías clínicas, existe variabilidad en el manejo del AIT debido a diferencias estructurales, organizativas y formativas entre centros. Esto evidencia la necesidad de protocolos asistenciales estandarizados y una adecuada coordinación entre Urgencias, Neurología y Radiología, especialmente en hospitales de segundo nivel con recursos limitados<sup>3</sup>.

Este trabajo analiza el proceso asistencial del AIT en el Servicio de Urgencias de un hospital comarcal de la provincia de Alicante. A su llegada, los pacientes son clasificados como prioridad muy grave en triaje y pasan a un box central para la toma de constantes vitales, glucemia capilar, electrocardiograma,

monitorización, analítica sanguínea incluyendo hemograma, bioquímica y pruebas de coagulación y analítica de orina.

En los casos en los que se confirma clínicamente un AIT, descartando un código ictus, se realiza un TC cerebral simple. Si no se identifican lesiones estructurales, hemorragias ni lesiones ocupantes de espacio, el paciente pasa a observación con monitorización y vigilancia neurológica. Tras 24 horas de seguimiento con telemetría destinada a la detección de arritmias, y vigilancia neurológica para detectar la posible recurrencia del evento, se solicita interconsulta con Neurología, que evalúa al paciente y realiza una ecografía Doppler de troncos supraaórticos. Si los hallazgos son normales, se da de alta al paciente con tratamiento médico y seguimiento en consultas externas, incluyendo de manera ambulatoria la realización de RM y Holter (Figura 1).

Finalmente, este estudio tiene como objetivo principal evaluar si los pacientes dados de alta con seguimiento ambulatorio precoz presentan una mayor incidencia de ictus recurrente, en comparación con aquellos tratados mediante el manejo clásico basado en ingreso hospitalario y estudio completo inmediato. De esta manera, se pretende comparar nuestros resultados con los reportados en la literatura y determinar la seguridad y eficacia del abordaje ambulatorio precoz frente al tratamiento convencional.

## **1.1. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Evaluar la aparición de eventos ictus a los 2-3 meses en pacientes con diagnóstico de accidente isquémico transitorio dados de alta con seguimiento ambulatorio precoz en un hospital comarcal de la provincia de Alicante durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar los factores de riesgo asociados al ictus en los pacientes dados de alta con diagnóstico de AIT.
2. Describir las causas etiológicas del AIT y su relación con el manejo diagnóstico y terapéutico.
3. Evaluar la prescripción de tratamiento antiagregante al alta, incluyendo el tipo de fármaco indicado y los cambios realizados en pacientes que ya recibían antiagregación previa.



## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1. DISEÑO**

Estudio observacional descriptivo retrospectivo longitudinal de pacientes diagnosticados de accidente isquémico transitorio atendidos en Urgencias de un hospital comarcal de la provincia de Alicante durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Tras la aprobación por el Comité de Ética, se ha realizado una revisión de las historias clínicas en el Cynara. A continuación, los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS.

Dado el carácter observacional, descriptivo y retrospectivo del estudio, no se requiere la obtención de consentimiento informado por parte de los pacientes.

### **2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

#### 2.2.1. Criterios de inclusión

- Se han incluido a todos los pacientes mayores de 18 años con episodio de accidente isquémico transitorio que acudieron a un hospital comarcal de la provincia de Alicante entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

#### 2.2.2. Criterios de exclusión

- Se excluyeron a todos los pacientes que no cumplieron el criterio de inclusión.

### **2.3. VARIABLES DEL ESTUDIO**

#### 2.3.1. Variable principal

- Recurrencia de AIT/ ictus: no recurrencia, a las 48 horas, a los 7 días y a los 2-3 meses

### 2.3.2. Variables explicativas

- Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial ( $\geq 140/90$ ), diabetes mellitus, dislipemia y obesidad
- Tabaco: no registrado, no fumador, exfumador y fumador
- Fibrilación auricular: presenta y no presenta
- Sexo: hombre y mujer
- Edad: 18-29, 30-59, 60-69, 70-79, 80-89 y  $\geq 90$
- Duración del AIT:  $< 10$  minutos, entre 10-59 minutos y  $\geq 60$  minutos
- Sintomatología del AIT: déficit motor, déficit sensitivo, alteración del lenguaje, déficit visual y síntomas cerebelosos
- Prueba de neuroimagen: normal e infarto territorial subagudo
- Patología carotídea extracraneal: no realizado, no presenta y estenosis  $> 50\%$  u oclusión del eje arterial sintomático
- Patología intracraneal: no presenta y estenosis  $> 50\%$  u oclusión del eje arterial sintomático
- Cardiopatía isquémica o embolígena: presenta y no presenta
- Destino final tras observación e interconsulta a Neurología: ingreso y alta
- Puntuación escala ABCD2: no calculada, bajo riesgo (0-3), riesgo moderado (4-5) y riesgo elevado (6-7)

- Tratamiento al alta: antiagregación simple, antiagregación dual y anticoagulación

## **2.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Los datos analizados corresponden a pacientes diagnosticados de accidente isquémico transitorio atendidos en Urgencias de un hospital comarcal de la provincia de Alicante durante el periodo de estudio. Las variables han sido solicitadas por el investigador principal (IP) a la Oficina Central de Información Corporativa (OCIC) para su extracción de las historias clínicas digitalizadas.

Toda la información ha sido tratada de forma confidencial y anónima mediante un cuaderno de recogida de datos, cuyo acceso inicial ha sido exclusivo del IP. Tras la anonimización y disociación de los datos, el resto del equipo investigador pudieron acceder al cuaderno para su análisis, garantizando la protección de los datos identificativos y personales.

El cuaderno de recogida de datos ha sido elaborado en Microsoft Excel y el análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS versión 21.0. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo general mediante frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. La edad se ha descrito mediante mediana y rango intercuartílico al tratarse de una variable no paramétrica.

Para estudiar la asociación entre variables se han empleado tablas de contingencia y el test de chi-cuadrado. La magnitud de la asociación se ha estimado mediante odds ratio (OR) e intervalo de confianza al 95% (IC95%), considerando significación estadística utilizando un valor de  $p < 0,05$ .

## **2.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El estudio ha cumplido el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, la Ley Orgánica 3/2018 y a la Ley 14/2007, de 3 de julio de investigación biomédica, respetando los principios y las normas éticas básicas que tienen su origen en la actual revisión (versión revisada 75ª Asamblea General de Helsinki, Finlandia, octubre de 2024) de la Declaración de Helsinki aprobada por la Asamblea Médica Mundial y el Convenio de Oviedo.

Los datos recopilados del Estudio han sido depositados en una Comunidad creada en el Portal CORE SOCIAL. Dicha Comunidad ha sido constituida a través del CAU.

### 3. RESULTADOS

La población inicial del estudio estuvo compuesta por 115 pacientes con diagnóstico de accidente isquémico transitorio codificados según la CIE-10 como G45.8 y G45.9 durante el año 2025. Se realizó una revisión de historias clínicas en el programa Cynara y tras aplicar los criterios de exclusión, se descartaron 61 pacientes: 41 por mal codificados, 5 por historias clínicas incompletas debido a derivación a otro hospital o alta voluntaria y 15 por corresponder finalmente a un diagnóstico de ictus. Por consiguiente, la muestra fue de 54 pacientes.

En relación con la variable principal, se observó recurrencia del evento isquémico en 6 pacientes, distribuidos de forma homogénea en el seguimiento: 3 a los 7 días (5,6%) y 3 a los 2-3 meses (5,6%). No hubo recurrencias en las primeras 48 horas (Tabla 1).

En cuanto a las variables secundarias, se obtuvieron los siguientes resultados relacionados con el AIT (Tabla 1):

- En el sexo, hubo un ligero predominio en mujeres, con 29 casos (53,7%), frente a 25 hombres (46,3%).
- Los pacientes fueron distribuidos en grupos etarios y la edad media de la muestra fue de 75,46 años. No se registraron casos entre 18 y 29 años. El grupo de 30 a 59 años estuvo formado por 7 pacientes (12,9%); el de 60 a 69 años por 8 (14,8%); el de 70 a 79 años por 14 (25,9%); el de 80 a 89 años por 20 (37%); y el de 90 años o más por 5 (9,2%). El mayor número de casos se concentró en el grupo de 80 a 89 años.
- Entre los factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial fue el antecedente más prevalente, presente en 36 pacientes (66,7%), seguida de la dislipemia en 33 (61,1%), diabetes mellitus en 19 pacientes (35,2%), obesidad en 17 (31,5%), tabaquismo activo en 13 (24%) y antecedente de exfumador en 8 (14,8%).

- Las cardiopatías isquémicas o cardioembólicas estuvieron presentes en 19 pacientes (35,1%), destacando la fibrilación auricular en 14 casos (25,9%).
- Respecto a la duración del AIT, 13 pacientes presentaron episodios inferiores a 10 minutos (24%), 19 entre 10 y 59 minutos (35,2%) y 22 con duración igual o superior a 60 minutos (40,1%).
- La clínica más frecuente fue la alteración del lenguaje, presente en 43 pacientes (79,6%), seguida del déficit motor en 35 (64,8%), del déficit sensitivo en 16 pacientes (29,6%), síntomas cerebelosos en 6 (11,1%) y déficit visual en 1 paciente (1,8%).
- En las pruebas complementarias, se detectó patología intracraneal en 1 paciente (1%) y extracraneal en 9 (17%).
- En cuanto al destino final, el 50% de los pacientes requirió ingreso y el otro 50% fueron dados de alta.
- La escala ABCD2 no estaba calculada en el 81,5% de los casos. Entre los pacientes registrados, 6 fueron clasificados como de bajo riesgo (11,1%) y 4 como riesgo moderado (7,4%).
- En el tratamiento al alta, la antiagregación simple fue la opción terapéutica más frecuente, prescrita en 35 pacientes (64,8%), seguida de la anticoagulación en 18 (33,3%) y la antiagregación dual en 4 (7,4%).

En relación con la asociación entre recurrencia y variables secundarias, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Todos los pacientes con nuevos episodios fueron hombres, observándose una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,02$ ). Se registraron 3 casos a los 7 días (12%) y otros 3 a los 2-3 meses (12%) (Tabla 2).

- En la edad, no encontramos nuevos eventos en el grupo de 30 a 59 años. En el grupo de 60 a 69 años se registró 1 caso a los 2-3 meses (12,5%); en el de 70 a 79 años, 2 a los 7 días (14,3%) y 1 a los 2-3 meses (7,1%); en el de 80 a 89 años, 1 a los 7 días (5%); y en el de 90 años o más, 1 a los 2-3 meses (20%). Aunque sin significación estadística ( $p=0,476$ ), el mayor número de recurrencias se observó entre 70 y 79 años (Tabla 2).
- Entre los factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial fue el parámetro más frecuente, con 2 casos de recidiva tanto a los 7 días como a los 2-3 meses (5,6% en ambos casos). La dislipemia se asoció a 1 caso a los 7 días (3%) y a 2 a los 2-3 meses (6,1%), y la obesidad a 1 caso a los 2-3 meses (5,9%). En los exfumadores, 2 presentaron recurrencia a los 7 días (25%) y 1 a los 2-3 meses (12,5%), mientras que en fumadores activos hubo 1 caso a los 2-3 meses (7,7%). No se repitió el evento en pacientes con diabetes mellitus (Tabla 3).
- En las cardiopatías isquémicas o cardioembólicas, dos pacientes con fibrilación auricular presentaron nuevos eventos a los 2-3 meses (14,3%) (Tabla 3).
- Los episodios con duración igual o superior a 60 minutos presentaron mayor número de recidivas, con 2 episodios a los 7 días (9,1%) y a los 2-3 meses (9,1%). En el grupo de 10 a 59 minutos, se registró 1 nuevo episodio a los 7 días y a los 2-3 meses (5,3% ambos casos) (Tabla 4).
- En cuanto a la clínica del AIT, todos los pacientes que presentaron nuevos eventos mostraron alteración del lenguaje, tanto a los 7 días como a los 2-3 meses (7% respectivamente). El déficit motor estuvo presente en 3 pacientes con recurrencia a los 7 días (8,6%) y en 2 pacientes a los 2-3 meses (5,7%). Además, se observó un caso con déficit sensitivo (6,3%), visual (100%) y síntomas cerebelosos (16,7%) que tuvo un posterior evento a los 2-3 meses. Aunque el déficit visual sólo se registró en un caso en toda la muestra (Tabla 4).

- En las pruebas complementarias realizadas, pacientes con patología extracraneal tuvieron 1 evento recurrente a los 7 días (11,1%) y otra a los 2-3 meses (11,1%) (Tabla 5).
- En el destino final, 2 pacientes ingresados presentaron otro episodio isquémico, uno a los 7 días y otro a los 2-3 meses (3,7% en ambos casos), mientras que, 4 pacientes dados de alta tuvieron otro evento, dos a los 7 días y otros dos a los 2-3 meses (7,4% en ambos casos) (Tabla 5).
- En la escala ABCD2, tanto los pacientes de bajo como los de riesgo moderado presentaron 1 recurrencia cada uno, observándose a los 7 días (16,7%) y a los 2-3 meses (25%) respectivamente (Tabla 5).
- Respecto al tratamiento al alta, 3 pacientes tratados con antiagregación simple recurrieron a los 7 días (8,6%). Además, 3 pacientes con anticoagulación y 1 con antiagregación dual recidivaron a los 2-3 meses (11,1% y 25%, respectivamente) (Tabla 5).

#### 4. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sugieren que el manejo basado en la observación clínica y el alta ambulatoria precoz puede ser un método seguro y eficiente en pacientes seleccionados con accidente isquémico transitorio atendidos por el Servicio de Urgencias en un hospital de segundo nivel. La baja tasa de recurrencia global y la ausencia de eventos isquémicos en las primeras 48 horas apoyan la viabilidad de este modelo asistencial (Tabla 1). Este abordaje está respaldado por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y la American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA) señala que la valoración clínica y neurovascular en menos de 24 horas reduce el riesgo de ictus precoz<sup>3,12</sup>.

La tasa de recurrencia global fue del 11%, con un 5,6% tanto a los 7 días como a los 2-3 meses del episodio inicial (Tabla 1). Aunque ligeramente superior a la descrita en algunos estudios más recientes, estos resultados permanecen dentro de rangos clínicamente aceptables. El estudio PROMAPA describió una recurrencia de 2,6% a los 7 días y del 3,8% a los 90 días<sup>13</sup>, mientras que el metaanálisis de Shahjouei et al. estimaron incidencias del 3,8% y del 4,7 respectivamente<sup>14</sup>.

La edad media fue de 75,46 años, concentrándose la mayoría de los casos entre los 70 y 89 años (Tabla 1). Estos datos coinciden con la evidencia científica, donde el envejecimiento constituye un factor clave en el desarrollo y recurrencia del AIT. Barone et al. demostraron que la edad avanzada actúa como un predictor independiente de ictus recurrente<sup>15</sup>. En nuestra muestra, los nuevos eventos se observaron principalmente entre los 70 y 79 años (Tabla 2).

En relación con el sexo, aunque la distribución inicial fue homogénea, todos los nuevos eventos se produjeron en varones, encontrándose asociación estadísticamente significativa (Tablas 1 y 2). Este hallazgo coincide con Park et al., quienes identificaron el sexo masculino como factor independiente de recurrencia<sup>16</sup>.

Respecto a los factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión arterial fue la más prevalente (66,7%), seguida de la dislipemia, la diabetes mellitus y la

obesidad (Tabla 1). Estos datos son consistentes con el estudio INTERSTROKE, que identifica la HTA como principal factor modificable asociado al ictus isquémico<sup>17</sup>. Además, la HTA estuvo presente en las recurrencias (Tabla 3), lo que refuerza su papel en la evolución del AIT y la necesidad de un adecuado control tensional precoz.

La dislipemia también demostró elevada prevalencia y se observó en un caso de recurrencia (Tabla 3). Sirimarco et al. evidenciaron un mayor riesgo de ictus a los 90 días en pacientes con perfil lipídico aterogénico<sup>18</sup>, lo que refuerza la importancia del control lipídico en prevención secundaria.

La fibrilación auricular, presente en un 25,9% de los pacientes, se asoció a eventos posteriores (Tablas 1 y 3). Este hallazgo coincide con las recomendaciones actuales, que destacan la detección precoz mediante electrocardiograma y monitorización prolongada por su elevado riesgo embólico<sup>3,19</sup>.

Casi la mitad de los pacientes con clínica de AIT eran o habían sido fumadores activos, y ambos grupos mostraron una tendencia hacia una mayor recurrencia isquémica (Tablas 1 y 3). Esta tendencia está descrita en el metaanálisis de Pan et al., que describen una asociación significativa entre tabaquismo y accidente isquémico, con reducción progresiva tras el abandono del hábito<sup>20</sup>.

Desde el punto de vista clínico, las alteraciones del lenguaje y el déficit motor fueron las manifestaciones más frecuentes y las más asociadas a posteriores eventos (Tablas 1 y 4). Este patrón se apoya en la evidencia neuroanatómica, ya que los déficits corticales focales suelen corresponder a eventos isquémicos de alto riesgo y afectación vascular significativa<sup>2,3</sup>.

Los episodios con duración igual o superior a 60 minutos presentaron mayor frecuencia y recurrencia (Tablas 1 y 4), en consonancia con los criterios de la escala ABCD2 validada por Johnston et al. como predictora del riesgo precoz de ictus tras un AIT<sup>21</sup>. Sin embargo, esta escala no fue calculada en el 81,5% de los pacientes, limitando la estratificación pronóstica y evidenciando un área de mejora asistencial (Tabla 1).

La evaluación etiológica precoz continúa siendo un pilar fundamental. Las recomendaciones de la European Stroke Organisation (ESO) y la AHA/ASA destacan la importancia de identificar las causas potencialmente tratables para reducir recurrencias<sup>3,19</sup>. En nuestro estudio, el uso de pruebas complementarias como el electrocardiograma, la telemetría y las pruebas de neuroimagen permitieron identificar factores de riesgo relevantes (Tabla 1).

Acerca del tratamiento al alta, la antiagregación simple fue la estrategia más utilizada, aunque se asoció a mayor recurrencia (Tablas 1 y 5). Este hallazgo podría relacionarse con la infrautilización de la terapia antiplaquetaria dual en pacientes de mayor riesgo. Ensayos como CHANCE y POINT demostraron que la combinación precoz de ácido acetilsalicílico y clopidogrel reduce significativamente el riesgo de nuevos eventos en fases precoces<sup>9,22,23</sup>.

El tratamiento anticoagulante se indicó en pacientes con fibrilación auricular o etiología cardioembólica, en línea con las guías AHA/ASA<sup>3</sup>. A pesar de ello, se observaron recurrencias en este grupo, probablemente relacionadas con la gravedad basal o comorbilidad vascular (Tablas 1 y 5).

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los datos obtenidos, por lo que los resultados han de ser tratados como tendencias observadas. El reducido tamaño muestral (n=54) limita la potencia estadística y las variables que no constataban en las historias clínicas fueron codificadas como “no registradas”, generando sesgo de información. Como áreas de mejora para la práctica asistencial, se propone la implementación sistemática de la escala ABCD2, una adecuada codificación de las historias clínicas y la optimización de la terapia antiagregante dual.

En conclusión, los resultados sugieren que un manejo asistencial basado en la observación clínica, estudio urgente inicial y seguimiento ambulatorio precoz puede constituir una estrategia segura y eficiente en pacientes seleccionados con AIT en hospitales de segundo nivel. Sin embargo, serían necesarios estudios prospectivos con mayor tamaño muestral que permitan comparar con mayor precisión la eficacia de un manejo ambulatorio precoz frente al ingreso convencional.



## 5. CONCLUSIONES:

- Comparando los resultados de recurrencia obtenidos con los descritos en la literatura utilizando un manejo más convencional: no se registraron nuevos eventos a las 48 horas frente al 1,5%-10% reportado, 5,6% frente al 5-10% a los 7 días y 5,6% frente al 20% a los 90 días<sup>1</sup>. Estos hallazgos sugieren que el alta precoz con seguimiento ambulatorio puede ser una estrategia segura en pacientes seleccionados.
- Los principales factores de riesgo asociados a la recurrencia fueron el sexo masculino, la edad avanzada, la hipertensión arterial, la dislipemia y la fibrilación auricular. Sin embargo, sólo el sexo masculino mostró asociación estadísticamente significativa. En cuanto a la clínica, fueron más frecuentes en pacientes con déficit motor, alteración del lenguaje y episodios de mayor duración.
- Las causas etiológicas del AIT se relacionaron principalmente con la edad avanzada y los factores de riesgo cardiovascular destacando la HTA y la dislipemia. En menor medida, la fibrilación auricular y la patología carotídea extracraneal. El protocolo asistencial aplicado permitió identificar precozmente la causa del evento y optimizar la toma de decisiones terapéuticas y el destino final del paciente.
- La antiagregación simple fue la opción más prescrita al alta, aunque este grupo presentó mayor frecuencia de recurrencia. Por otro lado, la anticoagulación se reservó para pacientes con fibrilación auricular u otra causa cardioembólica y el uso de antiagregación dual fue minoritario.
- El estudio ha permitido identificar áreas de mejora en la práctica asistencial. Sin embargo, sería conveniente desarrollar futuras investigaciones que permitan confirmar, con mayor grado de evidencia, este manejo.



## 6. ANEXO

# DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS



## DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Dña. M<sup>ª</sup> Amparo Santamaría Ortiz, Titular Jefe de la Secretaría Técnica y D. Carlos Marqués Espí, Presidente del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario Elche-Vinalopó

### CERTIFICAN:

Que este CEIm, en su reunión de fecha **25/03/2026** ha revisado la documentación aportada por el Promotor del estudio, ha decidido emitir:

### DICTAMEN FAVORABLE

A la propuesta, para el estudio (**CÓDIGO: CEImHUV 2026.023**)

**Título completo del estudio:** Proceso asistencial del accidente isquémico transitorio en el Servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel: revisión y análisis.

**Nº EudraCT:** N/A.

**Código del protocolo:** URG\_AIT

**Nombre del promotor:** Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario Vinalopó.

**Protocolo:** Versión: v.1 13/02/2026

**HIP y CI principal:** NO APLICA

**Investigador Principal:** Tamara Martín Casquero

**Servicio:** Servicio de Urgencias

**Centro:** Hospital Universitario de Vinalopó

Además, hace constar que el estudio cumple con el DISEÑO METODOLÓGICO, el MARCO ÉTICO y la REGULACIÓN en base a los siguientes puntos:

1. El estudio/proyecto/ensayo cumple los criterios establecidos en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantías de los Derechos Digitales, así como en el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la libre circulación de estos datos.
2. En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente –Decreto 39/94 de la CAM– para que la decisión del citado CEIm sea válida.
3. El Estudio reúne las normas éticas estándar de nuestra Institución para la realización de este tipo de estudios.
4. Se cumplen los preceptos éticos formulados en el Real Decreto 957/2020, de 3 de noviembre de 2020, por el que se regulan los estudios observacionales con medicamentos de uso humano y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa aplicable en función de las características del estudio.
5. Asimismo, hacemos constar que NO existe contraprestación económica para el centro y los investigadores.
6. Además, este comité recuerda al Promotor la obligación, en el caso de que se trate de un estudio prospectivo, de realizar el registro del estudio en una base de datos de acceso público antes de reclutar el primer paciente, así como el seguimiento del estudio de acuerdo a la legislación vigente.
7. Que el comité tanto en su composición como en sus PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95); con el RD 1090/2015 así como la normativa autonómica en materia de investigación aplicable de la Comunitat Valenciana; y su composición actual es la indicada en el Anexo I.
8. Consideraciones generales del estudio: NINGUNA

Lo que firmo en Elche, a 31 de marzo de 2026

CARLOS  
DOMINGO|  
MARQUES|ESPI

Firmado digitalmente por  
CARLOS DOMINGO|  
MARQUES|ESPI  
Fecha: 2026.04.01 09:16:16  
+02'00'

Presidente del CEIm

MARIA AMPARO|  
SANTAMARIA|  
ORTIZ

Firmado digitalmente por  
MARIA AMPARO|  
SANTAMARIA|ORTIZ  
Fecha: 2026.04.02 11:19:48  
+02'00'

Titular Jefe de la Secretaría Técnica  
del CEIm

Página 1 de 2

**Anexo I**  
**COMPOSICIÓN DEL CEIm**

**Presidente:**

- Carlos Marqués Espí (Licenciado en Derecho/ DPO certificado esquema AEPD/Miembro del Comité de Bioética)

**Vicepresidente:**

- Gonzalo Ros Cervera (Médico)

**Secretario:**

- M<sup>ª</sup> Amparo Santamaría Ortiz (Médico)

**Vocales:**

- Angel Raso Raso (Farmacéutico Especialista Hospital)
- Joaquín Quiles (Miembro Lego no vinculado laboralmente a los centros)
- Jose Fernández de Maya (Enfermero)
- Angélica Valderrama Rodríguez (Farmacólogo Clínico)
- Maria Isabel Pérez Soto (Médico)
- Lucía Ojea Cárdenas (Farmacéutico Especialista Atención Primaria)
- Fernando Román Fuentes (Médico de Atención Primaria)
- Eva Cotilla de la Rosa (Médico)

**Apoyo:**

- Rosa M<sup>ª</sup> Martínez Mula (Graduada en Química/Apoyo Administrativo Secretaría Técnica)
- Cristina Soriano Bernal (Licenciada en Dirección y Administración de Empresas/Miembro Lego y Apoyo Administrativo Secretaría Técnica).

Que en dicha reunión del Comité Ético de Investigación Clínica se cumplió el quórum preceptivo legalmente. Que en el caso de evaluación de algún estudio del que algún integrante del equipo investigador forme parte de este CEIm, este se ausentará durante la deliberación y votación del mismo.

**Anexo II**  
**CENTROS E INVESTIGADORES PRINCIPALES Y COLABORADORES**

**Título completo del estudio:** Proceso asistencial del accidente isquémico transitorio en el Servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel: revisión y análisis.

**Nº EudraCT:** N/A.

**Código del protocolo:** URG\_AIT

**Nombre del promotor:** Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario Vinalopó.

**Protocolo:** Versión: v.1 13/02/2026

**HIP y CI principal:** NO APLICA

**Investigador Principal:** Tamara Martín Casquero

**Servicio:** Servicio de Urgencias

**Centro:** Hospital Universitario de Vinalopó

**Investigadores colaboradore:**

- Patricia Romero Olea. Alumna 6º curso grado Medicina - UCAM

## 8. BIBLIOGRAFIA

- 1: Long B, Marcolini E, Gottlieb M. Emergency medicine updates: Transient ischemic attack. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2024;83:82–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2024.06.023>
- 2: Perry JJ, Yadav K, Syed S, Shamy M. Transient ischemic attack and minor stroke: diagnosis, risk stratification and management. *CMAJ*. 2022 Oct 11;194(39):E1344-E1349. doi: 10.1503/cmaj.220344. PMID: 36220167; PMCID: PMC9616153
- 3: Amin HP, Madsen TE, Bravata DM, Wira CR, Johnston SC, Ashcraft S, et al. Diagnosis, workup, risk reduction of transient ischemic attack in the emergency department setting: A scientific statement from the American heart association. *Stroke* [Internet]. 2023;54(3):e109–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/STR.0000000000000418>
- 4: Pérez Sempere Á. Morbilidad por enfermedad cerebrovascular en España: incidencia y prevalencia. *Rev Neurol* [Internet]. 1999;29(09):879. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33588/rn.2909.99343>
- 5: Cereda CW, Olivot JM. Emergency Department (ED) Triage for Transient Ischemic Attack (TIA). *Curr Atheroscler Rep*. 2018 Sep 25;20(11):56. doi: 10.1007/s11883-018-0755-5. PMID: 30251027
- 6: Novo AC, Pinzón-Benavides PA, Rozas-Fernández P, Martínez-Palicio M, García-Rúa A, Antón-González C, Casado-Menéndez I, Suárez-Moro R, Temprano-Fernández MT. Accidente isquémico y ¿transitorio? Resonancia magnética en el AIT: experiencia de 106 casos [Ischaemic or transient attack? Magnetic resonance imaging in transient ischaemic attack: a review of 106 cases]. *Rev Neurol*. 2022 Dec 1;75(11):333-339. Spanish. doi: 10.33588/rn.7511.2022232. PMID: 36440745; PMCID: PMC10280743.
- 7: Siket MS, Edlow JA. Transient ischemic attack: reviewing the evolution of the definition, diagnosis, risk stratification, and management for the emergency physician. *Emerg Med Clin North Am*. 2012 Aug;30(3):745-70. doi: 10.1016/j.emc.2012.05.001. PMID: 22974647

- 8: Lioutas VA, Ivan CS, Himali JJ, Aparicio HJ, Leveille T, Romero JR, Beiser AS, Seshadri S. Incidencia de ataque isquémico transitorio y asociación con riesgo a largo plazo de ictus. *JAMA*. 26 de enero de 2021; 325(4):373-381. doi: 10.1001/jama.2020.25071. PMID: 33496774; PMCID: PMC7838926
- 9: Panuganti KK, Tadi P, Lui F. Transient ischemic attack. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025
- 10: Durán Ferreras E, Viguera Romero J, Martínez Parra C. Accidente isquémico transitorio. *Rev Clin Esp*. 2007;207(10):505-7
- 11: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universale i Salut Pública. Guía de actuación del ictus en la Comunitat Valenciana 2019-2023. Disponible en: [https://lamochiladelresi.wordpress.com/wp-content/uploads/2021/07/guia\\_ictus\\_cv\\_2019-2023.pdf](https://lamochiladelresi.wordpress.com/wp-content/uploads/2021/07/guia_ictus_cv_2019-2023.pdf)
- 12: Ministerio de Sanidad. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2024. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/ictus/docs/Estrategia\\_en\\_Ictus\\_del\\_SNS.\\_Actualizacion\\_2024\\_accesible.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/ictus/docs/Estrategia_en_Ictus_del_SNS._Actualizacion_2024_accesible.pdf)
- 13: Purroy F, Jiménez Caballero PE, Gorospe A, Torres MJ, Alvarez-Sabin J, Santamarina E, Martínez-Sánchez P, Cánovas D, Freijo MM, Egido JA, Girón JM, Ramírez-Moreno JM, Alonso A, Rodríguez-Campello A, Casado I, Delgado-Medeiros R, Martí-Fàbregas J, Fuentes B, Silva Y, Quesada H, Cardona P, Morales A, de la Ossa N, García-Pastor A, Arenillas JF, Segura T, Jiménez C, Masjuán J; Proyecto sobre el ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares Españolas. Predicción de la recurrencia temprana del ictus en pacientes con ataque isquémico transitorio a partir del estudio PROMAPA: una comparación de las puntuaciones de riesgo pronóstico. *Cerebrovasc Dis*. 2012; 33(2):182-9. doi: 10.1159/000334771. Epub 7 de enero de 2012. PMID: 22237056.
- 14: Shahjouei S, Sadighi A, Chaudhary D, Li J, Abedi V, Holland N, Phipps M, Zand R. Un análisis de 5 décadas sobre las tendencias de incidencia del ictus isquémico tras un ataque isquémico transitorio: una revisión sistemática y metaanálisis. *JAMA Neurol*. 2021 1 de enero; 78(1):77-87. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.3627. Errata en: *JAMA Neurol*. 1 de enero de 2021;

78(1):120. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.4582. PMID: 33044505; PMCID: PMC7551236.

15: Barone V, Foschi M, Pavolucci L, Rondelli F, Rinaldi R, Nicodemo M, D'Angelo R, Favaretto E, Brusi C, Cosmi B, Degli Esposti D, D'Addato S, Bacchelli S, Giostra F, Pomata DP, Spinardi L, Faccioli L, Faggioli G, Donti A, Borghi C, Cortelli P, Guarino M; Bologna TIA Study Group. Enhancing stroke risk prediction in patients with transient ischemic attack: insights from a prospective cohort study implementing fast-track care. *Front Neurol*. 2024 May 27;15:1407598. doi: 10.3389/fneur.2024.1407598. PMID: 38859972; PMCID: PMC11163114.

16: Park, M.-H., Lee, S.-H., & Jung, J.-M. (2024). Recurrent Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack: Risk of Single and Multiple Recurrence. *Journal of Clinical Medicine*, 13(19), 5744. <https://doi.org/10.3390/jcm13195744>

17: Simmons BB, Gadegbeku AB, Cirignano B. Ataque isquémico transitorio: Parte II. Modificación y tratamiento de factores de riesgo. *Soy médico de familia*. 15 de septiembre de 2012; 86(6):527-32. PMID: 23062044.

18: Sirimarco G, Deplanque D, Lavallée PC, Labreuche J, Meseguer E, Cabrejo L, Guidoux C, Olivot JM, Abboud H, Lapergue B, Klein IF, Mazighi M, Touboul PJ, Bruckert E, Amarenco P. Dislipidemia aterogénica en pacientes con ataque isquémico transitorio. *Golpe*. agosto de 2011; 42(8):2131-7. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.609727. Publicado en formato electrónico 7 de julio de 2011. PMID: 21737806.

19: Fonseca AC, Merwick Á, Dennis M, Ferrari J, Ferro JM, Kelly P, Lal A, Ois A, Olivot JM, Purroy F. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on management of transient ischaemic attack. *Eur Stroke J*. 2021 Jun;6(2):CLXIII-CLXXXVI. doi: 10.1177/2396987321992905. Epub 2021 Mar 16. PMID: 34414299; PMCID: PMC8370080

20: Pan B, Jin X, Jun L, Qiu S, Zheng Q, Pan M. The relationship between smoking and stroke: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Mar;98(12):e14872. doi: 10.1097/MD.00000000000014872. PMID: 30896633; PMCID: PMC6708836.

21: Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, Giles MF, Elkins JS, Bernstein AL, Sidney S. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. *Lancet*. 2007 Jan 27;369(9558):283-92. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60150-0. PMID: 17258668.

22: Wang Y, Wang Y, Zhao X, Liu L, Wang D, Wang C, Wang C, Li H, Meng X, Cui L, Jia J, Dong Q, Xu A, Zeng J, Li Y, Wang Z, Xia H, Johnston SC; CHANCE Investigators. Clopidogrel con aspirina en ictus menor agudo o ataque isquémico transitorio. *N Engl J Med*. 4 de julio de 2013; 369(1):11-9. doi: 10.1056/NEJMoa1215340. Epub 26 de junio de 2013. PMID: 23803136.

23: Johnston SC, Easton JD, Farrant M, Barsan W, Conwit RA, Elm JJ, Kim AS, Lindblad AS, Palesch YY; Clinical Research Collaboration, Red de Ensayos de Tratamiento de Emergencias Neurológicas y los investigadores de POINT. Clopidogrel y aspirina en ictus isquémico agudo y AIT de alto riesgo. *N Engl J Med*. 2018 19 de julio; 379(3):215-225. doi: 10.1056/NEJMoa1800410. Publicado en formato electrónico 16 de mayo de 2018. PMID: 29766750; PMCID: PMC6193486.



## 9. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Figura 1. Manejo asistencial del AIT en Urgencias

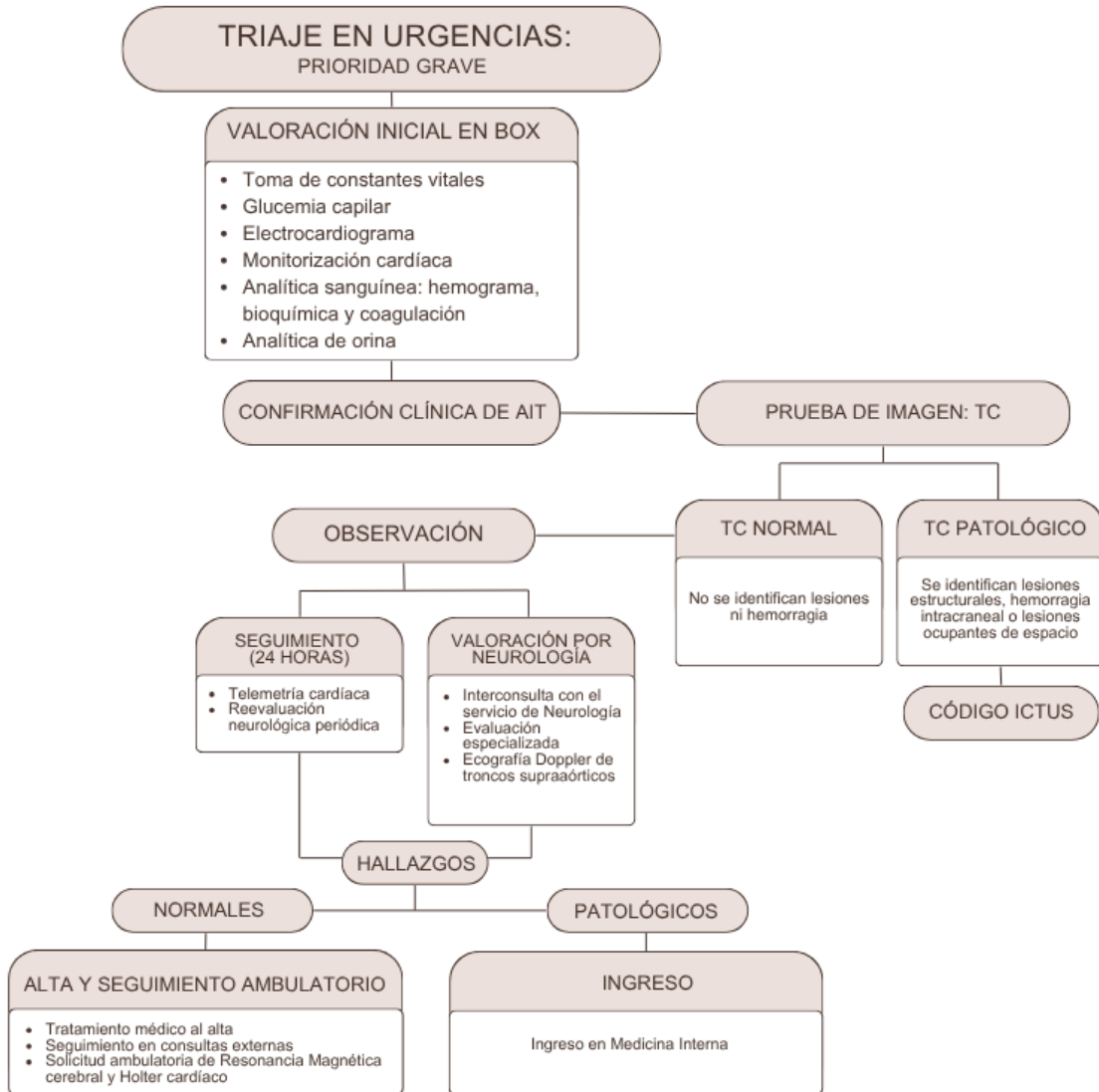


Tabla 1. Características generales de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>	Masculino	25	46,3%
	Femenino	29	53,7%
<b>Grupo de Edad</b>	18-29 años	0	0%
	30-59 años	7	12,9%
	60-69 años	8	14,8%
	70-79 años	14	25,9%
	80-89 años	20	37%
	≥90 años	5	9,2%
<b>Factores de riesgo cardiovasculares</b>	Hipertensión arterial	36	66,7%
	Diabetes Mellitus	19	35,2%
	Dislipemia	33	61,1%
	Obesidad	17	31,5%
	Fumador	13	24%
	Exfumador	8	14,8%
<b>Cardiopatías</b>	Fibrilación Auricular	14	25,9%
	Cardiopatía isquémica o embolígena	19	35,1%
<b>Duración del AIT</b>	<10 minutos	13	24%
	10-59 minutos	19	35,2%
	≥60 minutos	22	40,1%
<b>Sintomatología AIT</b>	Déficit motor	35	64,8%
	Déficit sensitivo	16	29,6%
	Alteración del lenguaje	43	79,6%
	Déficit visual	1	1,8%
	Síntomas cerebelosos	6	11,1%
<b>Pruebas complementarias</b>	Patología intracraneal	1	1%
	Patología extracraneal	9	17%
<b>Destino final</b>	Ingreso	27	50%
	Alta	27	50%
<b>Escala ABCD2</b>	Bajo riesgo	6	11,1%
	Riesgo moderado	4	7,4%
<b>Tratamiento al alta</b>	Antiagregación simple	35	64,8%
	Antiagregación dual	4	7,4%
	Anticoagulación	18	33,3%
<b>Recurrencia</b>	No recurrencia	48	88,9%
	A las 48 horas	0	0%
	A los 7 días	3	5,6%
	A los 2-3 meses	3	5,6%

## 2. Tabla de recurrencia según variables demográficas

		No recurrencia	Recurrencia a los 7 días	Recurrencia a los 2-3 meses	Total	P-valor
<b>Sexo</b>	Masculino	19 (76%)	3 (12%)	3 (12%)	25	0,02
	Femenino	29 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	29	
<b>Grupo de edad</b>	18-29 años	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0	0,476
	30-59 años	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	7	
	60-69 años	7 (87,5%)	0 (0%)	1 (12,5%)	8	
	70-79 años	11 (78,6%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)	14	
	80-89 años	19 (95%)	1 (5%)	0 (0%)	20	
	≥90 años	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)	5	

\* La relación entre variables categóricas se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson, considerando estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

## 3. Factores de riesgo cardiovascular según recurrencia

		No recurrencia	Recurrencia a los 7 días	Recurrencia a los 2-3 meses	Total	P-valor
<b>Factores de riesgo cardiovascular</b>	Hipertensión arterial	32 (88,9%)	2 (5,6%)	2 (5,6%)	36	1
	Diabetes Mellitus	19 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	19	0,16
	Dislipemia	30 (90,9%)	1 (3%)	2 (6,1%)	33	0,591
	Obesidad	16 (94,1%)	0 (0%)	1 (5,9%)	17	0,482
	Fumador	12 (92,3%)	0 (0%)	1 (7,7%)	13	0,169
	Exfumador	5 (62,5%)	2 (25%)	1 (12,5%)	8	
<b>Cardiopatías</b>	Fibrilación Auricular	12 (85,7%)	0 (0%)	2 (14,3%)	14	0,160
	Cardiopatía isquémica o embolígena	17 (89,5%)	0 (0%)	2 (10,5%)	19	0,231

\* La relación entre variables categóricas se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson, considerando estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

#### 4. Características clínicas del accidente isquémico transitorio y recurrencia

		No recurrencia	Recurrencia a los 7 días	Recurrencia a los 2-3 meses	Total	P-valor
<b>Duración del AIT</b>	<10 minutos	13 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	13	0,601
	10-59 minutos	17 (89,5%)	1 (5,3%)	1 (5,3%)	19	
	≥60 minutos	18 (81,8%)	2 (9,1%)	2 (9,1%)	22	
<b>Sintomatología del AIT</b>	Déficit motor	30 (85,7%)	3 (8,6%)	2 (5,7%)	35	0,418
	Déficit sensitivo	15 (93,8%)	0 (0%)	1 (6,3%)	16	0,502
	Alteración del lenguaje	37 (86%)	3 (7%)	3 (7%)	43	0,422
	Déficit visual	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1	0
	Síntomas cerebelosos	5 (83,3%)	0 (0%)	1 (16,7%)	6	0,387

\* La relación entre variables categóricas se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson, considerando estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

#### 5. Relación entre el manejo diagnóstico-terapéutico y recurrencia

		No recurrencia	Recurrencia a los 7 días	Recurrencia a los 2-3 meses	Total	P-valor
<b>Pruebas complementarias</b>	Patología intracraneal	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1	0,938
	Patología extracraneal	7 (77,8%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	9	0,808
<b>Destino final</b>	Ingreso	25 (92,6%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)	27	0,687
	Alta	23 (85,2%)	2 (7,4%)	2 (7,4%)	27	
<b>Escala ABCD2</b>	No calculada	40 (90,9%)	2 (4,5%)	2 (4,5%)	44	0,298
	Bajo riesgo	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0 (0%)	6	
	Riesgo medio	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	4	
	Riesgo alto	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0	
<b>Tratamiento al alta</b>	Antiagregación simple	32 (91,4%)	3 (8,6%)	0 (0%)	35	0,027
	Antiagregación dual	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	4	0,195
	Anticoagulación	16 (88,9%)	0 (0%)	2 (11,1%)	18	0,223

\* La relación entre variables categóricas se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson, considerando estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .



