

PROTOCOLO CLÍNICO Y DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS: ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT / TIA)

Diagnóstico Tisular vs. Temporal, Protocolo de Neuroimagen Multimodal (RM, NCCT, Angio-TC, Doppler), Escalas ABCD2/ABCD3-I, DAPT vs. Anticoagulación Precoz y Manejo del Stroke de Brecha • Guías AHA/ASA 2026, AHA 2023 & ESO

Ámbito: Urgencias, Unidad de Ictus, Neurología	Población Objetivo: AIT / Minor Stroke	Actualización: Septiembre, 2026 (AHA & ESO)
--	--	---

1. DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO TISULAR VS. TEMPORAL

CAMBIO DE PARADIGMA CONCEPTUAL: La definición clásica basada en el límite arbitrario de 24 horas ha sido reemplazada formalmente por la definición basada en el tejido (Tisular). Un **Ataque Isquémico Transitorio (AIT / TIA)** se define como un episodio breve de disfunción neurológica focal provocado por una isquemia focal cerebral, espinal o retiniana, **SIN infarto tisular agudo demostrado en la neuroimagen**.

Aclaración Diagnóstica Crítica: La presencia de restricción de la difusión en la Resonancia Magnética (**RM-DWI positiva**) reclasifica inmediatamente el evento como un **Ictus Isquémico Menor (Minor Stroke)**, independientemente de que la sintomatología clínica se haya resuelto por completo dentro de los primeros minutos u horas. El AIT y el Ictus Menor comparten los mismos protocolos de prevención secundaria hiperaguda.

2. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE ICTUS PRECOZ (ESCALAS ABCD2 Y ABCD3-I)

El periodo de mayor riesgo para sufrir un ictus isquémico completado o discapacitante ocurre dentro de las primeras 24 a 48 horas posteriores a un AIT (hasta un 10-20% a los 90 días si no se instaura tratamiento inmediato). Para categorizar el riesgo e indicar la Terapia Antiagregante Dual (DAPT) o el ingreso prioritario en la Unidad de Ictus, se utilizan las escalas validadas ABCD2 y ABCD3-I:

Parámetro Clínico / Imagen	Criterio de Evaluación	Puntos ABCD2	Puntos ABCD3-I
Edad (Age)	≥ 60 años	1 pt	1 pt
Presión Arterial (BP)	PAS ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg al ingreso	1 pt	1 pt
Clínica (Clinical features)	Debilidad unilateral	2 pts	2 pts
	Alteración del habla sin debilidad	1 pt	1 pt
Duración (Duration)	≥ 60 minutos	2 pts	2 pts
	10 a 59 minutos	1 pt	1 pt
Diabetes	Diagnóstico previo de Diabetes Mellitus	1 pt	1 pt
AIT Dual (Dual TIA)	AIT previo dentro de los últimos 7 días	N/A	2 pts
Imagen Vascular (CTA/MRA)	Estenosis carotídea ipsilateral ≥ 50%	N/A	2 pts
Imagen Cerebral (RM-DWI)	Hiperintensidad en secuencia de difusión (DWI)	N/A	2 pts

Categorización del Riesgo:

- AIT de Alto Riesgo:** Puntuación ABCD2 ≥ 4, o puntuación ABCD3-I ≥ 4, o presencia de AIT recurrente/dual, o estenosis sintomática vascular ≥50%, o lesión positiva en RM-DWI. Indicación prioritaria de DAPT e ingreso/evaluación urgente en Unidad de Ictus.
- AIT de Bajo Riesgo:** Puntuación ABCD2 de 0 a 3 sin estenosis vascular ni lesión en DWI. Tratamiento con monoterapia antiagregante y estudio ambulatorio rápido (<24h).

3. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN E IMAGEN EN URGENCIAS (<24 HORAS)

A. Resonancia Magnética Cerebral (RM / MRI) — Estándar de Oro (AHA 2023 & 2026):

- Secuencias Obligatorias:** Difusión (DWI), **FLAIR**, **T2*/SWI** (para descartar microsangrados) y **Angio-RM (MRA)** de cuello y cráneo.
- Rendimiento:** Posee una sensibilidad del 88-95% y especificidad del 95% para detectar isquemia focal hiperaguda, identificando lesiones en hasta el 40% de los AIT clínicos.
- Significado Pronóstico:** La positividad en DWI confirma necrosis tisular, reclasifica el evento a **Minor Stroke** e incrementa más de 6 veces el riesgo de recurrencia a 1 año.

B. Tomografía Computarizada Sin Contraste (NCCT) — Validez y Papel Inicial:

- **Función Indispensable:** Es la prueba inicial más rápida y accesible. Su función principal es **excluir Hemorragia Intracraneal (sICH)** e imitadores de ictus (*stroke mimics*) antes de iniciar antitrombóticos.
- **Validez Clínica cuando no hay RM:** Aunque la NCCT tiene baja sensibilidad (~4%) para isquemia precoz en AIT, **una NCCT normal con resolución sintomática dentro de las 24h es plenamente VÁLIDA para establecer el diagnóstico clínico e iniciar inmediatamente DAPT/anticoagulación**, evitando retrasos perjudiciales por falta de RM.

C. Tomografía Multimodal y Angio-TC de Cabeza y Cuello (CTA con Contraste) — Alternativa Inmediata:

- **Papel Diagnóstico:** Constituye la **alternativa inmediata más eficiente a la RM/MRA**. Se realiza en conjunto con la NCCT inicial.
- **Evaluación Vascular Completa:** Permite evaluar en minutos la vasculatura cervical e intracraneal, identificando estenosis carótideas sintomáticas (≥50-70%), placas ulceradas, disecciones vasculares y oclusiones de gran vaso (LVO).
- **Seguridad y TTP/CTP:** Es segura en urgencias sin necesidad de esperar resultados de creatinina sérica ('neuronas sobre nefronas'). Si se añade TC de perfusión (CTP), permite delimitar penumbra salvable si el paciente progresa a un ictus de ventana extendida.

D. Dúplex / Doppler de Vasos de Cuello (Carotídeo y Vertebral):

- **Utilidad Hemodinámica:** Evaluación no invasiva sin contraste ni radiación para el cribado de estenosis carotídea severa (70-99% sensibilidad 89%, especificidad 84%).
- **Indicación:** Permite definir la indicación urgente de **revascularización carotídea (CEA / CAS) dentro de los primeros 14 días**. Es la alternativa de elección cuando la CTA o MRA están contraindicadas (alergia a contraste o enfermedad renal previa).

E. Monitoreo Cardíaco, Laboratorio y Consulta Especializada:

- **ECG y Telemetría:** ECG de 12 derivaciones inmediato y telemetría continua para detección de Fibrilación Auricular (FA) paroxística. Programar Holter de 30 días si la causa no es aclarada.
- **Laboratorio de Emergencia:** Glucemia capilar inmediata (descartar hipo/hiperglucemia), Hemograma, Tiempos de Coagulación (PT/INR, aPTT), Función Renal y Perfil Lipídico.

4. CLARIFICACIÓN CONCEPTUAL: GUÍAS STROKE 2026 VS. ENSAYOS ELAN, OPTIMAS, TIMING Y CATALYST

ADVERTENCIA Y ACLARACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA:

1. Objeto de las Guías AHA/ASA 2026 de Ictus Isquémico Agudo (AIS): En su sección 4.9 (*Anticoagulants*, COR 2a, LOE A), las directrices de 2026 hacen referencia al momento de inicio de ACOD en pacientes con **Ictus Isquémico Agudo / Minor Stroke (infarto tisular demostrado)**, y **NO a pacientes con AIT / TIA Verdadero**.

2. Población de los Ensayos Pivotales (ELAN, OPTIMAS, TIMING y Meta-análisis CATALYST): Estos estudios se diseñaron y ejecutaron exclusivamente en pacientes con **STROKE ISQUÉMICO ESTABLECIDO Y FIBRILACIÓN AURICULAR**, es decir, pacientes cuyos síntomas **NO RETROCEDIERON** y que presentan un núcleo de infarto visible en la neuroimagen.

3. Razón Fisiopatológica de la Diferencia en el Momento de Anticoagulación:

- **En el Stroke Isquémico (Minor, Moderate, Major):** Existe daño tisular parenquimatosos con disrupción de la barrera hematoencefálica, lo que genera un riesgo real de transformación hemorrágica sintomática (sICH). Por ello, los ensayos ELAN/OPTIMAS y la guía 2026 estratificaron el reinicio del ACOD según la masa de infarto (regla de inicio precoz ≤4 días o esquema 1-3-6-12 días).
- **En el AIT Verdadero (TIA):** Al haber resolución sintomática completa y **RM-DWI negativa (ausencia de necrosis tisular)**, **NO EXISTE MASA DE INFARTO NI RIESGO DE sICH**. En consecuencia, la anticoagulación con ACOD **NO debe diferirse** y debe iniciarse de forma **INMEDIATA (<24–48 HORAS) desde el ingreso en Urgencias**, tal como indica la *Declaración Científica de AIT (AHA 2023)* y la *Guía de Prevención Secundaria (AHA 2021)*.

5. TERAPIA ANTIAGREGANTE DUAL (DAPT) EN AIT NO CARDIOEMBÓLICO

En pacientes con **AIT de Alto Riesgo (ABCD2 ≥ 4)** o **Ictus Isquémico Menor no cardioembólico (NIHSS ≤ 3)** que se presentan dentro de las primeras 12 a 24 horas desde el inicio de los síntomas, la *Declaración Científica AHA 2023* y las *Guías AHA/ASA 2026* recomiendan firmemente iniciar Terapia Antiagregante Dual (DAPT):

Esquema Terapéutico	Dosis de Carga (Día 1)	Dosis de Mantenimiento	Duración Obligatoria	Evidencia Pivotal
Aspirina + Clopidogrel (Esquema Estándar)	Aspirina 162–325 mg IV/VO + Clopidogrel 300 mg VO	Aspirina 75–81 mg/día + Clopidogrel 75 mg/día	21 Días (Monoterapia posterior)	Ensayos POINT & CHANCE (AHA COR 1, LOE A)

Aspirina + Ticagrelor (Estenosis / Alternativa)	Aspirina 75–100 mg VO + Ticagrelor 180 mg VO	Aspirina 75–100 mg/día + Ticagrelor 90 mg c/12h	30 Días (Monoterapia posterior)	Ensayo THALES (AHA COR 2a, LOE B-R)
Aspirina + Clopidogrel (Estenosis / INSPIRES)	Aspirina 100–300 mg VO + Clopidogrel 300 mg VO	Aspirina 100 mg/día + Clopidogrel 75 mg/día	21 Días (Hasta 72h de ventana)	Ensayo INSPIRES (AHA COR 2a, LOE B-R)

ADVERTENCIA DE SEGURIDAD EN DAPT: La Terapia Antiagregante Dual (AAS + Clopidogrel) **NO debe extenderse más allá de los 21 a 30 días**. Los ensayos POINT y CHANCE demostraron de forma contundente que prolongar la DAPT más de 21 días no aporta un beneficio adicional en la reducción de isquemia y en cambio incrementa significativamente el riesgo de hemorragia mayor y sangrado gastrointestinal.

6. MANEJO ANTE LA INSTALACIÓN DE SÍNTOMAS (TRANSICIÓN DE AIT A STROKE DE BRECHA)

Si un paciente en evaluación por AIT o bajo tratamiento secundario presenta una instalación o progresión de déficit neurológico persistente (transformación a Stroke Isquémico), se activa de inmediato el Código Stroke y se solicita TC simple de cráneo para descartar sangrado:

Tratamiento Previo al Evento	Fibrinólisis Intravenosa (Tenecteplase 0.25 mg/kg)	Trombectomía Mecánica (EVT en LVO)	Manejo Antitrombótico Post-Evento
Escenario A: Paciente bajo DAPT (AAS + Clopidogrel)	INDICADA Y SEGURA (Clase 1). El uso previo de antiagregantes simples o dobles NO contraindica la lisis química en ventana (<4.5h).	INDICADA (Clase 1). Proceder de inmediato si hay oclusión de ACI, M1 o Basilar. No demorar por la lisis.	Pausar antiagregantes por 24 horas post-lisis. Realizar TC de control a las 24h antes de reiniciar DAPT o monoterapia.
Escenario B: Paciente Anticoagulado (ACOD o Warfarina)	CONTRAINDICADA si ingirió ACOD en las últimas 48h o INR >1.7. <i>Excepción:</i> Reversión con Idarucizumab para Dabigatrán.	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN (Clase 1). La anticoagulación previa NO contraindica la EVT. Prioridad absoluta en LVO.	Pausar anticoagulante. Reevaluar extensión e iniciar ACOD según severidad del infarto (Regla ELAN / 1-3-6-12 días).
Escenario C: Paciente Naïve (Sin antitrombótico)	INDICADA (Clase 1). Tenecteplase 0.25 mg/kg en bolo rápido dentro de las 4.5 horas desde el nuevo inicio.	INDICADA (Clase 1). Trombectomía inmediata si se confirma Oclusión de Gran Vaso (LVO).	Iniciar antiagregación con Aspirina 160–325 mg a las 24 horas post-lisis tras descartar sangrado en la TC.

7. DAPT E INICIO DE TROMBOPROFILAXIS FARMACOLÓGICA (HBPM / ENOXAPARINA)

En pacientes hospitalizados con AIT de alto riesgo o Minor Stroke que se encuentran bajo Terapia Antiagregante Dual (DAPT) y que presentan movilidad reducida o reposo en cama, la profilaxis de Tromboembolismo Venoso (TEP / TVP) se rige por:

- **Compatibilidad y Seguridad:** La administración de dosis profilácticas de Heparina de Bajo Peso Molecular (**HBPM: Enoxaparina 40 mg SC c/24h**) o Heparina No Fraccionada (HNF 5000 U SC c/12h) es **plenamente segura y compatible con la DAPT** (Aspirina + Clopidogrel o Ticagrelor). No incrementa la tasa de transformación hemorrágica intracraneal.
- **Momento de Inicio:** Iniciar tempranamente (**dentro de las primeras 24 a 48 horas del ingreso**) tras confirmar ausencia de sangrado en la neuroimagen.
- **Tras Fibrinólisis Intravenosa:** Si el paciente recibió Tenecteplase o Alteplase por un evento de brecha, diferir la HBPM hasta cumplir las **24 horas post-trombolisis**.
- **Medidas Mecánicas:** Recomendar compresión neumática intermitente (CNI) desde el ingreso.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS OFICIALES (ESTILO VANCOUVER)

1. Amin HP, Madsen TE, Bravata DM, Wira CR, Johnston SC, et al; AHA Emergency Neurovascular Care Committee. Diagnosis, Workup, Risk Reduction of Transient Ischemic Attack in the Emergency Department Setting: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*. 2023;54(3):e109-e121.
2. Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrison KS, Adeoye O, Alexandrov AW, Yaghi S, et al. 2026 Guideline for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2026;57(3):e100-e250.
3. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, et al. 2021 Guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline from the AHA/ASA. *Stroke*. 2021;52(7):e364-e467.
4. Johnston SC, Easton JD, Farrant M, Barsan W, Conwit RA, Johnston KC, et al; POINT Investigators. Clopidogrel and aspirin in acute ischemic stroke or high-risk TIA. *N Engl J Med*. 2018;379(3):215-225.
5. Wang Y, Wang Y, Zhao X, Liu L, Wang D, Wang C, et al; CHANCE Investigators. Clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med*. 2013;369(1):11-19.
6. Johnston SC, Amarenco P, Denison H, Evans SR, Himmelmann A, James S, et al; THALES Investigators. Ticagrelor and aspirin or aspirin alone in acute ischemic stroke or TIA. *N Engl J Med*. 2020;383(3):207-217.
7. Gao Y, Chen W, Pan Y, et al; INSPIRES Investigators. Dual antiplatelet treatment up to 72 hours after ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2023;389(26):2413-2424.

8. Fischer U, Koga M, Strbian D, Branca M, Abend S, Trelle S, et al; ELAN Investigators. Early versus later anticoagulation for stroke with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2023;388(26):2411-2421.
9. Best JG, Arram L, Ahmed N, Bennett K, Cohen H, Coleman M, et al; OPTIMAS Investigators. Optimal timing of anticoagulation after acute ischaemic stroke with atrial fibrillation (OPTIMAS). *Lancet Neurol*. 2024;23(11):1100-1112.
10. Oldgren J, Asberg S, Aberg D, Hijazi Z, Wester P, Asa B, et al; TIMING Investigators. Early versus delayed non-vitamin K antagonist oral anticoagulant therapy after acute ischemic stroke in atrial fibrillation (TIMING). *Circulation*. 2022;146(14):1056-1066.