

*Jornadas de Primavera
de SEMES-Asturias*



Auditorio Príncipe Felipe.
Oviedo, Asturias.

22 de Abril de 2026

ASTUR+TIPS EN URGENCIAS



ASTUR+TIPS EN URGENCIAS

MANEJO DEL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO: Novedades Guías AHA/ASA 2026

María Castañón Apilánez
Servicio de Neurología - HUCA



Stroke

New online, 26 January 2026

<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000513>



AHA/ASA GUIDELINE

2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association

Actualización de las previas: 2018-2019

¿Qué aporta la guía AHA/ASA 2026?

VISIÓN GLOBAL

PREHOSPITALARIO

- **Traslados:** Drip&Ship vs. Mothership clarificado
- **Escalas de gran vaso** para decisión destino (I-BR)
- **Unidades Móviles de Ictus:** recomendación fuerte (I-A)

FIBRINOLISIS IV

- **TNK** 0.25 mg/kg: no inferior a rtPA, más rápido
- Fin de la barrera absoluta de **4.5h (imagen avanzada)**
- Ictus minor NO incapacitante: preferir DAPT

SOPORTE GENERAL

- **Posición cefálica**
- **Glucemia:** objetivo 140-180 mg/dL (no agresivo)
- **TA:** evitar descenso intensivo (<140 mmHg TAS)
- **Ictus pediátrico:** primeras recomendaciones

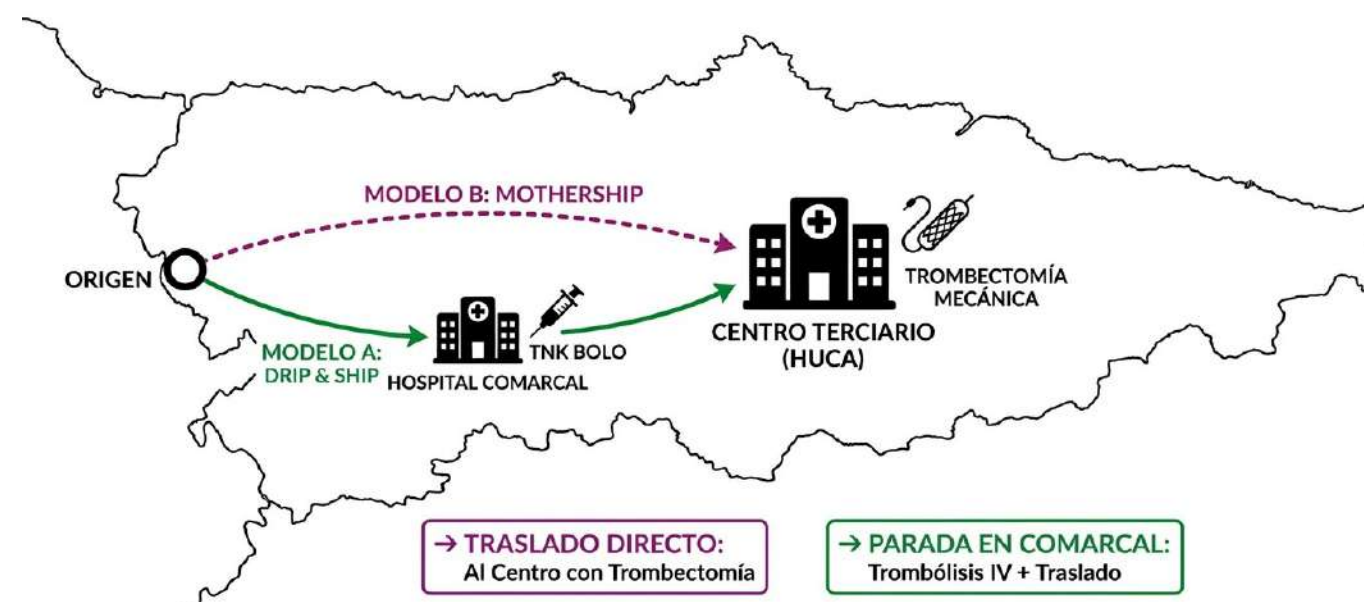
TROMBECTOMÍA

- **ASPECTS bajos (<6):** tratamiento en seleccionados
- **Ventanas extendidas 6-24h:** indicación ampliada
- **Basilar** con NIHSS ≥ 10 : TM en 24h
- Primeras recomendaciones para **vasos medianos** (MeVO)

MANEJO PREHOSPITALARIO

IDENTIFICACIÓN Y ACTIVACIÓN, UNIDADES MÓVILES DE ICTUS

TRASLADOS: ¿A QUÉ HOSPITAL LLEVO AL PACIENTE? MODELO MOTHER SHIP vs. DRIP AND SHIP



- Valorar: **oclusión de gran vaso (OGV) + "eficiencia local"**
 - Sospecha alta de OGV + sistema *mal* coordinado -> **MOTHER-SHIP**
 - Sospecha alta de OGV + sistema *bien* coordinado + distancia a centro 3º >45 minutos -> **DRIP&SHIP**

MANEJO PREHOSPITALARIO

IDENTIFICACIÓN Y ACTIVACIÓN, UNIDADES MÓVILES DE ICTUS

UNIDADES MÓVILES DE ICTUS (UMI)

Recomendación I-A. Cuando estén disponibles, los pacientes con sospecha de ictus agudo DEBEN ser trasladados en UMI frente a ambulancia convencional.



VALORACIÓN URGENTE Y SOPORTE GENERAL

ESCALAS/IMAGEN, POSICIÓN CEFÁLICA, GLUCEMIA, TA

ESCALAS DE VALORACIÓN, IMAGEN

- Se recomienda el uso de **escalas de valoración** del déficit neurológico (preferiblemente **NIHSS**) (I-BR).
- Las **pruebas de imagen: ASAP (25 minutos puerta-imagen)** y los hospitales deben desarrollar protocolos para reducir estos tiempos (I – BNR). TC multimodal o RM si ventana extendida o diagnóstico incierto.

POSICIÓN CEFÁLICA

- **No beneficio probado de 0° vs 30°** para pronóstico (3-BR)
- “Individualizar: 0° si sospecha hipoperfusión por estenosis arterial grave
- Mal manejo de secreciones, disnea...: priorizar posición semiincorporada

GLUCEMIA

- Hipoglucemia (<60): corregir siempre (I-CLD)
- Objetivo razonable: **140–180 mg/dL** (2a-CLD)
- **Control intensivo (80-130 mg/dL): NO recomendado** (3-A) ← NOVEDAD

TENSIÓN ARTERIAL

- Sin tto agudo/sin comorbilidades & <220/120: inicio de antiHTA primeras horas → no parece aportar beneficio (3-A).
- Para FIV: **PAS <185 y PAD <110** (I-BNR)
- Post-tto: Control **intensivo (<140 mmHg TAS) vs convencional (<180): NO recomendado** (3-BR)

TRATAMIENTO EN FASE AGUDA

FIBRINOLISIS INTRAVENOSA

TENECTEPLASA (TNK) · Metalyse®

**Dosis: 0.25 mg/kg en BOLO IV único
(máx. 25 mg)**

- No inferior a rtPA (ECASS-4, EXTEND-IA TNK, NOR-TEST 2...), seguridad similar.
- Administración más rápida y cómoda (bolo único)

ALTEPLASA (rtPA) · Actilyse®

Dosis: 0.9 mg/kg (10% bolo; resto 60 min; máx. 90 mg)

- Sigue siendo una opción válida (I-A)
- Referencia histórica de los ensayos clínicos
- Más compleja de administrar

INDICACIÓN CLÁSICA: ictus isquémico confirmado con déficit incapacitante, sin contraindicaciones

* **Déficit NO incapacitante: mejor doble antiagregación.**

FIN DE LA BARRERA ABSOLUTA DE 4.5 HORAS — con imagen avanzada (TC perfusión / RM)

Se puede valorar >4.5 horas en casos seleccionados

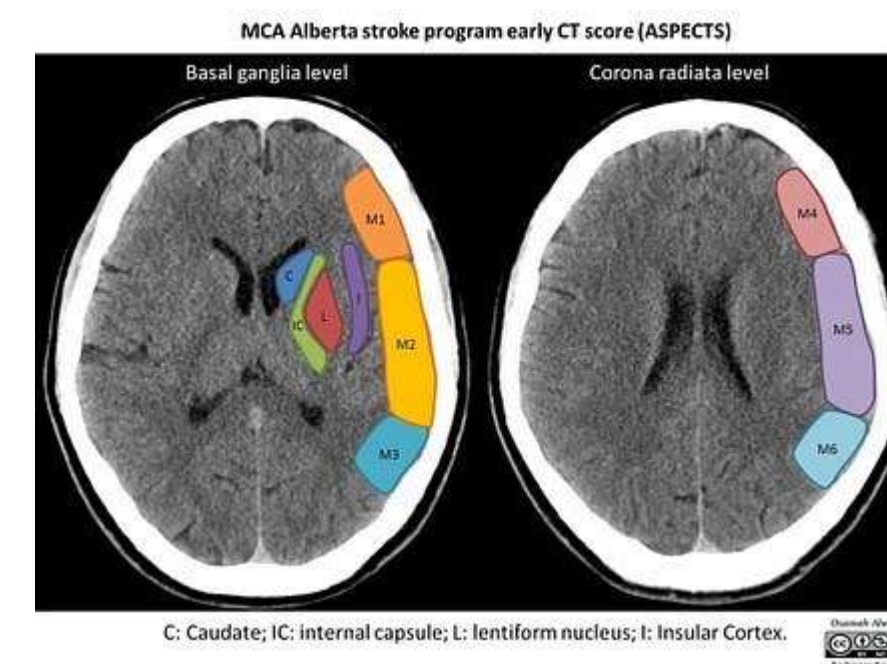
TRATAMIENTO EN FASE AGUDA

TROMBECTOMÍA MECÁNICA

Desde 2018: **ASPECTS ≥ 6** + **ventana 0-6h** en ACM-M1/TICA como estándar. La guía 2026 **amplía** el perfil de pacientes.

FIN DE LA BARRERA DEL ASPECTS 6 Y DEL TIEMPO (VENTANAS EXTENDIDAS)

- **ASPECTS “bajos” (3-5)** → trombectomía en las primeras 6 horas.
- **Ventanas extendidas (>6 horas)** → trombectomía en casos seleccionados.



RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN “NUEVOS TERRITORIOS”: BASILAR Y VASOS MEDIANOS

- **Arteria basilar:** TM indicación 1-A (NIHSS >10 en las primeras 24 horas)
- **Vasos medianos:** TM si oclusión M2 proximal y dominante.



NUEVAS RECOMENDACIONES EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

La guía 2026 incorpora por **primera vez recomendaciones específicas para el manejo del ictus en edad pediátrica.**

DIAGNÓSTICO

- Desarrollar escalas de valoración del ictus en niños.
- Imagen preferida: **RM**. Si no disponible: angioTC

FIBRINÓLISIS IV PEDIÁTRICA

- **Alteplasa segura en >28 días** de vida, pero beneficio desconocido (2b)
- TNK: sin evidencia suficiente en pediatría

TROMBECTOMÍA MECÁNICA PEDIÁTRICA

- **≥6 años con OGV: TM segura**, preferiblemente en centros expertos (2a)
- 28 días – 6 años: evidencia menor, podría ser razonable en casos seleccionados (2b)

MENSAJES PARA LLEVAR A CASA

1

Unidades móviles de ictus cuando estén disponibles

2

Traslados: adaptar a geografía y sistema local.

3

Glucemia y TA: manejo “agresivo” no beneficioso.
Cabecero 0º no beneficio

4

TNK 0.25 mg/kg en bolo: no inferior a rtPA, más cómodo.

5

Ventanas extendidas fibrinólisis: posibles con imagen avanzada (TC perfusión/RM).

6

Ictus minor **NO** incapacitante → **DAPT** (AAS + clopidogrel).

7

TM: ASPECTS bajos (3-5) y ventanas 6-24h son tratables en casos seleccionados.

8

Basilar con NIHSS ≥ 10 en 24h: TM recomendada; Vasos **medianos**.

9

Primeras recomendaciones en guía en **ictus pediátrico**



GRACIAS



ASTUR+TIPS
EN URGENCIAS

VALORACIÓN URGENTE Y SOPORTE GENERAL

TENSIÓN ARTERIAL

SIN tratamiento reperfusor · SIN comorbilidad urgente

- Tratamiento HTA en agudo se recomienda si comorbilidades que lo requieran.
- En general, **PA <220/120**: el inicio de antihipertensivos en 48-72h no mejora resultados en muerte/dependencia (3-A)

PRE tratamiento reperfusor (FIV o TM)

- Para FIV: **PAS <185 y PAD <110** (I-BNR)
- Para TM: razonable mantener TA <185/110 (2a-BNR)

POST IVT / Trombectomía (primeras 24h)

- Objetivo **<180/105** mmHg al menos las primeras 24h (I-BR)
- Control **intensivo (<140 mmHg TAS) vs convencional (<180): NO recomendado** (3-BR) ← NOVEDAD

TRATAMIENTO EN FASE AGUDA

FIBRINOLISIS INTRAVENOSA

TENECTEPLASA (TNK) · Metalyse®

**Dosis: 0.25 mg/kg en BOLO IV único
(máx. 25 mg)**

- No inferior a rtPA (ECASS-4, EXTEND-IA TNK, NOR-TEST 2...), seguridad similar.
- Administración más rápida y cómoda (bolo único)

ALTEPLASA (rtPA) · Actilyse®

Dosis: 0.9 mg/kg (10% bolo; resto 60 min; máx. 90 mg)

- Sigue siendo una opción válida (I-A)
- Referencia histórica de los ensayos clínicos
- Más compleja de administrar

INDICACIÓN CLÁSICA: ictus isquémico confirmado con déficit incapacitante, sin contraindicaciones

* **Déficit NO incapacitante: mejor doble antiagregación.**

The following deficits would typically be considered clearly disabling:

Complete hemianopsia (≥ 2 on the NIHSS "vision" question)
Severe aphasia (≥ 2 on the NIHSS "best language" question)
Severe hemi-attention or extinction to >1 modality (≥ 2 on the NIHSS "extinction and inattention" question)
Any weakness limiting sustained effort against gravity (≥ 2 on the NIHSS "motor" questions)

The following deficits may not be clearly disabling in an individual patient:

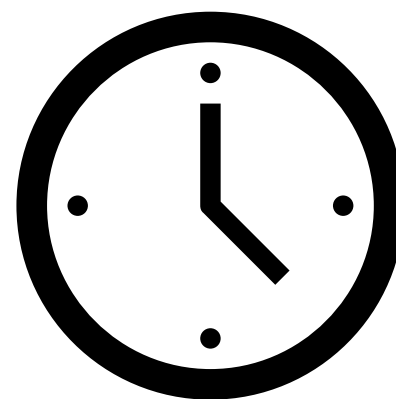
Isolated mild aphasia (but still able to communicate meaningfully)
Isolated facial droop
Mild cortical hand weakness (especially nondominant, NIHSS score, 0)
Mild hemimotor loss
Hemisensory loss
Mild hemisensorimotor loss
Mild hemiataxia (but can still ambulate)

TRATAMIENTO EN FASE AGUDA

FIBRINOLISIS INTRAVENOSA

FIN DE LA BARRERA ABSOLUTA DE 4.5 HORAS — con imagen avanzada (TC perfusión / RM)

- Inicio **desconocido**, síntomas detectados en las primeras 4.5 horas
- **Ictus del despertar** en las primeras **9 h del punto medio del sueño** (ej: se acuesta a las 22h, se despierta a las 6h. Punto medio: 2 am --> podría considerarse FIV en las 9 h siguientes: hasta las 11 am)
- **Última vez visto bien hace 4.5-9 h**
- Oclusión de gran vaso y síntomas **hasta 24h** --> preferible TEV.



* Código ictus Asturias: 4.5 horas.

TRATAMIENTO EN FASE AGUDA

TROMBECTOMÍA MECÁNICA

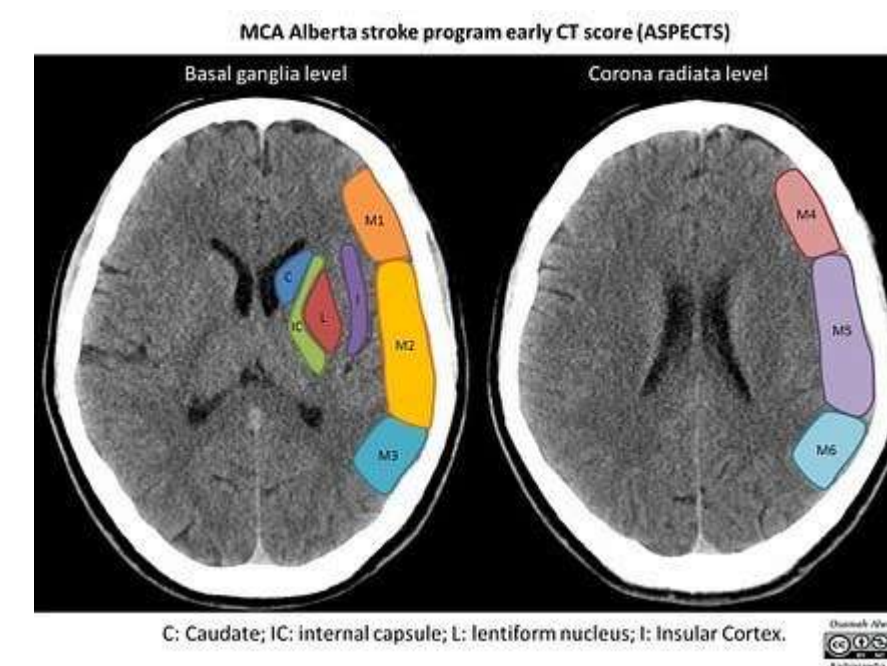
Desde 2018: **ASPECTS ≥ 6 + ventana 0-6h** en ACM-M1/TICA como estándar. La guía 2026 **amplía** el perfil de pacientes.

FIN DE LA BARRERA DEL ASPECTS 6 Y DEL TIEMPO (VENTANAS EXTENDIDAS)

- ASPECTS “bajos” (3-5) → trombectomía en las primeras 6 horas.
- Ventanas extendidas (>6 horas) → trombectomía en casos seleccionados.

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN “NUEVOS TERRITORIOS”: BASILAR Y VASOS MEDIANOS

- **Arteria basilar:** TM indicación 1A (NIHSS >10 en las primeras 24 horas)
- **Vasos medianos:** TM si oclusión M2 proximal y dominante.



INDICACIONES NUEVAS

- 0-6 horas, ASPECTS 3-10**
 - NIHSS ≥ 6 , oclusión ACM-M1/TICA, mRS 0-1
- 6-24 horas, ASPECTS 6-10**
 - NIHSS ≥ 6 , oclusión ACM-M1/TICA, mRS 0-1
- 6-24 horas, ASPECTS 3-5**
 - Pacientes seleccionados (<80a, sin insuf.renal, sin HTA, refractaria, sin comorbilidad psiquiátrica, esperanza vida >3m) con NIHSS ≥ 6 , oclusión ACM-M1/TICA, mRS 0-1

Todo lo demás, recomendaciones "débiles" (ASPECTS 0-2 en primeras 6 horas, mRS >1)

TRATAMIENTO EN FASE AGUDA

TROMBECTOMÍA MECÁNICA

TROMBECTOMÍA EN ARTERIA BASILAR

- **NIHSS >10, pc-ASPECTS ≥ 6 , mRS 0-1, en las primeras 24h** $\rightarrow$ TM (I-A) **NUEVA RECOMENDACIÓN**
- NIHSS 6-9: evidencia insuficiente, beneficio incierto (2b-BR)



VASOS MEDIANOS (MeVO)

- **ACM-M2 DOMINANTE y proximal:** si NIHSS ≥ 6 , mRS 0-1, ASPECTS $\geq 6 \rightarrow$ TM razonable (2a-BNR)
- ACM-M2 no dominante, ramas ACA, ACP distales: **NO recomendado**

