

EVC isquémico agudo

Tiempo es cerebro. La secuencia no cambia: déficit súbito → tomografía para descartar hemorragia → reperusión si está en ventana. Cada minuto sin flujo cuesta neuronas que no vuelven.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·
@davidrojas_medicinainterna

Basado en: guía AHA/ASA 2026 para el manejo temprano del EVC isquémico agudo (Stroke 2026), con la revisión Lancet 2024 y la prevención secundaria del ictus (NEJM 2026).

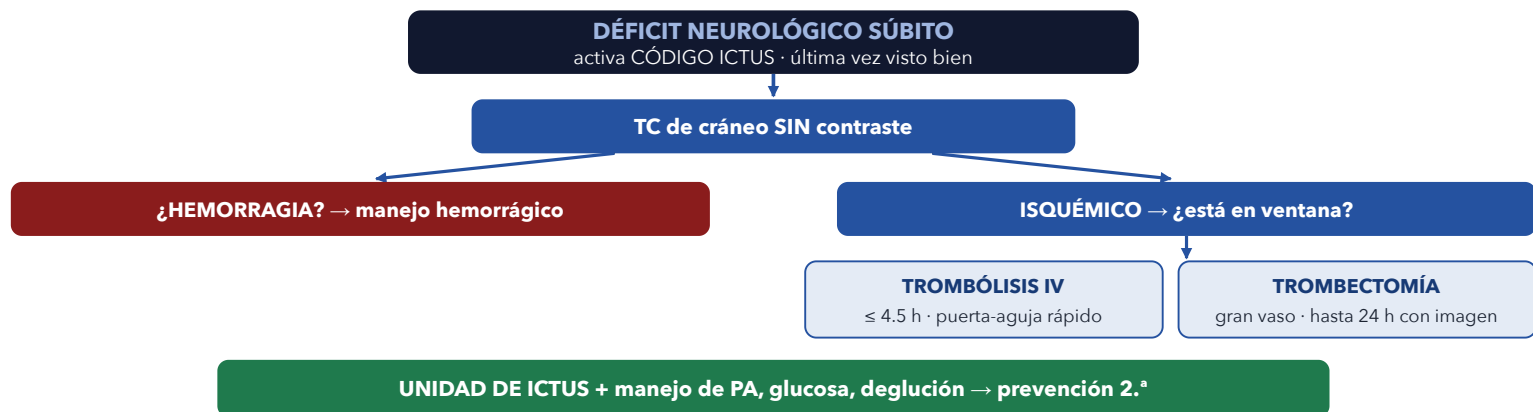
- 01 Tiempo es cerebro
- 02 La vía del EVC agudo
- 03 Reconocer y cronometrar
- 04 Imagen
- 05 Trombólisis IV
- 06 Trombectomía
- 07 Manejo en agudo
- 08 Prevención secundaria
- 09 Síndromes por territorio
- 10 Mímicos y complicaciones
- 11 NIHSS y escenarios
- 12 Novedades AHA/ASA 2026
- 13 Lo que sí funciona
- 14 Para llevar a la guardia

01 Tiempo es cerebro

CAJA DE DECISIÓN

Ante un **déficit neurológico focal súbito**, activa el **código ictus**: lo primero es una **TC de cráneo sin contraste** para **descartar hemorragia**. Si es **isquémico** y está **en ventana**, ofrece **reperusión – trombólisis intravenosa** y/o **trombectomía** en la oclusión de gran vaso. En paralelo: presión, glucosa, deglución y **unidad de ictus**. La meta es **minimizar el tiempo** hasta el flujo.

02 La vía del EVC agudo



Vía del EVC isquémico agudo recreada por Sala·7. La TC sin contraste no «diagnostica» el infarto precoz: sirve para **descartar hemorragia** antes de reperfundir.

03 Reconocer y cronometrar

- **BE-FAST**: Balance, Eyes (visión), Face, Arm, Speech, Time. Un déficit focal súbito es un ictus hasta probar lo contrario.
- Establece la **«última vez visto bien»**: es el reloj que define la elegibilidad para reperusión. Glucemia capilar de inmediato (la **hipoglucemia** imita el ictus). No retrases la TC por estudios innecesarios.

04 Imagen

- **TC sin contraste**: descarta **hemorragia**; el infarto isquémico **muy precoz puede verse normal**, y eso **no** contraindica la trombólisis.
- **Angio-TC** para detectar la **oclusión de gran vaso** (candidato a trombectomía) y **TC de perfusión** (o RM) para seleccionar a quienes se benefician en la **ventana extendida**.

05 Reperusión: trombólisis IV

CUANTO ANTES, MEJOR

Alteplasa o tenecteplasa dentro de **4.5 h** del inicio en el paciente elegible, con **puerta-aguja** lo más corto posible. Exige **PA < 185/110** antes de iniciar. Contraindicaciones: **hemorragia** (actual o intracraneal previa), cirugía/trauma reciente mayor, **INR alto o plaquetas bajas**, glucosa muy baja o alta, déficit que mejora rápido y trivial. Vigila el deterioro (hemorragia) tras administrarla.

06 Reperusión: trombectomía

- **Trombectomía mecánica** en la **oclusión de gran vaso** de la circulación anterior: estándar hasta **6 h**, y **hasta 24 h** en pacientes seleccionados por **imagen de perfusión/mismatch** (núcleo pequeño, penumbra grande).
- Requiere un **centro con capacidad** de neurointervención; coordina el traslado **sin perder tiempo** (la trombólisis IV, si procede, no debe retrasar el traslado a trombectomía).

07 Manejo en agudo

- **Presión arterial: permisiva** si no se reperfunde (no la bajas salvo **> 220/120** o emergencia hipertensiva); **< 185/110** si se va a trombolizar o trombectomizar, y control estricto después.
- Controla **glucosa y temperatura**, haz **cribado de deglución** antes de la vía oral (riesgo de aspiración), da **profilaxis de TVP** y maneja en **unidad de ictus** (mejora el desenlace).

08 Prevención secundaria

- **Por mecanismo: cardioembólico (FA) → anticoagulación (DOAC); aterotrombótico/lacunar → antiagregante + estatina de alta intensidad; estenosis carotídea** sintomática significativa → revascularización (endarterectomía/stent).
- En el **EVC menor o AIT de alto riesgo, doble antiagregación breve** (ver AIT). Controla los **factores de riesgo** (PA, lípidos, diabetes, tabaco) y rehabilita temprano.

09 Síndromes por territorio

Territorio	Clínica orientativa
Cerebral media (ACM)	Déficit cara y brazo > pierna , afasia (izq) o negligencia (der), hemianopsia
Cerebral anterior (ACA)	Debilidad de la pierna > brazo
Circulación posterior	Vértigo, diplopía, disartria, ataxia , déficit crucado , alteración visual
Lacunar	Motor puro o sensitivo puro, sin afasia ni alteración visual

10 Mímicos y complicaciones

- **Mímicos del ictus: hipoglucemia** (mide siempre la glucosa), crisis con parálisis de Todd, migraña con aura, trastorno conversivo, y encefalopatía metabólica/séptica. Diferenciarlos evita trombolizar al que no lo necesita.
- **Complicaciones: transformación hemorrágica** (deterioro súbito tras reperusión → TC), **edema maligno** de la ACM (puede requerir **craniectomía descompresiva**), crisis convulsivas y **aspiración**. Vigila el nivel de conciencia y la vía aérea.

11 NIHSS y escenarios especiales

- La **escala NIHSS** cuantifica la gravedad del déficit: orienta la **decisión de reperusión**, el pronóstico y el seguimiento. Un NIHSS alto con oclusión de gran vaso es el perfil que más se beneficia de la trombectomía.
- **Ictus del despertar** («wake-up stroke») o de hora incierta: la **imagen avanzada** (mismatch en RM/perfusión) puede seleccionar a quién trombolizar o trombectomizar aunque no se conozca la hora exacta.
- **No olvides** que un déficit que **fluctúa o se resuelve** rápido puede ser un **AIT** (riesgo alto de ictus inminente → estudio urgente; ver su resumen).

12 Novedades de la guía AHA/ASA 2026

LO QUE ESTRENA LA GUÍA 2026

Alteplasa o tenecteplasa (0.25 mg/kg, bolo único) quedan **igualmente avaladas** en la ventana de 4.5 h; ante un **déficit incapacitante**, tromboliza **sin importar el NIHSS** y sin esperar imagen avanzada. La **ventana extendida** (inicio incierto o 4.5-9 h) se abre con **imagen avanzada** (mismatch DWI-FLAIR o perfusión).

- **Trombectomía ampliada:** recomendación **fuerte** en **oclusión de la basilar** (≤ 24 h), y soporte para el **núcleo grande** y la ventana **6-24 h** con tejido salvable.
- **Déficit NO incapacitante** (p. ej. sensitivo aislado) en 4.5 h: la trombólisis **no aporta** → **doble antiagregación**. Y **no** añadas antitrombóticos adyuvantes (argatrobán, eptifibatida): no mejoran el resultado.
- **Tras reperfundir, no bajas de más:** la sistólica **< 140 no** se recomienda ni con reperusión completa. Las **unidades móviles de ictus** y el traslado directo al centro con trombectomía recortan tiempos.

LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST DEL EVC AGUDO

- ✓ Código ictus + **TC sin contraste** para **descartar hemorragia**.
- ✓ **Última vez visto bien** + glucemia (descarta hipoglucemia).
- ✓ **Trombólisis IV \leq 4.5 h** (PA < 185/110); **trombectomía** en gran vaso hasta 24 h con imagen.
- ✓ PA **permisiva** si no reperfundió; estricta si trombólisis/trombectomía.
- ✓ **Deglución** antes de la VO; **unidad de ictus**.
- ✓ Prevención 2.^a **por mecanismo** (FA → DOAC; ateroma → antiagregante + estatina).

PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- Déficit súbito = ictus; **TC sin contraste** primero (¿hemorragia?).
- El reloj manda: **trombólisis \leq 4.5 h**, trombectomía hasta 24 h con imagen.
- Un infarto precoz **normal en la TC** NO contraindica la trombólisis.
- PA **permisiva** salvo > 220/120 o si vas a reperfundir (< 185/110).
- Prevención 2.^a **por mecanismo**; rehabilitación temprana.