

Manejo del Ictus Agudo en Pacientes bajo Tratamiento Antitrombótico

GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA Y LISTA DE VERIFICACIÓN - PROTOCOLOS DE REPERFUSIÓN AHA/ASA 2026

La evaluación y toma de decisiones terapéuticas para el accidente cerebrovascular isquémico agudo (AIS) en pacientes que ya se encuentran bajo regímenes antitrombóticos (antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes orales indirectos o directos) representan uno de los mayores desafíos logísticos y clínicos en la medicina de urgencias. La **Guía AHA/ASA 2026** proporciona un marco estructurado que busca equilibrar el beneficio indiscutible de la reperfusión con el riesgo potencial de hemorragia intracraneal sintomática (sICH). Este manual y lista de actuación clínica detallan la conducta médica a seguir según los diferentes escenarios farmacológicos.

REGLA DE ORO DE SEGURIDAD (AHA/ASA 2026): No se debe retrasar la administración de la trombólisis intravenosa (IVT) para esperar los resultados de las pruebas de coagulación o recuento de plaquetas de laboratorio, **A MENOS** que exista una sospecha clínica fundada de coagulopatía o trombocitopenia activa, o que el paciente reciba de forma conocida anticoagulantes orales (AVK o ACODs).

1. EVALUACIÓN INICIAL Y TRIAGE DE INGRESO (CHECKLIST)

- **Activación Inmediata de Código Ictus:** Activar el protocolo intrahospitalario coordinado para minimizar las demoras tiempo-dependientes.
- **Comprobación del Historial Antitrombótico:** Interrogar activamente al paciente, familiares o comprobar registros electrónicos. Determinar: fármaco exacto, dosis, indicación y **hora exacta de la última toma**.
- **Extracción de Muestras Críticas:** Solicitar de forma prioritaria en tubo con tapón azul/morado: Recuento de plaquetas, INR, tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial activada (aPTT) y creatinina sérica.
- **Exclusividad de Acceso Vascular:** Evitar punciones arteriales no compresibles o punciones lumbares recientes en los últimos 7 días previos.
- **Adquisición de Neuroimagen Urgente:** Realizar tomografía computarizada sin contraste (NCCT) o resonancia magnética (RM) cerebral de inmediato (meta <25 minutos) para descartar de forma absoluta sangrado intracraneal activo o hipodensidades francas extensas.

2. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES BAJO ANTIAGREGACIÓN

El tratamiento previo con un único antiagregante plaquetario (ej. aspirina o clopidogrel) o con terapia antiagregante plaquetaria dual (DAPT, ej. aspirina + clopidogrel o aspirina + ticagrelor) **NO constituye una contraindicación** para la administración de fibrinolíticos intravenosos dentro de la ventana de 4.5 horas.

- **Recomendación de Reperfusión (Clase 1, LOE B-NR):** Se recomienda administrar fibrinolíticos intravenosos (Tenecteplase 0.25 mg/kg o Alteplase 0.9 mg/kg) en pacientes elegibles que reciben monoterapia o DAPT de forma previa.
- **Riesgo vs. Beneficio Clínico:** Aunque el uso de antiagregantes incrementa de forma modesta el riesgo absoluto de sufrir una hemorragia intracraneal sintomática (sICH) (0.9% en monoterapia; 1.2% en DAPT), el beneficio de la reperfusión (~8% absoluto de incremento en independencia funcional a 3 meses) supera ampliamente dicho riesgo.
- **Contraindicación de Uso Temprano Adyuvante (Clase 3: Daño, LOE B-R):** Se prohíbe terminantemente administrar aspirina por vía intravenosa de manera concurrente o dentro de los primeros 90 minutos de iniciada la IVT, dado que eleva drásticamente el riesgo de hemorragia sin aportar ningún beneficio clínico.
- **Planificación Post-Lisis:** Posponer la administración de aspirina o cualquier otro antiagregante hasta completar las 24 horas del bolo fibrinolítico, previa adquisición de una neuroimagen de control de 24 horas que descarte la presencia de transformaciones hemorrágicas.

3. PROTOCOLO PARA PACIENTES BAJO ANTICOAGULANTES ORALES INDIRECTOS (AVK)

Los pacientes tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK, ej. warfarina o acenocumarol) tienen un riesgo significativamente elevado de hemorragia grave tras la lisis. Su manejo exige la confirmación analítica estricta del nivel de anticoagulación antes de decidir la infusión.

- **Espera Obligada de Laboratorio:** A diferencia de la población general, en pacientes que toman AVK es **obligatorio esperar el resultado del INR** antes de iniciar la infusión de fibrinolíticos.
- **Contraindicación Absoluta por Coagulopatía (Clase 3: Daño, LOE B-NR):** La lisis intravenosa está estrictamente contraindicada si el **INR es superior a 1.7**, si el tiempo de protrombina (**PT > 15 s**) o el tiempo de tromboplastina parcial activada (**aPTT > 40 s**) están alterados, o ante un recuento de plaquetas **menor a 100,000/mm³**.
- **Conducta ante INR ELEGIBLE (INR ≤ 1.7):** Si el resultado analítico demuestra de forma confiable un INR menor o igual a 1.7 y el paciente no tiene otras contraindicaciones, la IVT es razonable y segura.
- **Alternativa Intervencionista Directa (EVT):** Si el paciente presenta un INR > 1.7 y se demuestra la presencia de una oclusión de gran vaso (LVO), se debe priorizar la transferencia inmediata a la sala de angiografía para realizar trombectomía mecánica de forma directa, obviando la lisis intravenosa.

4. PROTOCOLO PARA PACIENTES BAJO ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS (ACOD / DOAC)

Los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD, ej. apixabán, rivaroxabán, edoxabán, dabigatrán) presentan un perfil de aclaramiento metabólico rápido, pero su presencia activa en plasma durante las primeras 48 horas incrementa drásticamente el riesgo de sICH. La actualización de la guía AHA/ASA 2026 establece que la exposición reciente es una **Contraindicación Relativa (Precaución Moderada)**, exigiendo un análisis individualizado estricto.

- **Determinar la hora de la última dosis:** Si la última toma conocida fue de forma comprobada **hace más de 48 horas** (y el aclaramiento de creatinina es normal), el riesgo de sICH es bajo y la IVT puede considerarse segura de forma estándar.
- **Evaluar la severidad del Ictus (Escala NIHSS):** Un déficit neurológico de alta severidad que cause una discapacidad profunda (NIHSS alto) incrementa el peso del beneficio de la reperusión, justificando un análisis más laxo del riesgo hemorrágico frente a infartos menores.
- **Verificar la función renal del paciente (Aclaramiento de Creatinina):** Es un factor de decisión crítico, especialmente para **Dabigatrán** (con una eliminación de origen renal superior al 80%), ya que la insuficiencia renal crónica prolonga sustancialmente la vida media activa del anticoagulante.
- **Evaluar la disponibilidad de Agentes de Reversión (Antídotos específicos):**
 - **Dabigatrán:** Se dispone de **Idarucizumab** (Praxbind) 5g IV (en dos dosis de 2.5g). Tras su infusión y reversión completa, es seguro proceder de forma inmediata con la administración de IVT dentro de las 4.5 horas.
 - **Inhibidores del Factor Xa (Apixabán/Rivaroxabán):** Se dispone de **Andexanet Alfa** (Anndexxa) o concentrados de complejo protrombínico (PCC). La lisis posterior a Andexanet alfa requiere una evaluación crítica muy estrecha por el perfil protrombótico secundario.
- **Evaluar la disponibilidad de Pruebas de Ensayo de Coagulación Específicas:** Si el centro dispone de pruebas rápidas (ej. actividad anti-Xa calibrada para inhibidores de Xa, o tiempo de trombina diluida [dTT]/tiempo de coagulación de ecarina [ECT] para Dabigatrán), un nivel plasmático documentado **menor a 30-50 ng/mL** avala la lisis segura.
- **Evaluar la elegibilidad para Trombectomía Mecánica Directa (EVT):** Si se demuestra una oclusión de gran vaso anterior y el centro dispone de recursos de cateterismo vascular urgente, el paciente debe ser dirigido de manera directa a EVT sin recibir lisis farmacológica sistémica para anular el riesgo hemorrágico.

5. ALGORITMO DECISIONAL CLÍNICO INTEGRADO

El siguiente algoritmo matricial resume la secuencia de decisiones clínicas requeridas en el servicio de urgencias ante un paciente con sospecha de ictus agudo e historial de terapia antitrombótica:

Fármaco / Régimen	Acción de Triage / Requisito	Criterio de Elegibilidad para IVT	Alternativa / Manejo Seguro
Antiagregantes • Aspirina • Clopidogrel • Ticagrelor (DAPT)	NO demorar la infusión para esperar laboratorios.	Elegible de forma estándar. El beneficio neto de la lisis supera con creces el pequeño riesgo de sICH.	Evitar aspirina IV concurrente o dentro de los primeros 90 min de la lisis. DAPT por 21 días posterior a neuroimagen.
Antagonistas Vit. K • Warfarina • Acenocumarol	Espera obligada del resultado de INR.	Elegible si INR <= 1.7. Contraindicado si INR > 1.7 o plaquetas <100K.	Si INR > 1.7 y presenta oclusión de gran vaso (LVO), priorizar trombectomía mecánica (EVT) de forma directa.
ACOD / DOAC • Dabigatrán (Ila) • Apixabán/Rivaroxabán (Xa)	Determinar hora de última dosis, CrCl, y disponibilidad de antídotos.	Elegible si última toma > 48h o pruebas de laboratorio específicas negativas (<30 ng/mL).	Si última toma < 48h (Contraindicación relativa): • Dabigatrán: Reversión con Idarucizumab 5g IV. • LVO: EVT directa.
Heparinas • HNF (Infusión) • HBPM (Dosis plena)	Medir de forma obligatoria el aPTT.	Contraindicado ante aPTT prolongado o dosis plena reciente de HBPM (<24 horas).	Si se confirma oclusión de gran vaso (LVO), derivar de inmediato a trombectomía mecánica (EVT) directa.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE SOPORTE (AHA/ASA 2026)

[1] Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrison KS, 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:e•••–e•••. doi: 10.1161/STR.0000000000000513.

[2] Meinel TR, Wilson D, Gensicke H, Scheitz JF, Ringleb P, et al. Intravenous thrombolysis in patients with ischemic stroke and recent ingestion of direct oral anticoagulants. *JAMA Neurol*. 2023;80:233–243. doi: 10.1001/jamaneurol.2022.4782.

[3] Kam W, Holmes DN, Hernandez AF, Saver JL, Fonarow GC, et al. Association of recent use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants with intracranial hemorrhage among patients with acute ischemic stroke treated with alteplase. *JAMA*. 2022;327:760–771. doi: 10.1001/jama.2022.0948.

[4] Johnston SC, Easton JD, Farrant M, POINT Investigators. Clopidogrel and aspirin in acute ischemic stroke and high-risk TIA. *N Engl J Med*. 2018;379:215–225. doi: 10.1056/NEJMoa1800410.

[5] Gao Y, Chen W, Pan Y, INSPIRES Investigators. Dual antiplatelet treatment up to 72 hours after ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2023;389:2413–2424. doi: 10.1056/NEJMoa2309137.