Preguntas para responder

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Definición y clasificaciones

1 ¿Cuál es la definición y nomenclatura de las enfermedades cerebrovasculares?
2 ¿Cuál es la clasificación de las enfermedades cerebrovasculares?

Diagnóstico clínico del ictus

3 ¿Cuáles son los criterios de sospecha en el ictus?
4 ¿Qué datos debe recoger la historia clínica? ¿Qué datos se deben enviar a atención especializada?
5 ¿Qué exploraciones deben hacerse ante la sospecha de ictus?
6 ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta?
7 ¿Son útiles las escalas prehospitalarias en el entorno de Atención Primaria (AP) (consulta presencial y telefónica)?

Manejo prehospitalario del ictus agudo

8 ¿Qué medidas prioritarias deben tomarse inicialmente en un paciente con sospecha de ictus? ¿Debe activarse el código ictus? ¿Donde deben ser trasladados los pacientes?
9 ¿Cuál debe ser el manejo de la presión arterial (PA) en un paciente con sospecha de ictus agudo? ¿A partir de qué cifras debe tratarse la hipertensión arterial (HTA)? ¿Qué fármacos deben emplearse?
10 ¿Mejora la morbimortalidad el control de la glucemia? ¿A partir de qué cifras debe tratarse la hiperglucemia?
11 ¿Debe administrarse O2 suplementario a los pacientes con sospecha de ictus agudo? ¿Con qué saturación?
12 ¿Debe administrarse antiagregantes a los pacientes con sospecha de ictus agudo?
13 ¿Debe administrarse fluidos i.v.? ¿Qué tipo de fluidos?

Manejo del ictus comunicado

14 ¿Debe ser evaluado de manera urgente en Atención Especializada un paciente con sospecha de AIT o ictus estable que refiere el episodio agudo hace más de 48 horas?

Manejo del ictus tras el alta hospitalaria

15 ¿Cómo debe programarse el seguimiento de los pacientes que han sufrido un ictus tras el alta hospitalaria?
16 ¿Qué medidas generales referentes a la rehabilitación se deben tener en cuenta tras, un ictus?
17 ¿Cuáles son las secuelas y complicaciones más frecuentes en aquellos pacientes que han sufrido un ictus?

18 ¿Qué déficits y alteraciones físicas deben valorarse?
19 ¿Es eficaz el tratamiento de la espasticidad mediante fármacos orales? ¿Qué fármacos pueden emplearse?
20 ¿Cómo debe ser el manejo del hombro doloroso?
21 ¿Qué fármacos son eficaces en el tratamiento del dolor central postictus?
22 ¿Cómo debe manejarse la disfagia en pacientes que han sufrido un ictus? ¿Cómo debe ser la dieta de un paciente con disfagia alimentado por vía oral? ¿Qué tipo de sonda (nasogástrica o mediante gastrostomía) es más apropiada para pacientes disfágicos que requieren nutrición enteral?
23 ¿Qué estrategias y medidas deben adoptarse para prevenir las caídas y consecuencias de éstas en los pacientes que han sufrido un ictus?
24 ¿Debe realizarse un cribado de alteraciones del humor en pacientes que han sufrido un ictus? ¿son eficaces la psicoterapia y/o los antidepresivos en la prevención y tratamiento de la depresión, ansiedad y labilidad emocional?
25 ¿Debe realizarse un cribado de deterioro cognitivo en pacientes que han sufrido un ictus? ¿Es eficaz la rehabilitación cognitiva como terapia en pacientes que han sufrido un ictus y presentan deterioro cognitivo?
26 ¿Debe realizarse una valoración de la independencia para las Actividades de la Vida Diaria en aquellos pacientes que han sufrido un ictus? ¿Es eficaz la terapia ocupacional en la mejoría de la independencia para las actividades de la vida diaria en pacientes que han sufrido un ictus?
27 ¿Qué consejos sobre sexualidad, conducción y vuelta al trabajo se debe proporcionar a aquellos pacientes que han sufrido un ictus?
28 ¿Cuales son los diagnósticos enfermeros relacionados con el ictus? ¿Qué intervenciones enfermeras requieren y cómo se miden los resultados?

Información / Comunicación al paciente

29 ¿Cuál es la información básica que se debe proporcionar a los pacientes con ictus?
30 ¿Cómo se debe proporcionar la información a pacientes y cuidadores?

Estrategias diagnósticas y terapéuticas- algoritmo

31 ¿Cuáles son los pasos a seguir ante la sospecha de ictus?
32 ¿Cuáles son los criterios de derivación de los ictus (ictus agudo/comunicado)?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones

Diagnóstico clínico del ictus

Criterios de sospecha

C	Debe sospecharse un ictus en pacientes con déficits neurológicos focales, con instauración abrupta de los síntomas, especialmente si el paciente presenta paresia facial aguda, alteración del lenguaje o caída o pérdida brusca de fuerza en el brazo, y no refiere antecedentes de traumatismo craneal previo
✔	Se debe sospechar AIT solamente cuando la sintomatología descrita en la anterior recomendación no está presente en el momento de la consulta y la duración de los síntomas ha sido inferior a 24 horas (habitualmente menos de una hora)
D	No debe considerarse el AIT en primer lugar cuando aparezcan los siguientes síntomas de manera aislada: Confusión, vértigo, mareos, amnesia, disfagia, disartria, escotoma centelleante, incontinencia urinaria o anal, pérdida de visión más alteración de consciencia, síntomas focales asociados a migraña, pérdida de consciencia incluyendo síncope, actividad tónica y o clónica, progresión paulatina de síntomas (particularmente sensoriales) afectando a varias partes del cuerpo
✔	Se deben tener en cuenta la presencia de factores de riesgo vascular en el diagnóstico de sospecha del ictus, sobre todo ictus u otra enfermedad vascular previa, tabaquismo, HTA y DM

Anamnesis

✔	La anamnesis de un paciente con sospecha de ictus debe incluir la hora de inicio de los síntomas, comorbilidades, ictus previos, medicación actual y escala de Rankin
✔	En el caso de disponer de tiempo suficiente y siempre que no retrase el traslado, la anamnesis puede completarse recogiendo duración de los síntomas, factores de riesgo vascular, circunstancias desencadenantes, episodios previos de migrañas, convulsiones, infecciones, trauma, consumo de anovulatorios/terapia hormonal, embarazo/puerperio y abuso de drogas
✔	Los datos clínicos del paciente con sospecha de ictus en AP deben remitirse a atención especializada (anexo 3)

Exploración

✔	El examen físico inicial ante un paciente con sospecha de ictus debe incluir la valoración de la función respiratoria, ritmo cardíaco, PA, temperatura, glucemia y saturación de oxígeno, si es factible
✔	Se recomienda que la exploración neurológica de un paciente con sospecha de ictus incluya la valoración de funciones mentales, lenguaje, signos meníngeos, pares craneales, desviación oculocefálica, déficits motores, sensitivos y alteraciones cerebelosas
✔	Se considerará la realización de un ECG siempre que no retrase el traslado del paciente

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Diagnóstico diferencial

D	El diagnóstico diferencial de ictus agudo debe incluir, entre otros, crisis comiciales/convulsiones, migrañas con aura, hipoglucemia, encefalopatía hipertensiva y trastorno por conversión/simulación
✔	En el caso de no tener claro si la causa de los síntomas es un ictus , se debe proceder como si así fuese, para no demorar el tratamiento

Uso de escalas prehospitalarias como ayuda diagnóstica

C	Se recomienda utilizar escalas, a ser posible validadas, para ayudar al diagnóstico del ictus a nivel prehospitalario, en aquellas personas con síntomas neurológicos de instauración aguda
D	En personas que consultan a través del teléfono por síntomas neurológicos de instauración aguda se recomienda realizar una valoración de los síntomas mediante la escala CPSS (anexo 4)
✔	En la consulta de atención primaria se recomienda utilizar la escala MASS como ayuda de orientación diagnóstica en pacientes con sospecha de ictus

Manejo prehospitalario del ictus agudo

Medidas prioritarias/traslado de pacientes/código ictus

D	Ante un paciente con sospecha de ictus agudo inicialmente se debe asegurar las funciones cardiorrespiratorias, tomar medidas para evitar broncoaspiraciones y, si es necesario, coger una vía periférica en el brazo no parético. No se administrarán alimentos o líquidos por vía oral excepto en el caso de que sea necesario administrar fármacos por esta vía
C	El ictus es una emergencia médica que precisa de atención neurológica urgente por lo que debe procurarse que los pacientes con sospecha de ictus agudo lleguen al hospital en el menor tiempo posible
B	Se recomienda activar los servicios de emergencia ante la sospecha de ictus agudo y priorizar el traslado de los pacientes
C	Se recomienda activar el código ictus extrahospitalario cuando se detecte un paciente con sospecha de ictus que cumpla los criterios previstos
A	Se recomienda derivar a los pacientes a hospitales que dispongan de unidades de ictus preferentemente

Manejo de la Presión Arterial

✔	En pacientes con sospecha de ictus agudo, en el ámbito extrahospitalario no se recomienda el tratamiento de la presión arterial elevada, si se mantiene por debajo de <220 (PAS) ó <120 mmHg (PAD), salvo determinadas situaciones urgentes (sospecha clínica fundada de insuficiencia cardiaca izquierda, síndrome coronario agudo o disección aórtica)
B	En el caso en el que se decida tratar, se evitarán descensos bruscos e intensos de la PA (más del 20% en < de 24 horas)

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	Se evitarán los fármacos sublinguales de acción rápida
✔	En caso de ser necesario disminuir la PA se utilizará preferentemente la vía intravenosa y si no es posible la vía oral
D	En los casos en los que exista hipotensión se descartará la presencia de otra enfermedad concomitante grave y se tratará según la etiología

Manejo de la glucemia

D	Los pacientes con Diabetes Mellitus y sospecha de ictus agudo que presentan hiperglucemia deben ser tratados de acuerdo con protocolos de manejo de pacientes diabéticos
✔	Se debe corregir la glucemia en aquellos pacientes con sospecha de ictus agudo cuando se detecten cifras de glucosa superiores a 200 mg/dL
D	Se debe descartar la hipoglucemia como causa de los síntomas y corregir el nivel de glucemia si esta estuviese presente

Oxigeno suplementario

B	De manera rutinaria, no se recomienda administrar oxígeno suplementario a aquellos pacientes con sospecha de ictus agudo
D	Los pacientes con sospecha de ictus agudo deben recibir oxígeno suplementario si presentan signos clínicos de hipoxia o para mantener una saturación de oxígeno del 94-98%, excepto en aquellos pacientes con riesgo de fallo hipercápnico, en los que se mantendrá una saturación entre el 88-92%

Antiagregantes

✔	No se recomienda iniciar tratamiento con antiagregantes en el ámbito extrahospitalario en aquellos pacientes en los que se sospeche ictus, antes de realizar una TC o RM

Fluidos intravenosos

C	Se evitará la administración de fluidos intravenosos que contengan glucosa en pacientes con sospecha de ictus agudo no hipoglucémicos
✔	Se recomienda utilizar suero salino isotónico, evitando la sobrecarga de volumen, en el caso de que sea necesario administrar fluidos

Manejo del ictus “comunicado”

Manejo del AIT o ictus estable de más de 48 horas de evolución

✔	Los pacientes con sospecha de ictus estable de más de 48h de evolución deben ser trasladados a un hospital si los síntomas se iniciaron hace 7 días o menos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

B	Los pacientes con sospecha de AIT ocurrido hace 7 días o menos, deben ser evaluados por el especialista de manera urgente (en menos 24 horas)
D	Los pacientes con sospecha de AIT o ictus estable de al menos 48 horas de evolución, y con antecedentes de episodios recurrentes de AIT (2 o más AIT en una semana) o con tratamiento anticoagulante, deben ser evaluados por un especialista de manera urgente (en menos de 24 horas)
✔	Los pacientes con sospecha de AIT o ictus estable de al menos 48 horas de evolución que se presentan tras los 7 días posteriores al inicio de los síntomas, deben ser evaluados por un especialista en menos de una semana

Manejo del ictus tras el alta hospitalaria

Programación del seguimiento

✔	Al alta hospitalaria se deberá asegurar la continuidad asistencial por los equipos de AP, programándose las visitas requeridas en función de la situación clínica del paciente, y en coordinación con el resto de especialistas implicados, para asegurar las ganancias obtenidas
✔	Se debe valorar la limitación funcional postictus tras el alta hospitalaria y tras finalizar la rehabilitación, para así determinar el estado funcional conseguido. Para ello pueden utilizarse escalas como el índice de Barthel, Escala de Rankin o la subescala motora del FIM (anexo 7)
✔	Se recomienda una evaluación neurológica antes de los tres meses tras el alta hospitalaria por un especialista
✔	Se recomienda consultar la Guía de Prevención Primaria y Secundaria del Ictus para pautar las medidas de prevención secundaria apropiadas en cada caso

Medidas generales en rehabilitación

B	Se recomienda un programa de rehabilitación llevado a cabo por un equipo profesional multidisciplinar que cuente con la participación activa de pacientes y familiares e incluya al especialista en Rehabilitación y Medicina Física como coordinador del proceso rehabilitador en la fase posterior al alta hospitalaria y durante el año siguiente al episodio ictal
A	Tras el alta hospitalaria, se recomienda que el médico de familia compruebe que los pacientes estén cumpliendo o hayan cumplido el tratamiento rehabilitador indicado en cada caso. De lo contrario, hay que asegurar que se realice el tratamiento rehabilitador pertinente según los déficits que el paciente presente
D	Se recomienda instruir a los cuidadores o familiares de pacientes con gran deterioro funcional y no candidatos a rehabilitación en los cuidados necesarios para estos pacientes
✔	Cuando el paciente experimente un deterioro funcional por depresión, fracturas, caídas, espasticidad, dolor o cualquier otra causa, se recomienda derivar de nuevo a rehabilitación con el fin de intentar recuperar el nivel funcional previo además de tratar las posibles causas desencadenantes

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Déficits y alteraciones a valorar

D	Se recomienda examinar las capacidades motoras, sensoriales, visuales y del lenguaje en todos los pacientes que hayan sufrido un ictus, utilizando escalas validadas, siempre que estén disponibles
✔	En el caso de que se detecte un nuevo déficit o alteración no reconocido previamente se derivará al paciente al especialista correspondiente

Tratamiento de la espasticidad mediante fármacos orales

D	No se recomienda tratar la espasticidad ligera con fármacos orales si ésta no interfiere con la recuperación del paciente
✔	Aquellos pacientes que presenten espasticidad que interfiera con su vida diaria deben ser enviados al neurólogo y/o rehabilitador para que se valore el tratamiento más apropiado
B	Se pueden emplear fármacos orales como el baclofeno para tratar la espasticidad generalizada

Manejo del hombro doloroso

D	Se recomienda la monitorización del hombro pléjico durante el primer año tras haber sufrido un ictus, con el fin de detectar la presencia de episodios de hombro doloroso
D	Durante los episodios agudos de dolor se recomienda ofrecer al paciente analgésicos simples como paracetamol o AINES
A	No se recomiendan las infiltraciones intraarticulares de esteroides para tratar los episodios agudos de dolor de hombro en pacientes hemipléjicos
✔	Se recomienda derivar al paciente con dolor de hombro persistente a un especialista en rehabilitación

Tratamiento farmacológico del dolor central poctictus

D	Se debe valorar la etiología del dolor y describir su localización, duración, intensidad y circunstancias en las que se agrava o alivia. Se recomienda utilizar escalas de 0 a 10 para determinar el grado de dolor
B	Se recomienda la utilización de amitriptilina como fármaco de primera línea, teniendo siempre en cuenta los efectos secundarios asociados a su uso y estableciendo el balance riesgo/ beneficio en cada caso
B	Pueden considerarse también fármacos anticonvulsivantes (lamotrigina) como alternativa a los antidepresivos (amitriptilina), si bien se debe tener en cuenta la posible aparición de efectos secundarios
✔	Se recomienda derivar al paciente con dolor central postictus no controlado en Atención Primaria a atención especializada en manejo del dolor

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Manejo de la disfagia

D	Se debe comprobar si la presencia de disfagia ha sido valorada antes del alta hospitalaria, comprobándose también si existen problemas nutricionales asociados
D	Se recomienda descartar la presencia de disfagia lo antes posible y en cualquier caso antes de iniciar la ingesta por vía oral
D	Aquellos pacientes en los que se detecten por primera vez dificultades en la deglución (generales, durante o tras la deglución) deben ser evaluados por el especialista correspondiente
D	Se recomienda que los pacientes en los que persistan las dificultades al tragar y/o sus cuidadores sean entrenados en la identificación y manejo de los problemas en la deglución
D	Los pacientes con disfagia persistente tras un ictus deben ser monitorizados una vez dados de alta de manera regular, pesándoles regularmente, asegurando que no estén desnutridos, para valorar la necesidad de cambios en la dieta y/o en la vía de alimentación
Alimentación por vía oral	
D	Se recomienda que aquellos pacientes con disfagia alimentados por vía oral reciban una dieta adecuada a su estado (dieta hipercalórica basada en líquidos espesos y alimentos semisólidos con textura homogénea, bolo alimenticio con temperatura, sabor y densidad proporcionados, evitando alimentos fríos en aquellos pacientes con reflejos hipertónicos)
Alimentación por vía enteral	
A	Se recomienda utilizar una sonda nasogástrica en pacientes con disfagia que requieran nutrición enteral durante el primer mes tras un ictus
B	Se recomienda valorar la alimentación mediante Gastrostomía Endoscópica Percutánea en aquellos pacientes con disfagia que necesiten alimentación enteral a largo plazo (más de 4 semanas)

Prevención de caídas

✔	Se recomienda valorar el riesgo de caídas en todos aquellos pacientes que hayan sufrido un ictus
B	Se recomiendan las siguientes estrategias para reducir el las caídas en los pacientes mayores en la comunidad: ejercicios de componente múltiple (grupales, Tai Chi, domiciliarios individualizados), ejercicios de componente individual (marcha, equilibrio o función), retiro gradual de fármacos psicotrópicos, programa educativo sobre modificación de la prescripción para los médicos de AP, estimulación cardiaca con marcapasos en personas con hipersensibilidad del seno carotídeo, cirugía de cataratas del primer ojo, dispositivo antideslizante para calzado en suelos helados, intervenciones múltiples y multifactoriales
B	No se recomienda la vitamina D a personas mayores en la comunidad para reducir el riesgo de caídas, salvo en personas con déficit de vitamina D
B	No se recomiendan intervenciones de seguridad en el hogar para reducir las caídas en los mayores en la comunidad, salvo en aquellos con deterioro visual grave o alto riesgo de caídas
B	No se recomienda la fisioterapia un año después del ictus como medida para prevenir caídas en pacientes en los que persisten los problemas de movilidad
B	No se recomiendan los protectores de cadera para prevenir fracturas asociadas a caídas en personas mayores que viven en la comunidad

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Manejo de las alteraciones del humor

Depresión	
B	A falta de evidencia consistente acerca de la eficacia de los antidepresivos o psicoterapia para prevenir la depresión postictus, no se recomienda su utilización con fines preventivos
D	Se recomienda la realización de un cribado para depresión en aquellos pacientes que han sufrido un ictus, utilizando test sencillos
B	Se recomienda el uso de antidepresivos para el tratamiento de la depresión postictus, pero valorando individualmente el riesgo de efectos adversos
Ansiedad	
D	Se recomienda valorar la presencia de ansiedad en aquellos pacientes que presenten alguna otra forma de alteración del humor
D	En pacientes que han sufrido un ictus, se recomienda tratar la ansiedad de la manera habitual (psicoterapia, farmacoterapia)
Labilidad emocional	
B	Se recomienda considerar el tratamiento con antidepresivos en aquellos pacientes que, tras un ictus, presentan labilidad emocional persistente, con episodios frecuentes y graves, valorando los efectos adversos de estos fármacos, sobre todo en personas de edad avanzada

Manejo del deterioro cognitivo

D	Se recomienda realizar una valoración de las funciones cognitivas a todos los pacientes que han sufrido un ictus
✔	Se recomienda la valoración por un especialista cuando se detecte un deterioro cognitivo que interfiera con la rehabilitación o la vida diaria del paciente

Actividades de la vida diaria/retorno al trabajo/conducción/sexualidad

Actividades de la vida diaria/terapia ocupacional	
D	Se recomienda hacer una valoración de las AVD (personales e instrumentales) utilizando instrumentos validados como el índice de Barthel
A	En el caso en el que se detecten dificultades para las AVD se recomienda que el paciente sea tratado por un terapeuta ocupacional
Retorno al trabajo	
✔	Se recomienda valorar la posible incorporación laboral o la posible solicitud de una incapacidad permanente
D	Se recomienda animar a aquellos pacientes que trabajaban previamente a retomar su trabajo, si las condiciones lo permiten
Conducción	
✔	Se recomendará a aquellos pacientes que tras un ictus presenten secuelas que puedan interferir con la conducción, que eviten conducir y comuniquen su estado a la Dirección General de Tráfico

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

✔	Se recomienda que aquellos pacientes que quieran retomar la conducción sean evaluados en un centro psicotécnico acreditado
✔	Se informará a aquellos pacientes que deseen obtener o prorrogar el permiso de conducción acerca de la normativa, que exige demostrar al menos seis meses libres de sintomatología neurológica y la necesidad de presentar informe favorable del especialista en el caso de que presente secuelas. Se informará además de que se limitará el periodo de vigencia a un año máximo. Los pacientes que hayan sufrido AITs recurrentes serán informados de que no podrán obtener o prorrogar su permiso de conducción según la legislación vigente
Sexualidad	
✔	Se recomienda mantener una actitud de disponibilidad para poder discutir con el paciente y su pareja los problemas y preocupaciones relacionados con la sexualidad, en el momento que se considere apropiado, proporcionando la información y apoyo necesarios
D	En presencia de disfunción sexual se debe valorar la existencia de causas tratables
D	No se recomienda el uso de sildenafilo ni otros inhibidores de la fosfodiesterasa (vardenafilo, tadalafilo) para pacientes que presenten disfunción eréctil y hayan sufrido un ictus isquémico reciente

Diagnósticos enfermeros relacionados con el ictus

✔	Los diagnósticos de enfermería (NANDA) que, como mínimo, deben ser valorados en AP en todos los pacientes tras un ictus son: - Deterioro de la movilidad física - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea - Desatención unilateral (habitualmente en pacientes con lesiones en hemisferio derecho) - Deterioro de la comunicación verbal (habitualmente en pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo) - Deterioro de la deglución - Riesgo de lesión (habitualmente en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho y desatención unilateral) - Incontinencia urinaria funcional - Baja autoestima situacional - Ansiedad - Déficit para el autocuidado: Alimentación/Baño/Higiene/Vestido y Acicalamiento - Afrontamiento inefectivo - Disfunción sexual - Manejo efectivo/inefectivo del régimen terapéutico - Disposición para mejorar el afrontamiento familiar

Información / Comunicación al paciente

Información básica: características y contenido

A	Para proporcionar información a los pacientes/cuidadores tras un ictus se recomiendan estrategias en las que éstos participen activamente y que incluyan un seguimiento planificado para la aclaración y refuerzo
D	La información debe ser adecuada al nivel educativo de los pacientes/cuidadores, e incluir aspectos relativos a la prevención de nuevos episodios, recursos donde obtener más información y efectos cognitivos del ictus

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

10. Estrategias diagnósticas y terapéuticas – algoritmo

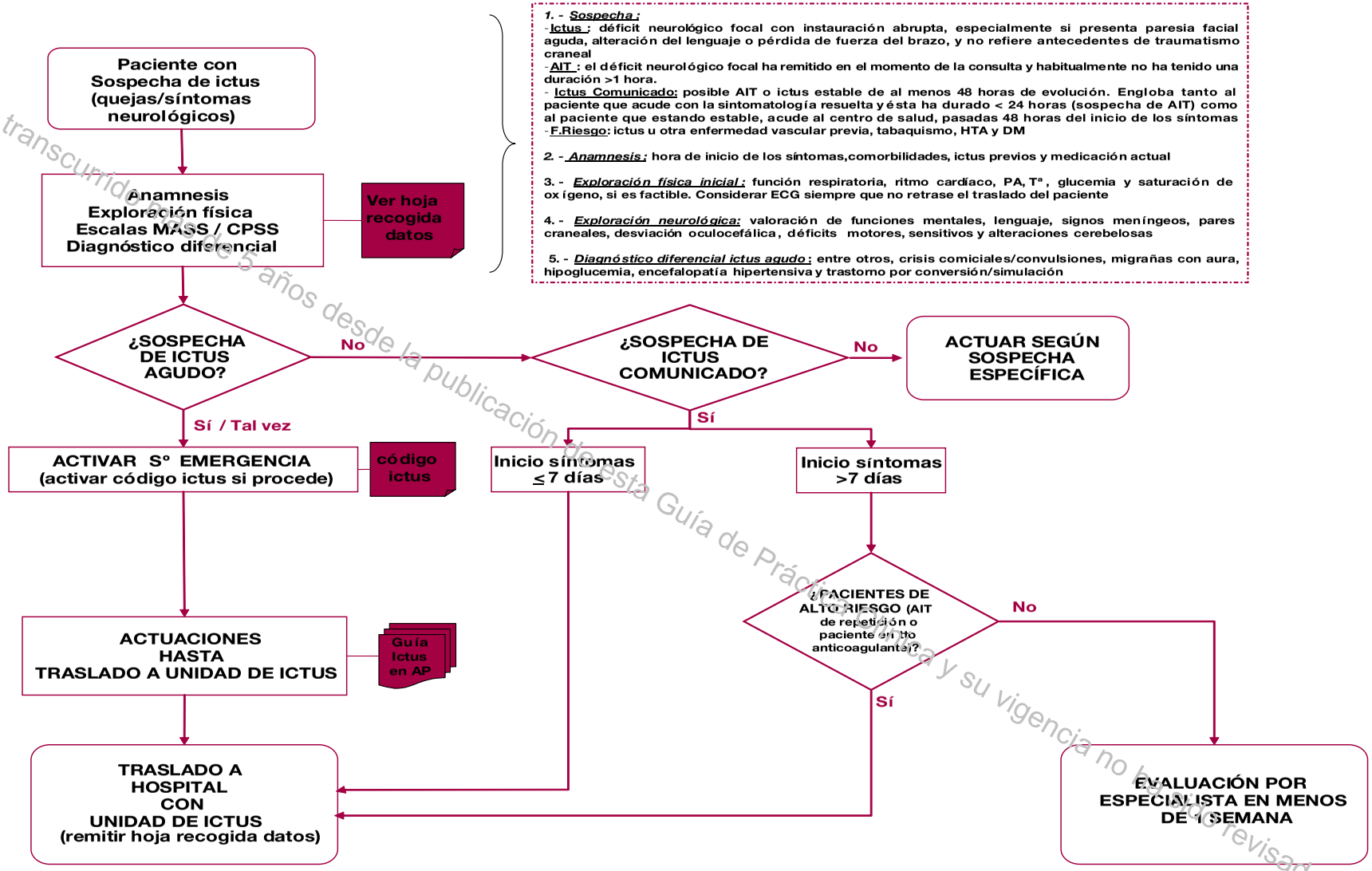
Preguntas para responder:

- ¿Cuáles son los pasos a seguir ante la sospecha de ictus?
- ¿Cuáles son los criterios de derivación de los ictus (ictus agudo/comunicado)?

Para contestar a estas preguntas a continuación se presenta, en la página siguiente, el *algoritmo* elaborado para el manejo del paciente con sospecha de ictus agudo y de ictus comunicado en AP, en base a las recomendaciones presentadas previamente en la Guía.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

ALGORITMO DE MANEJO DE SOSPECHA DE ICTUS AGUDO/COMUNICADO EN AP



Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.