

Código: IN-EC-28 · Vigencia: 09-07-2024 · V001



# Estándar Clínico Basado en la Evidencia:

diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y  
seguimiento del paciente adulto con ataque  
cerebrovascular isquémico en el Hospital  
Universitario Nacional de Colombia

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con ataque cerebrovascular isquémico en el Hospital Universitario Nacional De Colombia**

Hospital Universitario Nacional de Colombia  
Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia  
2024

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Versión previa a diagramación

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con ataque cerebrovascular isquémico en el Hospital Universitario Nacional De Colombia**

**Hospital Universitario Nacional de Colombia**

Dirección de Investigación e Innovación  
 Proceso de Atención Ambulatoria  
 Proceso de Atención en Cirugía  
 Proceso de Atención en Cuidado Crítico  
 Proceso de Atención en Hospitalización  
 Proceso de Atención en Patología y Laboratorio Clínico  
 Proceso de Atención en Radiología e Imágenes Diagnósticas  
 Proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano  
 Proceso de Atención en Servicio Farmacéutico  
 Proceso de Experiencia al Usuario  
 Proceso de Gestión Administrativa  
 Proceso de Gestión de la Calidad y Seguridad de Gestión del Riesgo en Salud  
 Proceso de Gestión Comercial y Mercadeo

**Universidad Nacional de Colombia**

Facultad de Medicina  
 Instituto de Investigaciones Clínicas  
 Departamento de Cirugía  
 Departamento de Comunicación Humana y sus Desórdenes  
 Departamento de Imágenes Diagnósticas  
 Departamento de Medicina Física y Rehabilitación  
 Departamento de Medicina Interna  
 Departamento de Movimiento Corporal Humano  
 Departamento de Nutrición Humana (y Dietética)  
 Departamento de Ocupación Humana

Facultad de Enfermería  
 Departamento de Enfermería

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024

Facultad de Ciencias  
Departamento de Farmacia

Facultad de Ciencias Humanas  
Departamento de Psicología

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## **Autoría**

- **Líderes del proceso**

### **Miriam Saavedra Estupiñán**

Médica cirujana, especialista en epidemiología, subespecialista en Neuro-Oftalmología, magíster en educación, doctora en bioética. Se desempeña como profesora titular del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia y como neuróloga clínica en Proceso de Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional.

### **Juan Pablo Orozco Hernández**

Médico, especialista en Epidemiología en la práctica de la Salud Pública, magíster en epidemiología, máster en Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, estudiante de tercer año de la especialidad en neurología clínica y docente adjunto al Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

### **Sebastián Leonardo Ovalle Gómez**

Médico cirujano, estudiante de cuarto año de la especialidad en neurología clínica de la Universidad Nacional de Colombia.

### **Rodrigo Pardo Turriago**

Médico y cirujano, especialista en neurología clínica, magíster en Epidemiología Clínica, se desempeña como profesor titular del Departamento de Medicina Interna e Instituto de Investigaciones Clínicas y como coordinador del posgrado en neurología clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

### **Sugeich Meléndez Rhenals**

Médica general, especialista en Medicina Interna, especialista en Bioética y magíster en Bioética. Se desempeña como profesora asistente del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Coordinadora Académica Programa de Pregrado de Medicina y Médica Internista Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Alejandra Lucía Díaz Hurtado**

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Estudiante de octavo semestre del pregrado en medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

- **Especialistas clínicos participantes**

**Wilmer Orlando Aponte Barrios**

Médico Cirujano, Especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas, Especialista en Radiología Pediátrica y Especialista en Administración en Salud Pública. Se desempeña como profesor asociado y director del Departamento de Imágenes Diagnósticas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Radiólogo y Director del Proceso de Atención en Radiología e Imágenes Diagnósticas del Hospital Universitario Nacional de Colombia y Radiólogo Pediatra del Hospital de la Misericordia.

**Bertha Ligia Bernal Bastidas**

Médica general, magíster en epidemiología, estudiante de cuarto año de la especialidad en neurología clínica de la Universidad Nacional de Colombia.

**Harold Betancourt Pérez**

Químico farmacéutico, estudiante de la maestría en farmacoeconomía en la Universidad Internacional de la Rioja de España (UNIR). Se desempeña como Director del Proceso de Atención en Servicio Farmacéutico del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

**María Camila Camacho Fuentes**

Fisioterapeuta, especialista en neurorehabilitación y cuidado crítico. Se desempeña como fisioterapeuta en el Proceso de Atención en Cuidado Crítico del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

**Juan Sebastián Castro Sepúlveda**

Médico cirujano, estudiante del posgrado en epidemiología clínica y salud pública de la Universidad Internacional de Valencia, estudiante de primer año de la especialidad en neurocirugía de la Universidad Nacional de Colombia.

**Mariana Díaz Amaya**

Psicóloga, especialista y magíster en psicología médica y de la salud. Se desempeña como psicóloga en el proceso de Atención en Hospitalización y el Proceso de Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### **Liliana Katherine Duarte Pedroza**

Psicóloga, magíster en psicología con énfasis en neuropsicología clínica y cognoscitiva. Se desempeña como neuropsicóloga en el Proceso de Atención Ambulatoria del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Angy Nataly García González**

Ingeniera biomédica. Se desempeña como profesional biomédico en el Proceso de Gestión Administrativa del Hospital Nacional Universitario de Colombia.

### **Nathaly González Pabón**

Enfermera, magíster en enfermería. Se desempeña como jefe del servicio de seguridad del paciente en el Proceso de Gestión de la Calidad y Seguridad de Gestión del Riesgo en Salud del Hospital Universitario Nacional de Colombia

### **Loraine Sofía González Roa**

Médica general, estudiante de tercer año de la especialidad en neurocirugía de la Universidad Nacional de Colombia.

### **Jaime Jaramillo Mejía**

Médico y cirujano, especialista en anestesiología y reanimación, especialista en alivio de dolor y cuidado paliativo. Se desempeña como médico especialista en dolor del servicio de dolor y cuidado paliativo en el Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Pastor Leonardo Jurado Escobar**

Médico, estudiante de segundo año de la especialización en medicina física y rehabilitación de la Universidad Nacional de Colombia.

### **Judit Esmedy Martín Peña**

Nutricionista dietista, especialista en nutrición clínica. Se desempeña como nutricionista en el proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **María Eugenia Miranda Hernández**

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Fonoaudióloga. Se desempeña como tal en el Proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Luisa Fernanda Morales Pinilla**

Médica general, especialista en psiquiatría, estudiante de la maestría en docencia de la Universidad del Rosario y la Universidad Pontificia Javeriana. Se desempeña como médica especialista en psiquiatría del proceso de Atención Ambulatoria en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Katherine Ostos**

Fisioterapeuta. Se desempeña como tal en el Proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Jairo Antonio Pérez Cely**

Médico cirujano, especialista en anestesiología, especialista en medicina crítica y cuidado crítico, estudiante del doctorado en bioética en la Universidad del Bosque. Se desempeña como director del proceso de Atención en Cuidado Crítico en el Hospital Universitario Nacional de Colombia y director del departamento de Medicina Interna en la Universidad Nacional de Colombia.

### **Geraldine Tatiana Piraquive Niño**

Enfermera, especialista en enfermería en cuidado crítico y magíster en cuidado crítico. Se desempeña como enfermera en el Proceso de Atención en Cuidado Crítico del Hospital Universitario Nacional de Colombia y como profesora ocasional en el Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

### **Diana Milena Riveros Robles**

Terapeuta ocupacional, especialista en neurorehabilitación, estudiante del máster en dirección y gestión sanitaria en la Universidad de La Rioja en España. Se desempeña como terapeuta ocupacional en el Proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano del Hospital Universitario Nacional.

### **Milena Rocha Sierra**

Enfermera, especialista en auditoría. Se desempeña como auditora en el Proceso de Gestión Comercial y Mercadeo del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### **Ángel Yobany Sánchez Merchán**

Médico cirujano, especialista en patología anatómica y clínica, y magíster en gestión de organizaciones. Se desempeña como médico patólogo en el Proceso de Atención en Patología y Laboratorio Clínico del Hospital Universitario Nacional de Colombia y como profesor asociado al Departamento de Patología de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Colombia.

### **Mónica Alexandra Vargas Moreno**

Médica, magíster en neurociencias. Se desempeña como médica hospitalaria en el Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

### **Jessica Siulany Varón Chaparro**

Trabajadora social. Se desempeña como trabajadora social en el Proceso de Experiencia al Usuario en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

#### **- Coordinadores metodológicos**

#### **Daniela Sánchez Santiesteban**

Médica cirujana, estudiante de la maestría en epidemiología clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Metodóloga de investigación de la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

#### **Giancarlo Buitrago**

Médico cirujano, magíster en economía y en epidemiología clínica, y doctor en Economía. Es profesor asociado y Vicedecano de Investigación y Extensión de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, y director de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

#### **- Seguimiento del proceso**

#### **Comité de Estándares Clínicos**

Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### **Agradecimientos**

Agradecemos a la comunidad del Hospital Universitario Nacional de Colombia y a la Universidad Nacional de Colombia por su acogida en el desarrollo de estándares clínicos basados en la evidencia (ECBE). Agradecemos su apoyo al proceso, su disponibilidad para el desarrollo de la propuesta y su interés en brindar el mayor beneficio a los pacientes, teniendo en cuenta la mejor evidencia y el aprovechamiento de los recursos disponibles.

Este documento ha recibido apoyo durante su desarrollo, aportes de diferentes profesionales, por lo que hace mención especial a:

#### **- Profesionales clínicos**

##### **Juan Camilo Vargas Gonzalez**

Médico cirujano, especialista en neurología clínica, alta especialidad en neurología vascular, Fellowship en neurología cognitiva, y doctor of Philosophy (PhD) in Epidemiology and Biostatistics, Western University, Canada.

##### **Sandra Milena Castellar Leones**

Médica, especialista en medicina física y rehabilitación. Se desempeña como docente adjunta del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación de la Universidad Nacional de Colombia, como médica especialista en Medicina Física y Rehabilitación del proceso de Atención en Rehabilitación y Desarrollo Humano del Hospital Universitario Nacional de Colombia y del Instituto Roosevelt.

#### **- Profesionales de investigación**

##### **Paula González-Caicedo**

Fisioterapeuta, estudiante de la maestría en epidemiología clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Se desempeña como metodóloga de investigación en la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

##### **Andrés Felipe Patiño Benavidez**

Médico cirujano, magíster en epidemiología clínica. Metodólogo de investigación de la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

##### **Natalia Losada Trujillo**

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Médica cirujana, estudiante de la maestría en epidemiología clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Metodóloga de investigación de la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

**María José Hoyos Bedoya**

Médica cirujana, estudiante de la maestría en epidemiología clínica de la Universidad Nacional de Colombia. Metodóloga de investigación de la Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

**Natalia Garzón Barbosa**

Psicóloga, profesional de apoyo administrativo, Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

- **Personal de apoyo**

**Junior Jorge Huertas Chaves**

Auxiliar de enfermería, Dirección de Investigación e Innovación del Hospital Universitario Nacional de Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

### Contribuciones de los autores

- **Coordinación clínica:** Miriam Saavedra Estupiñán, Sugeich Meléndez Rhenals, Sebastián Leonardo Ovalle Gómez y Juan Pablo Orozco Hernández.
- **Coordinación metodológica:** Giancarlo Buitrago Gutiérrez, Rodrigo Pardo Turriago y Daniela Sánchez Santiesteban.
- **Definición de alcance y objetivos:** Miriam Saavedra Estupiñán, Sebastián Leonardo Ovalle Gómez, Juan Pablo Orozco Hernández y Daniela Sánchez Santiesteban.
- **Revisión sistemática de guías de práctica clínica:** Sebastián Leonardo Ovalle Gómez, Juan Pablo Orozco Hernández y Daniela Sánchez Santiesteban.
- **Algoritmo clínico preliminar:** Miriam Saavedra Estupiñán, Sebastián Leonardo Ovalle Gómez, Juan Pablo Orozco Hernández, Rodrigo Pardo Turriago, Sugeich Meléndez Rhenals, Alejandra Lucia Díaz Hurtado y Daniela Sánchez Santiesteban.
- **Acuerdo interdisciplinario:** Miriam Saavedra Estupiñán, Sebastián Leonardo Ovalle Gómez, Juan Pablo Orozco Hernández, Sugeich Meléndez Rhenals, Alejandra Lucia Díaz Hurtado, Wilmer Orlando Aponte Barrios, Bertha Ligia Bernal Bastidas, Harold Betancourt Pérez, María Camila Camacho Fuentes, Juan Sebastián Castro Sepúlveda, Mariana Díaz Amaya, Liliana Duarte Pedroza, Angy Nataly García González, Nathaly González Pabón, Loraine Sofía González Roa, Jaime Jaramillo Mejía, Pastor Leonardo Jurado Escobar, Judit Esmedy Martín Peña, María Eugenia Miranda Hernández, Luisa Fernanda Morales Pinilla, Katherine Ostos, Jairo Antonio Pérez Cely, Geraldine Tatiana Piraquive Niño, Diana Milena Riveros Robles, Milena Rocha Sierra, Ángel Yobany Sánchez Merchán, Mónica Alexandra Vargas Moreno, Jessica Siulany Varón Chaparro.
- **Algoritmo clínico final:** Miriam Saavedra Estupiñán, Sebastián Leonardo Ovalle Gómez, Juan Pablo Orozco Hernández, Alejandra Lucia Diaz Hurtado, María José Hoyos Bedoya.
- **Revisión y edición:** Paula González-Caicedo y María José Hoyos Bedoya.
- **Seguimiento del proceso:** Comité de Estándares Clínicos.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024

## Contenido

Introducción.....	17
Alcance .....	18
Objetivos .....	19
Metodología .....	20
Diagramas de flujo y puntos de control.....	30
Implementación del estándar clínico basado en la evidencia y evaluación de la adherencia .....	1
Impacto esperado del ECBE .....	2
Actualización del ECBE.....	3
Glosario.....	4
Referencias.....	6
Anexos .....	12

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia.....	21
<b>Tabla 2.</b> Criterios de discordancia Infarto /penumbra en CT - Perfusión.....	34
<b>Tabla 3.</b> Medicamentos para el control de la presión arterial en ACV.....	38
<b>Tabla 4.</b> Tratamiento farmacológico para la transformación hemorrágica en ACV.....	53
<b>Tabla 5.</b> <i>Tratamiento farmacológico en crisis de epilepsia y estado epiléptico.....</i>	55
<b>Tabla 6.</b> Indicadores propuestos para evaluar puntos de control.....	1

	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Metodología del proceso secuencial de desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con infección de piel y tejidos blandos en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.....	20
<b>Figura 2.</b> Diagrama de flujo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con ataque cerebrovascular de tipo isquémico en el Hospital Universitario Nacional de Colombia. ....	30
<b>Figura 3.</b> Sección 1 del diagrama de flujo: paciente con sospecha de ataque cerebrovascular de tipo isquémico.....	31
<b>Figura 4.</b> Sección 2 del diagrama de flujo: tratamiento inicial del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico .....	36
<b>Figura 5.</b> Sección 3 del diagrama de flujo: tratamiento en unidad de cuidado crítico paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico. ....	45
<b>Figura 6.</b> Sección 4 del diagrama de flujo: tratamiento en sala general del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico. ....	58
<b>Figura 7.</b> Sección 5 del diagrama de flujo: seguimiento, intervenciones y egreso del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico .....	61

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Abreviaturas

ACV	Ataque cerebrovascular
ACVI	Ataque cerebrovascular isquémico
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
TC	Tomografía Computarizada
TPT	Tiempo parcial de tromboplastina
TP	Tiempo de protrombina
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
ECBE	Estándares Clínicos Basados en la Evidencia
GPC	Guías de Práctica clínica
GWAS	Asociación de genómica ampliada
HUN	Hospital Universitario de Colombia
INTERSTROKE	Estudio internacional, multicéntrico de casos y controles.
INR	Índice Internacional Normalizado
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
RM	Resonancia Magnética
ROSIER	Recognition of Stroke in the Emergency Room

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Introducción

El ataque cerebrovascular (ACV) se clasifica en dos grupos: de tipo isquémico (ACVi) y de tipo hemorrágico, que a su vez incluye la hemorragia subaracnoidea y la hemorragia intracerebral. El ACVi se define como un infarto en el encéfalo, la médula espinal o la retina y explica el 70-85% del total de ACV (1). En conjunto, el ACV conforma la segunda causa de muerte en el mundo, afecta a 13,7 millones de personas a nivel global cada año y causa alrededor de 5,5 millones de muertes (2). Se estima que 1 de cada 4 adultos tendrá la enfermedad durante su vida, y hay más de 80 millones de supervivientes al evento en el mundo, los cuales tienen alto riesgo de presentar recurrencias. En Colombia, el ACV es la segunda causa de muerte, con una frecuencia absoluta de 14.390 muertes reportadas en el 2022 por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y fue la tercera causa de muerte entre el año 2010 y el 2020 (3).

Existen múltiples factores de riesgo para desarrollar la enfermedad, entre ellos se encuentran factores no modificables como la edad, el sexo y la genética (1). Se ha identificado que entre los 20 a 64 años se duplica el riesgo de ACVi (4); además, el sexo masculino tiene mayor riesgo (133 casos versus 99 casos por 100.000 habitantes) que el sexo femenino (5), y se ha atribuido una heredabilidad del 37 % en estudios de asociación de genómica ampliada (GWAS) (6). Asimismo, otros factores se han identificado en el estudio INTERSTROKE como la inactividad física, la hipertensión arterial, el alto consumo de alcohol, el estrés y la depresión, tabaquismo, los niveles altos de Apolipoproteína B, la obesidad central, la diabetes mellitus y cardiopatías (7).

El tratamiento del ACVi ha tenido grandes avances en los últimos años, tanto en la fase aguda como en la prevención secundaria y rehabilitación. En cuanto a la fase aguda, los tiempos de ventana se han logrado expandir de 4,5 horas hasta 9,0 horas para trombólisis (estudio EXTEND) y de 6,0 horas hasta 24 horas para trombectomía endovascular usando neuroimágenes avanzadas (1). Sin embargo, aún existen múltiples barreras y limitaciones para lograr un adecuado tratamiento de estos pacientes. El estudio de la etiología del ACVi es una tarea de alta importancia para establecer la mejor estrategia de prevención secundaria según cada caso, así como iniciar de forma temprana un plan de rehabilitación puede mejorar la calidad de vida, reducir secuelas y mejorar funcionalidad.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Alcance

Este ECBE provee recomendaciones basadas en la mejor evidencia sobre la prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de pacientes adultos con ACV de tipo isquémico, atendidos en los ámbitos de la consulta externa, hospitalización y cuidados intensivos del Hospital Universitario Nacional de Colombia (HUN)

Las recomendaciones están dirigidas a profesionales de la salud en formación y en ejercicio (Médicos generales, intensivistas, internistas, anestesiólogos, especialistas en dolor y cuidado paliativo, fisiatras, geriatras, patólogos, neurólogos, neurocirujanos, psiquiatras, radiólogos, enfermeros, químicos farmacéuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, ingenieros biomédicos, bacteriólogos, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, estudiantes de ciencias de la salud de pregrado o posgrado, técnicos o auxiliares) involucrados en la atención de pacientes mayores de 18 años, con ACVi, así como por personal asistencial y administrativo que hagan parte en la toma de decisiones en el tratamiento de estos pacientes en la institución, con el fin de facilitar el desarrollo e implementación del estándar.

Es importante mencionar que este documento no incluye recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del ACVi en población pediátrica o gestantes.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Objetivos

Estos se dividen en general y específicos, como se detalla a continuación.

### Objetivo general

Establecer las indicaciones para la prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes mayores de 18 años con ACV de tipo isquémico atendidos en el HUN, mediante el desarrollo de un ECBE.

### Objetivos específicos

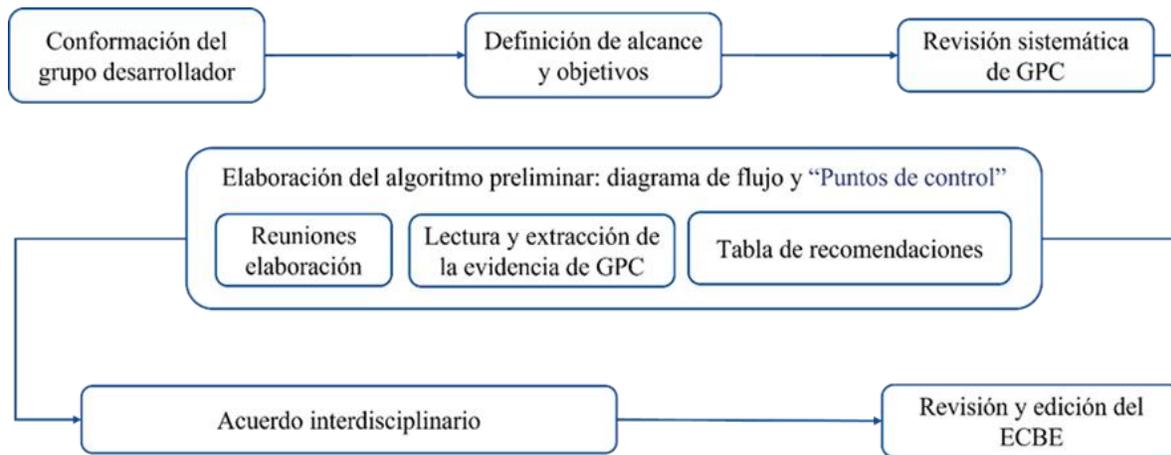
- Definir las recomendaciones basadas en la evidencia para el diagnóstico y búsqueda etiológica de los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ACV de tipo isquémico.
- Generar las recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención secundaria de los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ACV de tipo isquémico.
- Elaborar las recomendaciones basadas en la evidencia para las intervenciones agudas y de soporte de los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ACV de tipo isquémico.
- Establecer las recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento agudo y crónico de los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ACV de tipo isquémico.
- Definir las recomendaciones basadas en la evidencia para la rehabilitación y los lineamientos post hospitalarios de los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ACV de tipo isquémico.
- Elaborar un algoritmo clínico para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con ACV de tipo Isquémico en los ámbitos de consulta externa, hospitalización, urgencias y unidad de cuidados intensivos
- Identificar los puntos de control para la implementación y evaluación del ECBE.
- Presentar los lineamientos para la difusión e implementación del ECBE.

	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Metodología

El ECBE se desarrolló mediante un proceso secuencial de siete componentes: i) conformación del equipo desarrollador; ii) definición del alcance y los objetivos del ECBE; iii) revisión sistemática de guías de práctica clínica (GPC); iv) elaboración del algoritmo preliminar; v) desarrollo de un acuerdo interdisciplinario; vi) elaboración del algoritmo final, y vii) revisión y edición del ECBE (Figura 1).

**Figura 1.** Metodología del proceso secuencial de desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con infección de piel y tejidos blandos en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.



**Fuente:** elaboración propia.

El grupo desarrollador del ECBE estuvo conformado por expertos en medicina interna, neurología clínica y en epidemiología clínica. Todos los miembros diligenciaron los formatos de divulgación de conflictos de intereses. Una vez constituido, el grupo interdisciplinario estableció los objetivos y el alcance del ECBE. En la etapa de revisión de la literatura, se realizaron búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos (Medline, Embase y lilacs) y organismos desarrolladores y compiladores de GPC, usando lenguaje controlado para identificar las GPC que respondieran al objetivo y alcance planteados (ver anexo 1 para más información sobre las estrategias de búsqueda).

El proceso de tamización y selección de la evidencia se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad establecidos por el equipo desarrollador:

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### 1. Criterios de inclusión

- GPC sobre prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes con ACV de tipo isquémico
- GPC en inglés o español, con posibilidad de acceso a texto completo
- GPC publicadas en los últimos 10 años (2013 - 2023)
- GPC con evaluación de la calidad global mayor a seis según el instrumento AGREE II o con un puntaje mayor a 60 % en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial.

### 2. Criterios de exclusión

- GPC sobre prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes con ACV de tipo isquémico en población pediátrica o gestante.

La tamización de la evidencia se realizó mediante la revisión del título, resumen y texto completo de los documentos identificados en las búsquedas sistemáticas. Este proceso se hizo de manera independiente por dos miembros del grupo desarrollador; las discrepancias las resolvió un tercer integrante. La calidad de las GPC seleccionadas la evaluaron de manera independiente dos integrantes del grupo desarrollador (un experto clínico y un experto metodológico), para lo cual se utilizó el instrumento AGREE-II (8).

El proceso de tamización y selección de las GPC se resume en el diagrama PRISMA (anexo 1). Finalmente, después de aplicar los criterios de elegibilidad se incluyeron los documentos presentados en la tabla 1. Para más información sobre las búsquedas sistemáticas de la literatura, ver el anexo 2.

**Tabla 1.** Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia.

Id	Nombre de la GPC	Grupo de desarrollador	País	Idioma	Año	Reporte AGREE-II		
						Rigor metodológico	Independencia editorial	Calidad global
GPC1	Canadian Stroke Best Practice Recommendation for Acute	Canadian Stroke Consortium	Canadá	Inglés	2018	70,8%	75%	5

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>						
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>						
	Código: IN-EC-28		Vigente desde: 09-07-2024			Versión: 001	

	Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018							
GP C2	Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association.	American Heart Association	Estados Unidos	Inglés	2019	88%	100%	7
GP C3	Accidente Cerebrovascular Isquémico en	Superintendencia de Salud	Chile	Español	2013	68%	95%	5

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>						
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>						
	Código: IN-EC-28		Vigente desde: 09-07-2024			Versión: 001	

	personas de 15 años y más							
GP C 4	2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association.	American Heart Association	Estados Unidos	Inglés	2018	86%	100%	7
GP C 5	Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015	Canadian Stroke Consortium	Canadá	Inglés	2015	74%	87%	6
GP C 6	European Stroke Organisation (ESO) guideline on screening for subclinical atrial fibrillation	European Stroke Organisation (ESO)	Europa	Inglés	2022	87%	100%	7

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>							
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>							
	Código: IN-EC-28		Vigente desde: 09-07-2024			Versión: 001		

	after stroke or transient ischaemic attack of undetermined origin.							
GP C 7	European Stroke Organisation guidelines on stroke in women: Management of menopause, pregnancy and postpartum	European Stroke Organisation (ESO)	Europa	Inglés	2022	82%	87%	6
GP C 8	European Stroke Organisation (ESO) guidelines on the management of space-occupying brain infarction.	European Stroke Organisation (ESO)	Europa	Inglés	2019	86%	100%	6
GP C 9	Recommendations for the management of cerebral and cerebellar infarction with swelling: a statement for healthcare	American Heart Association	Estados Unidos	Inglés	2014	90%	100%	6

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>						
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>						
	Código: IN-EC-28		Vigente desde: 09-07-2024			Versión: 001	

	professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.							
GP C 10	Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del ataque cerebrovascular isquémico	Seguro Social de Salud. Lima, Perú	Perú	Español	2020	86%	87%	6
GP C 11	European Stroke Organisation guidelines on treatment of patients with intracranial atherosclerotic disease	European Stroke Organisation (ESO)	Europa	Inglés	2022	85%	100%	6
GP C 12	Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017	Canadian Stroke Consortium and the Canadian Association of Emergency Physicians	Canadá	Inglés	2018	74%	100%	6

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>							
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>							
	Código: IN-EC-28		Vigente desde: 09-07-2024			Versión: 001		

GP C 13	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019	Canadian Stroke Consortium and the Canadian Association of Emergency Physicians	Canadá	Inglés	2020	70%	100%	6
GP C 14	Vigilancia y Prevención secundaria de la Enfermedad Vascular Cerebral en el primer nivel de atención	Instituto Mexicano del Seguro Social	México	Español	2015	67%	95%	5
GP C 15	National clinical guideline for stroke for the UK and Ireland	SIGN, NICE, Royal College of physicians	Reino Unido/Irlanda	Inglés	2023	91%	100%	7
GP C 16	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Secondary Prevention of Stroke Update 202	Heart and Stroke Foundation of Canada	Canadá	Inglés	2021	81%	95%	6
GP C 17	Canadian Stroke Best Practice Recommendations	Heart and Stroke Foundation	Canadá	Inglés	2022	88%	100%	7

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>					
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>					
	Código: IN-EC-28		Vigente desde: 09-07-2024		Versión: 001	

	tions: Acute Stroke Management, 7 Edition Practice Guidelines Update, 2022	n of Canada						
GP C 18	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Virtual Stroke Rehabilitation Interim Consensus Statement 2022	Heart and Stroke Foundation of Canada	Canadá	Inglés	2022	74%	100%	7
GP C 19	American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: prevention, diagnosis, and treatment of cerebrovascular disease in children and adults	The American Society of Hematology	Estados Unidos	Inglés	2020	77%	87%	6
GP C 20	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y	Ministerio de Salud y Protección Social	Colombia	Español	2015	93%	100%	7

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>							
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>							
	Código: IN-EC-28		Vigente desde: 09-07-2024			Versión: 001		

	rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años							
GP C 21	Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management	NICE	Reino Unido	Inglés	2019	95%	100%	7
GP C 22	Stroke rehabilitation in adults	NICE	Reino Unido	Inglés	2013	95%	100%	7

GPC: guía de práctica clínica.

**Fuente:** elaboración propia.

En cuanto a la elaboración de la propuesta preliminar del ECBE: en primer lugar, se elaboró una tabla de extracción de información utilizando un sistema de dominios (explicado en el anexo 1); en segundo, se extrajo la evidencia contenida en las 22 GPC seleccionadas (los niveles de evidencia y grados de recomendación utilizados por cada una de las GPC se encuentran en el anexo 4), y, finalmente, se identificaron las áreas asistenciales del HUN involucradas en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con ACV de tipo isquémico, para elaborar el algoritmo clínico relacionado con el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con esta condición en la institución.

En la fase del acuerdo interdisciplinario, se designaron representantes de las áreas asistenciales involucradas en la atención de estos pacientes, a quienes se les envió la versión preliminar del algoritmo con el fin de que lo evaluaran antes de asistir a la reunión de consenso. En esta reunión, participaron los representantes de los siguientes servicios/áreas asistenciales: Calidad y Gestión del Riesgo Clínico en Salud, cuidado crítico, dolor y cuidado paliativo, enfermería, epidemiología clínica, farmacia, fisioterapia, fonoaudiología, ingeniería biomédica, laboratorio clínico y patología, medicina física y

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

rehabilitación, medicina hospitalaria, neurocirugía, neurología, neuropsicología, nutrición, psicología, psiquiatría, seguridad del paciente, radiología y neurorradiología, terapia ocupacional, trabajo social. Los líderes clínicos del ECBE estuvieron a cargo de la presentación de los algoritmos y la reunión fue moderada por un representante de la Dirección de Investigación e Innovación.

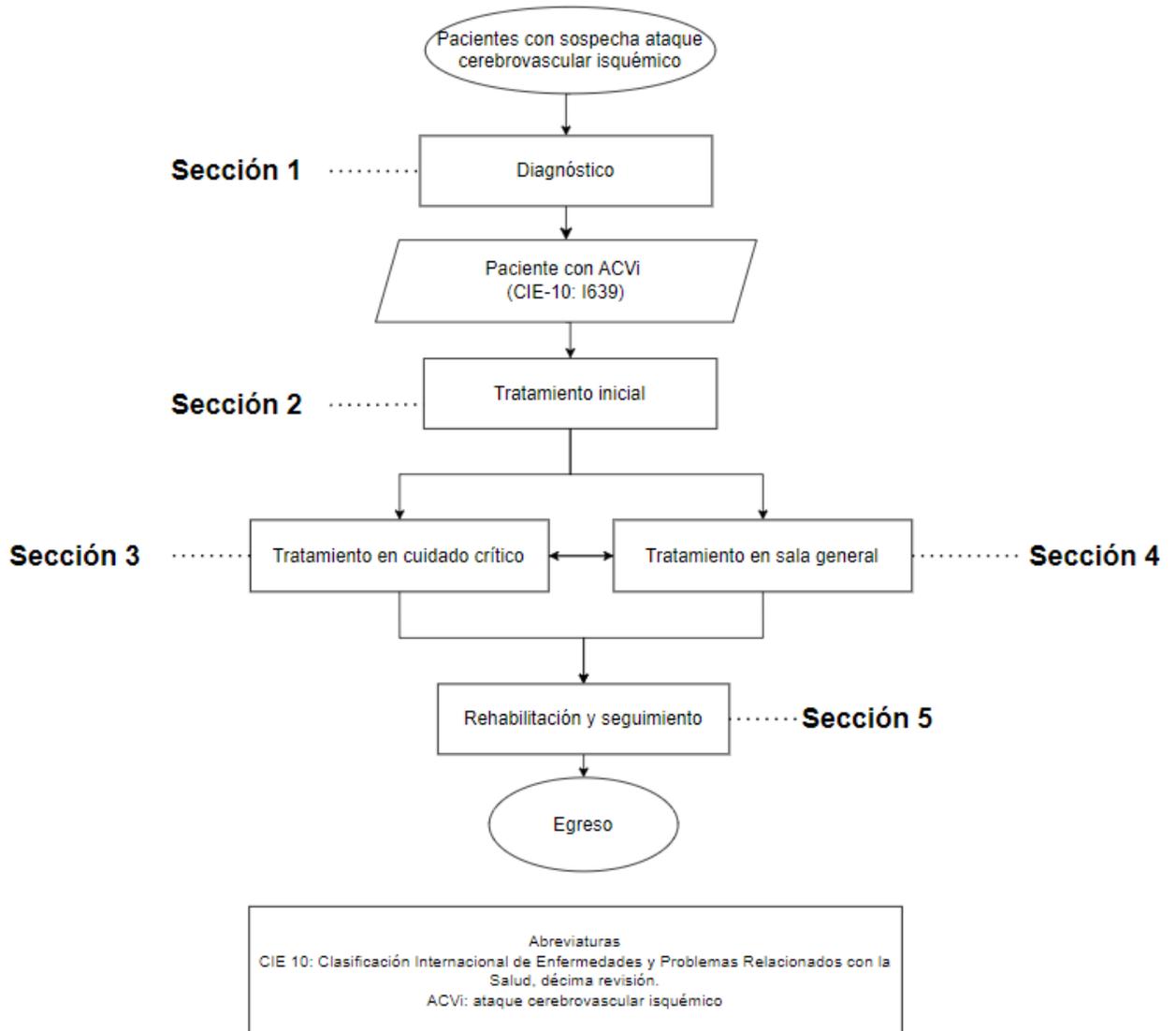
Se presentaron cinco (5) secciones del ECBE, así como una sección adicional sobre los puntos de control, y se realizaron las votaciones correspondientes para cada una. El resultado de las seis votaciones permitió confirmar la existencia de consenso total a favor de usar las recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con ataque cerebrovascular isquémico, para elaborar el algoritmo clínico para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con ataque cerebrovascular isquémico contenidas en los diagramas de flujo presentados (los resultados adicionales de este ejercicio se pueden consultar en el anexo 1).

Luego, el equipo desarrollador unificó las sugerencias realizadas en la reunión de consenso interdisciplinario y, con base en estas, elaboró la versión final del ECBE. Por último, se realizó la revisión de estilo y diagramación del documento y, de esta forma, se obtuvo la versión final.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Diagramas de flujo y puntos de control

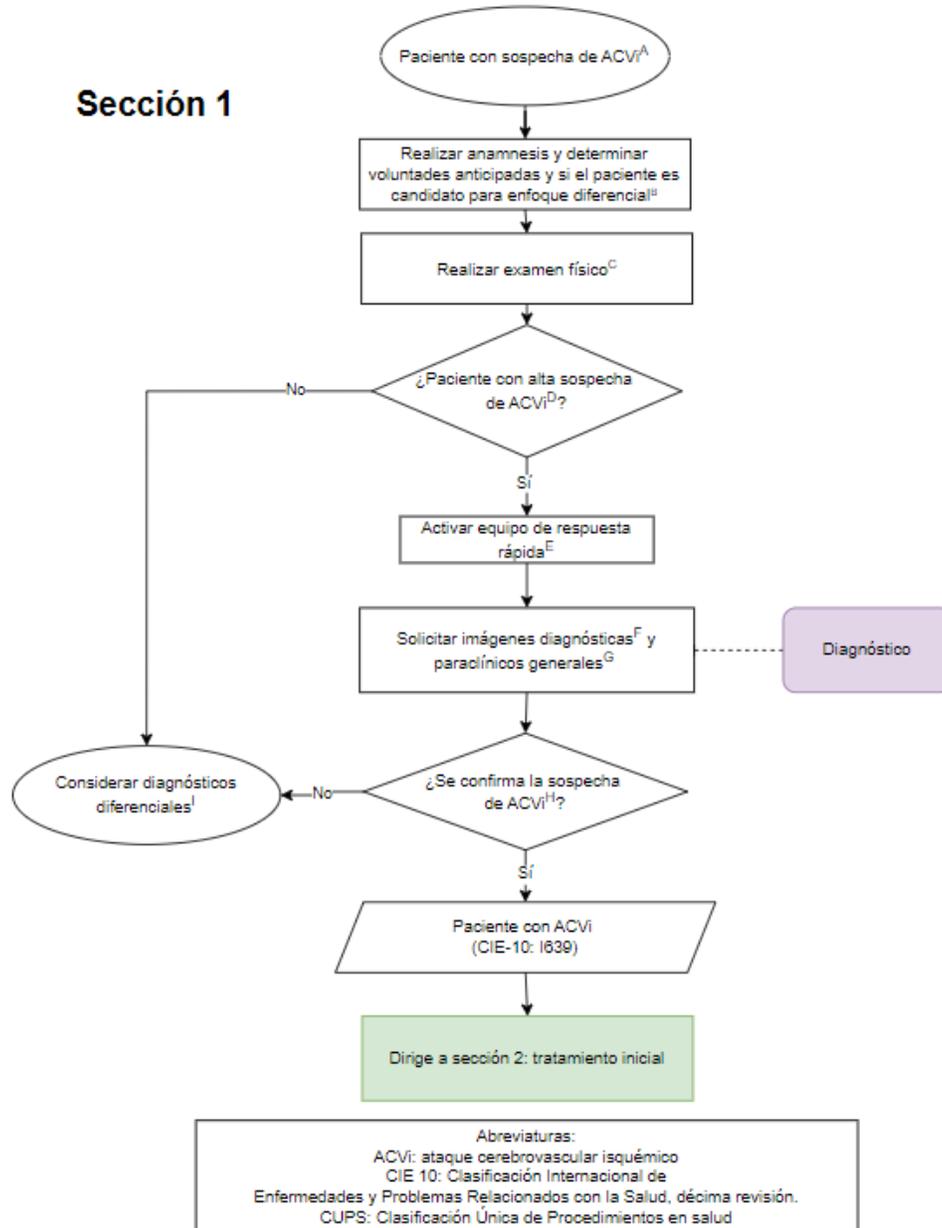
**Figura 2.** Diagrama de flujo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con ataque cerebrovascular de tipo isquémico en el Hospital Universitario Nacional de Colombia.



	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Sección 1: paciente con sospecha de ACVi**

**Figura 3.** Sección 1 del diagrama de flujo: paciente con sospecha de ataque cerebrovascular de tipo isquémico.



**Fuente:** elaboración propia

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Información adicional

**A. Paciente con sospecha de ACVi:** sospechar ACVi en el paciente con déficit neurológico focal de inicio súbito en cualquier entorno hospitalario o ambulatorio. Se recomienda la utilización del acrónimo CORRE (cara torcida, alteración de la visión, rápida debilidad en un brazo o pierna, raro al hablar y llamar a la línea de emergencias 123) (Anexo 5) o el uso de escalas de tamización de ACV validadas como la “Recognition of Stroke in the Emergency Room (ROSIER, por sus siglas en inglés)”, para el entorno donde se identifique o se sospeche esta entidad (Anexo 6); esta última escala presenta sensibilidad del 89 % y especificidad del 76 % (Nivel de evidencia [NE]: 1b+, Grado de recomendación [GR]: A; NICE) (37, 40).

**B. Anamnesis en el paciente con sospecha de ACV isquémico:** se recomienda una anamnesis enfocada, abreviada y rápida que incluya elementos como: edad, red de apoyo social, funcionalidad previa (se recomienda usar la escala de Rankin modificada-mRS (Anexo 7)), hora de inicio de síntomas o última vez visto en adecuadas condiciones, tipo de déficit neurológico, síntomas como crisis epiléptica, cefalea, náuseas o vómito, velocidad de instauración de los síntomas, antecedentes médicos de importancia, historia de cirugías recientes (especialmente intracraneal, espinales o gastrointestinales), historia de masas cerebrales o ACV previos, uso de antiagregantes y/o anticoagulantes, dosis administrada y última hora de su administración, historia de hemorragia gastrointestinal u otros orígenes (urinaria, vaginal), antecedentes alérgicos y estado de embarazo (recomendación de expertos).

Se recomienda evaluar y registrar en la historia clínica de forma anticipada si existen preferencias con respecto al plan de cuidado avanzado y el fin de vida en el paciente, sus familiares y/o cuidadores. Además, se debe tener en cuenta en todos los pacientes que aplique, el enfoque diferencial, según el protocolo institucional (recomendación de expertos)

**C. Examen físico en el paciente con sospecha de ACV isquémico:** en el examen físico se recomienda monitorizar los signos vitales (temperatura, frecuencia cardiaca, tensión arterial, saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria) además de utilizar la escala National institute of Health Stroke Scale (NIHSS), que evalúa 11 elementos de forma rápida y enfocada, ver anexo 8 (recomendación de expertos).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**D. Paciente con alta sospecha de ACV isquémico:** la anamnesis y el examen físico son compatibles con un ACV (se identifica un cuadro de déficit neurológico con un tiempo de instauración agudo). En caso de ser afirmativo, y que sea candidato a tratamiento (según voluntades anticipadas y considerando el enfoque diferencial), se debe activar el llamado al equipo de respuesta rápida institucional.

**E. Activar equipo de respuesta rápida:** cada que se sospeche que un paciente presenta clínica de ACV *de novo*, se debe notificar al equipo de respuesta rápida, según lineamientos institucionales, para dirigir tratamiento del paciente tan pronto como sea posible (recomendación de expertos).

**F. Imágenes diagnósticas en el paciente con alta sospecha de ACV:** se recomienda que, en el paciente con sospecha de ACV, se realicen imágenes cerebrales por tomografía de cráneo (TC) como primera opción (CUPS: 879111), o resonancia magnética (RM) cerebral simple de forma prioritaria (como segunda opción; CUPS: 883101), para determinar el tipo de evento y la localización del mismo (NE: alta, GR: A, GRADE) (33). Algunas consideraciones son:

- En el paciente con ventana menor a 4,5 horas candidatos a trombólisis se recomienda la realización de TC simple de forma inmediata (CUPS: 879111) (NE: alta, GR: A, GRADE) (33).
- En el paciente con ventana < 6,0 horas candidatos a trombectomía mecánica, debería realizarse TC simple (CUPS: 879111) y AngioTC de cráneo (CUPS: 879901 y 879910) de forma inmediata (arco aórtico hasta vertex) (NE: moderado, GR: A, Canadian Stroke Consortium) (17).
- Al paciente con ACV del despertar, se recomienda realizar RM de cerebro simple (CUPS: 883101), AngioRM (CUPS: 883101 y 883911) y RM-Perfusión (CUPS: 883904) o RM simple (CUPS: 883101), AngioTC (CUPS: 879901 y 879910) y TC-Perfusión (CUPS: 879903) (recomendación de expertos).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

- En el paciente con ventana tardía (6,0 - 24,0 horas) que se considere candidato a terapias de reperfusión, se debería realizar TC de cráneo simple (CUPS: 879111), AngioTC de cráneo (CUPS: 879901 y 879910) y TC-Perfusión (CUPS: 879903) o RM simple (CUPS: 883101), AngioRM (CUPS: 883101 y 883911) y RM-Perfusión (CUPS: 883904) (NE: moderado, GR: A, GRADE) (33). En las imágenes de perfusión se buscan mirar las características del infarto, tanto la zona de penumbra como el núcleo del infarto, flujo sanguíneo cerebral, volumen sanguíneo cerebral, así como los tiempos de tránsito medio, tiempo hasta el pico y Tmax, con los cuales se toma la determinación de ofrecer la terapia de reperfusión mecánica (Ver tabla 2).

Se recomienda lograr un tiempo de puerta-imagen menor o igual a 20 minutos y tiempo puerta-aguja menor o igual de 45 minutos en más del 50 % de los pacientes con alta sospecha de ACV isquémico (NE: II, GR: A, AHA/ASA) (18).

**Tabla 2.** Criterios de discordancia Infarto /penumbra en CT - Perfusión

<b>Criterios de discordancia Infarto/Penumbra en CT-Perfusión:</b>
Mismatch Ratio (MMR) >1,8 (Relación de discrepancia)
Volumen de penumbra >15 mL
Volumen del núcleo del infarto <70 mL

**Fuente:** adaptado de (46).

**G. Solicitud de paraclínicos generales en el paciente con alta sospecha de ACV isquémico:** dentro de los estudios iniciales, se recomienda la toma de glucometría al azar (CUPS: 903883) como el único estudio de laboratorio requerido para la toma de decisiones clínicas de reperfusión (NE: moderado, GR: A, Canadian Stroke Consortium) (17); sin embargo, se pueden realizar otros estudios como hemograma IV (CUPS: 902210), electrolitos (sodio, cloro, potasio y calcio; CUPS: 903605), tiempos de coagulación (CUPS: 902045 y 902049), electrocardiograma (CUPS: 895100) y creatinina (CUPS: 903895) de acuerdo al criterio del grupo tratante o equipo de respuesta rápida (NE:II, GR: A, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE:II, GR: A, GRADE) (33), (NE:II, GR: A, NICE) (37).

**H. Confirmación diagnóstica de ACV isquémico:** la confirmación se realiza con una alta sospecha clínica, una neuroimagen (TC o RM) que descarta hemorragia intracraneal, con o sin hallazgos de isquemia cerebral, y descartando los posibles diagnósticos diferenciales (recomendación de expertos). La confirmación diagnóstica se encuentra a cargo del equipo de respuesta rápida y/o el médico tratante (recomendación de expertos).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**I. Diagnósticos diferenciales del ACV isquémico:** se recomienda evaluar posibles imitadores de ACV (diagnósticos diferenciales) basados en la anamnesis, examen físico y paraclínicos, los cuales son enfermedades con cuadros clínicos similares al ACV clasificados como funcionales (ej, depresión, ansiedad) o médicos (ej, migraña, síndrome de Guillain Barre, hipoglicemia, hiponatremia, crisis epilépticas, intoxicaciones, neoplasia cerebral) (recomendación de expertos).

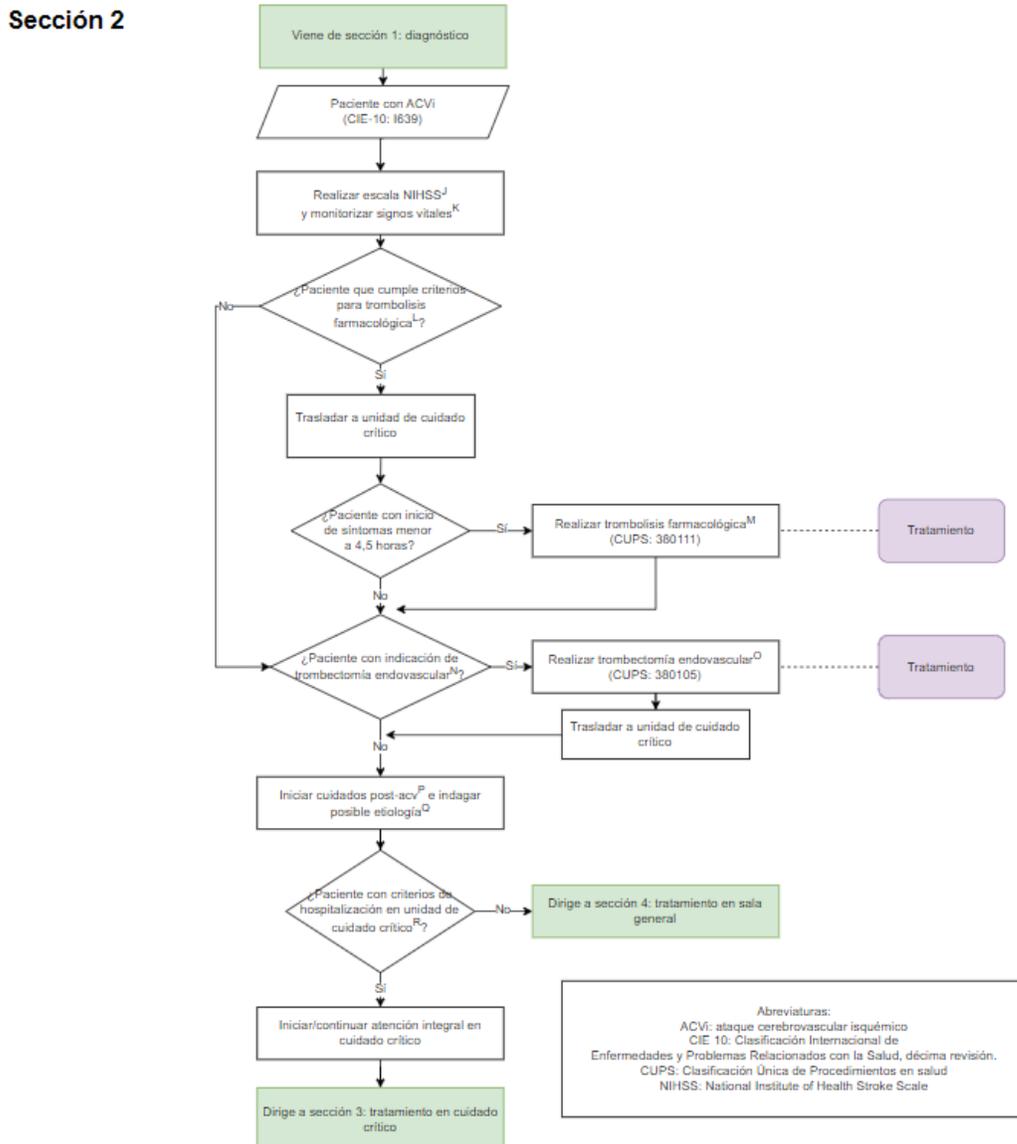
Dentro de los diagnósticos diferenciales más frecuentes, se encuentran:

- Hipoglicemia/hiperglicemia
- Trastorno Neurológico Funcional
- Migraña con Aura
- Crisis Epilépticas
- Hiponatremia
- Síndrome de Guillain Barre
- Intoxicaciones Agudas
- Neoplasias Cerebrales
- Amnesia Global Transitoria
- Absceso Cerebral
- Hematoma Subdural

	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Sección 2: tratamiento inicial del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico

**Figura 4.** Sección 2 del diagrama de flujo: tratamiento inicial del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico



Fuente: elaboración propia

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Información Adicional

**J. Realización de escala NIHSS en el paciente con ACV isquémico:** en el paciente con sospecha o confirmación de ACV se recomienda la realización de la escala NIHSS (Anexo 8) por personal médico o asistencial entrenado en su aplicación lo más pronto posible (menos de 10 minutos) para la toma de decisiones (recomendación de expertos).

**K. Monitorización de signos vitales en el paciente con ACV isquémico:** se recomienda la monitorización de los signos vitales (incluido el NIHSS) y la hoja neurológica (anexo 9), de acuerdo a protocolo institucional (recomendación de expertos). En cuanto a la presión arterial (PA), se recomienda que si el paciente con ACV no es candidato a terapias de reperfusión y presenta cifras tensionales  $\geq 220/120$  mmHg, éstas se disminuyan en un 15 % en las primeras 24 horas de inicio de los síntomas (NE: bajo, GR: condicional, GRADE) (33).

Si el paciente con ACV es candidato a terapias de reperfusión, se recomienda una meta menor a 185/110 mmHg. Esta es una contraindicación relativa, dado que se debe usar medicamentos antihipertensivos intravenosos (Tabla 3) para llegar a la meta (NE: II, GR: A, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: II, GR: A, GRADE) (33). Así mismo, en el paciente que ha sido llevado a terapias de reperfusión, se debe mantener una meta menor a 180/105 mmHg durante las primeras 24 horas. La elección del antihipertensivo se debe realizar de acuerdo a la disponibilidad institucional y las contraindicaciones de los mismos (recomendación de expertos).

Los signos vitales se deben tomar cada 15 minutos posterior al inicio de la terapia de reperfusión farmacológica durante la primera hora, luego a las 2 horas, seguido cada 2 horas durante otras 8 horas, hasta cada 4 horas durante las 24 horas posterior al inicio de la infusión (recomendación de expertos).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Tabla 3.** Medicamentos para el control de la presión arterial en ACV

<b>Medicamentos para el control de la presión arterial en ACV</b>
<p>Labetalol 10-20 mg IV para pasar en 1-2 en bolo (se puede repetir una vez).</p> <p>Contraindicado en bloqueo auriculoventricular de segundo o tercer grado, shock cardiogénico y otros estados asociados a hipotensión prolongada y grave o bradicardia grave, asma o historia de obstrucción de vías respiratorias, hipersensibilidad a labetalol.</p>
<p>Nicardipina, 5 mg/h IV, ajustar a 2,5 mg/h cada 5 a 15 min, máximo 15 mg/h; cuando se alcance la PA deseada, ajuste para mantener los límites de PA adecuados.</p> <p>Contraindicado en hipersensibilidad a nicardipino, estenosis aórtica avanzada, hemorragia intracraneal, hipertensión endocraneal, angina inestable, durante un período de 8 días después de un infarto de miocardio.</p>
<p>Clevidipina, 1 a 2 mg/h IV, valorar duplicando la dosis cada 2 a 5 min hasta alcanzar la PA deseada; máximo 21 mg/h.</p> <p>Contraindicado en hipersensibilidad a clevidipino, defectos en el metabolismo de los lípidos como hiperlipidemia patológica, nefrosis lipóide o pancreatitis aguda con hiperlipidemia.</p>
<p>También se pueden considerar otros agentes (p. ej., hidralazina, enalaprilato, esmolol o nitroprusiato)</p>

**Fuente:** Tomado y adaptado de (20).

No se recomienda la hipotermia terapéutica como parte del tratamiento del paciente con ACVi agudo (NE: III, GR: B, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: III, GR: B, GRADE) (33). En el paciente con temperatura mayor a 38° C, es razonable buscar su etiología e iniciar manejo antipirético con medidas farmacológicas y no farmacológicas (NE: III, GR: A, Canadian Stroke Consortium) (17).

Se recomienda el uso de oxígeno suplementario en el paciente con niveles de saturación ≤ 94 % (NE: III, GR: A, Canadian Stroke Consortium) (17).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**L. Criterios para trombólisis farmacológica:** los criterios para trombólisis (CUPS: 380111) con alteplasa o tenecteplasa son los siguientes (NE: alta, GR: A, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: alta, GR: A, AHA/ASA) (18), (NE: alta, GR: A, NICE) (37):

- Edad  $\geq$  18 años,
- Sin contraindicaciones para trombólisis (se presentan al detalle más adelante en este documento)
- Tiempo de inicio de síntomas  $<$ 4,5 horas
- ACV del despertar o tiempo desconocido con discordancia en RM entre FLAIR/difusión

Dentro de las contraindicaciones para esta intervención, se encuentran:

- Historia de hemorragia intracraneal en cualquier momento
- ACV, trauma craneoencefálico severo o neurocirugía (últimos 3 meses)
- Diagnóstico de endocarditis infecciosa
- Presencia de neoplasia cerebral o espinal
- Neoplasia maligna o hemorragia gastrointestinal (últimos 21 días)
- Diagnóstico de disección aórtica
- Uso de anticoagulación con heparina de bajo peso molecular con última dosis  $<$  24 horas
- Uso de anticoagulantes orales directos con con última dosis  $<$ 48 horas
- Uso de warfarina con INR  $>$ 1,7
- Cifras tensionales  $\geq$  185/110 mmHg
- Hipodensidad mayor a un tercio (1/3) del territorio de arteria cerebral media o ASPECTS  $<$  6 puntos (contraindicación relativa) (anexo 10)

En el paciente con ventana tardía (4,5 - 9,0 horas de inicio de síntomas) se recomienda considerar la trombólisis (CUPS: 380111) con alteplasa si hay evidencia de discordancia Core/perfusión en el CT-perfusión (recomendación de expertos), (Ver tabla 2).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**M. Trombólisis farmacológica:** en el paciente elegible para trombólisis farmacológica en ventana corta (< 4,5 horas) se recomienda el uso de alteplasa o tenecteplase (solo una de las dos), como primera línea, administrar alteplasa a dosis de 0,9 mg/kg (dosis total máxima de 90 mg), con aplicación en bolo del 10 % y posteriormente en infusión continua del 90 % restante (0,81 mg/kg) en 60 minutos. De manera alterna como segunda opción se puede usar el tenecteplase a dosis a 0,25 mg/kg (dosis máxima 25 mg) aplicada en un único bolo intravenoso. La elección del medicamento para la trombólisis farmacológica depende de la disponibilidad institucional. Las dosis de los trombolíticos NO son las mismas dosis para síndrome coronario agudo o embolia pulmonar y su elección depende de la disponibilidad institucional (recomendación de expertos). Para ventana tardía (4,5 - 9,0 horas) se recomienda el uso de alteplasa únicamente (NE: alta, GR: A, GRADE) (33).

Se debe realizar consentimiento informado previo al procedimiento y consignar en la historia clínica las voluntades anticipadas del paciente (recomendación de expertos).

**N. Indicación de trombectomía endovascular:** se recomienda la trombectomía mecánica (CUPS: 380105) con stent retriever o aspiración directa en el paciente que cumpla los siguientes criterios (17, 33):

- Edad  $\geq$  18 años
- mRS previo entre 0-1 con expectativa de vida > 3 meses
- ASPECTS  $\geq$  6 puntos (anexo 10)
- NIHSS  $\geq$  6 puntos
- Tiempo de inicio de síntomas hasta punción <6,0 horas
- Oclusión de gran vaso de circulación anterior (M1, carótida interna, arteria basilar)

Se recomienda considerar la trombectomía mecánica en pacientes seleccionados con ventana tardía (6 – 24 horas), basados en los hallazgos de neuroimágenes simples y avanzadas (CT-Perfusión), así como la funcionalidad previa (NE: I, GR A, GRADE) (33).

Se recomienda considerar la trombectomía mecánica en el paciente con oclusión de gran vaso de circulación posterior (ej: arteria basilar) basado en la funcionalidad previa, déficit neurológico y hallazgos de imagen. (NE: II, GR Condicional, GRADE) (33). En todos los casos, se debe consultar con equipo tratante, neurología, familia y cuidadores, para la toma de decisiones (recomendación de expertos).

Se recomienda realizar trombólisis en el paciente con ventana corta (< 4,5 horas) previa a la trombectomía mecánica (terapia puente), (NE: I, GR A, GRADE) (33).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Se debe realizar consentimiento informado previo al procedimiento y consignar en la historia clínica, teniendo en cuenta el enfoque diferencial y las voluntades anticipadas del paciente (recomendación de expertos).

**O. Trombectomía endovascular (CUPS: 380105):** en casos en los cuales no se disponga de la realización oportuna de trombectomía mecánica, se recomienda iniciar el proceso de referencia a instituciones dentro de la red de ACV que dispongan de este servicio de forma oportuna (recomendación de expertos).

**P. Cuidados post-ACV:** estas son algunas recomendaciones a realizar en el paciente luego de un ACV (NE: II, GR A, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: II, GR A, GRADE) (33):

- Iniciar trombotprofilaxis mecánica o farmacológica según sea el caso
- Inicio de antiagregación en monoterapia o terapia dual según sea el caso
- Inicio de estatina, según sea el caso
- Conciliación de antihipertensivos a las 48 – 72 horas del inicio de síntomas
- Meta de presión arterial < 220/110 mmHg
- Niveles de glicemia entre 140 y 180 mg/dl, evaluar los mismos de acuerdo a protocolo institucional

Además de las anteriores, se recomienda considerar otras que se presentan más adelante en este documento (sección 5).

**Q. Estudios de etiología en paciente con ACV:** se recomienda la búsqueda activa de la etiología del ACV para establecer la mejor estrategia de prevención secundaria. A continuación, se describen las recomendaciones en cuanto a estudios de etiología y según la etiología identificada se recomiendan los siguientes tratamientos:

- **Estudios de Etiología:** se recomienda realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones (CUPS: 895100) estándar para evaluar patología cardiaca estructural, fibrilación atrial o infarto agudo al miocardio concomitante, que sean factores causales o de riesgo del ACV (NE: II, GR A, AHA/ASA) (18), (NE: II, GR A, GRADE) (33). Se recomienda además la realización de un electrocardiograma de 24 horas ([holter] CUPS: 895001) en el paciente con sospecha de etiología embólica y candidato potencial a anticoagulación (NE: II, GR A, AHA/ASA) (18), (NE: II, GR A, GRADE) (33). El monitoreo prolongado intrahospitalario no se recomienda de rutina (NE: III, GR: B, AHA/ASA) (18).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Monitoreos prolongados de hasta 14 días con electrocardiograma, se recomienda en el paciente con electrocardiograma y/o holter-24 horas iniciales normal, pero con alta sospecha de etiología embólica de fuente desconocida, para mejorar la detección de fibrilación atrial paroxística en el paciente  $\geq 55$  años candidato a anticoagulación (NE: I, GR: A, GRADE) (33).

Se recomienda la realización de ecocardiograma transtorácico en el paciente con sospecha de etiología embólica para identificar información adicional para establecer una terapia de prevención secundaria adecuada que incluya anticoagulación (NE: II, GR A, AHA/ASA) (18), (NE: II, GR A, GRADE) (33).

La realización de una RM cerebral (CUPS: 883101) para aportar información adicional en la selección de la estrategia de prevención secundaria se recomienda en: 1) el paciente con estenosis carotídea que es candidato potencial para la revascularización carotídea, en quien la TC simple o el examen neurológico (p. ej., hemiparesia motora pura) no permite una localización precisa y 2) el paciente con foramen oval persistente (FOP) que es candidato potencial para el cierre mecánico (NE: III, GR: B, AHA/ASA) (18).

Se recomienda en el paciente con ACV en territorio carotídeo no discapacitante (mRS 0 - 2), posible candidato a endarterectomía o terapia endovascular, realización de AngioTC de vasos de cabeza y cuello (extra e intracraneal) (CUPS: 879901 y 879910) en las primeras 24 horas (NE: II, GR: A, AHA/ASA) (18).

Se recomienda descartar diabetes *Mellitus* tipo 2 con hemoglobina glicada (HbA1c, CUPS: 903426), prueba de tolerancia oral a la glucosa (CUPS: 903842) o glicemia (CUPS: 903841) individualizando cada caso (NE: III, GR: B, AHA/ASA) (18). En caso de encontrar diabetes mellitus, se recomienda iniciar tratamiento de la misma según ECBE de diabetes mellitus hospitalario o diabetes mellitus ambulatorio según corresponda (recomendación de expertos)

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

En general:

- No se recomienda el estudio de trombofilias primarias en el paciente con ataque cerebrovascular (NE: III, GR: B, AHA/ASA) (18).
- No se recomienda el estudio de síndrome antifosfolípidos en el paciente con ACV de forma rutinaria si no hay otras manifestaciones del síndrome y que tenga otras etiologías más probables como aterosclerosis, estenosis carotídea o fibrilación atrial (NE: III, GR: C, AHA/ASA) (18).
- No se recomienda el estudio de apnea del sueño en el paciente con ACV de forma rutinaria (NE: III, GR: B, AHA/ASA) (18).
- No se recomienda el estudio de hiperhomocisteinemia en el paciente con ACV de forma rutinaria (NE: III, GR: B, AHA/ASA) (18).
- **Tratamiento según causa-específica:** se propone el tratamiento teniendo en cuenta la causa específica, así:
  - Fibrilación atrial: se recomienda el inicio de anticoagulación oral según cada caso individualizado (NE: II, GR A, AHA/ASA) (18), (NE: II, GR A, Canadian Stroke Consortium) (32).
  - Foramen oval persistente: evaluar si hay una relación causal, se recomienda usar la escala de Pascal (anexo 11) para establecer si es de alto riesgo de embolia paradójica y si es candidato a cierre percutáneo (edad entre 18-60 años) (NE: II, GR A, AHA/ASA) (18), (NE: II, GR A, Canadian Stroke Consortium) (32).
  - Disección Craneocervical: inicio de antiagregación o anticoagulación según los factores de riesgo en cada caso (NE: II, GR A, AHA/ASA) (18), (NE: II, GR A, Canadian Stroke Consortium) (32).
  - Enfermedad aterosclerótica extracraneal: se recomienda el inicio de antiagregación o anticoagulación según los factores de riesgo en cada caso (NE: II, GR A, Canadian Stroke Consortium) (17).
  - Vasculitis: se recomienda inicio de inmunosupresores a altas dosis (metilprednisolona 1000 mg diarios por 5 días) con posterior uso de esteroides en dosis de reducción, en caso de etiología infecciosa tratar la causa ((NE: II, GR A, AHA/ASA) (18), (NE: II, GR A, Canadian Stroke Consortium) (32).
  - Trombosis venosa cerebral: inicio de anticoagulación con heparina de bajo peso molecular o no fraccionada hasta estabilización del paciente, para posterior cambio a warfarina o anticoagulantes orales directos (NE: II, GR A, AHA/ASA) (18), (NE: II, GR A, Canadian Stroke Consortium) (32).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

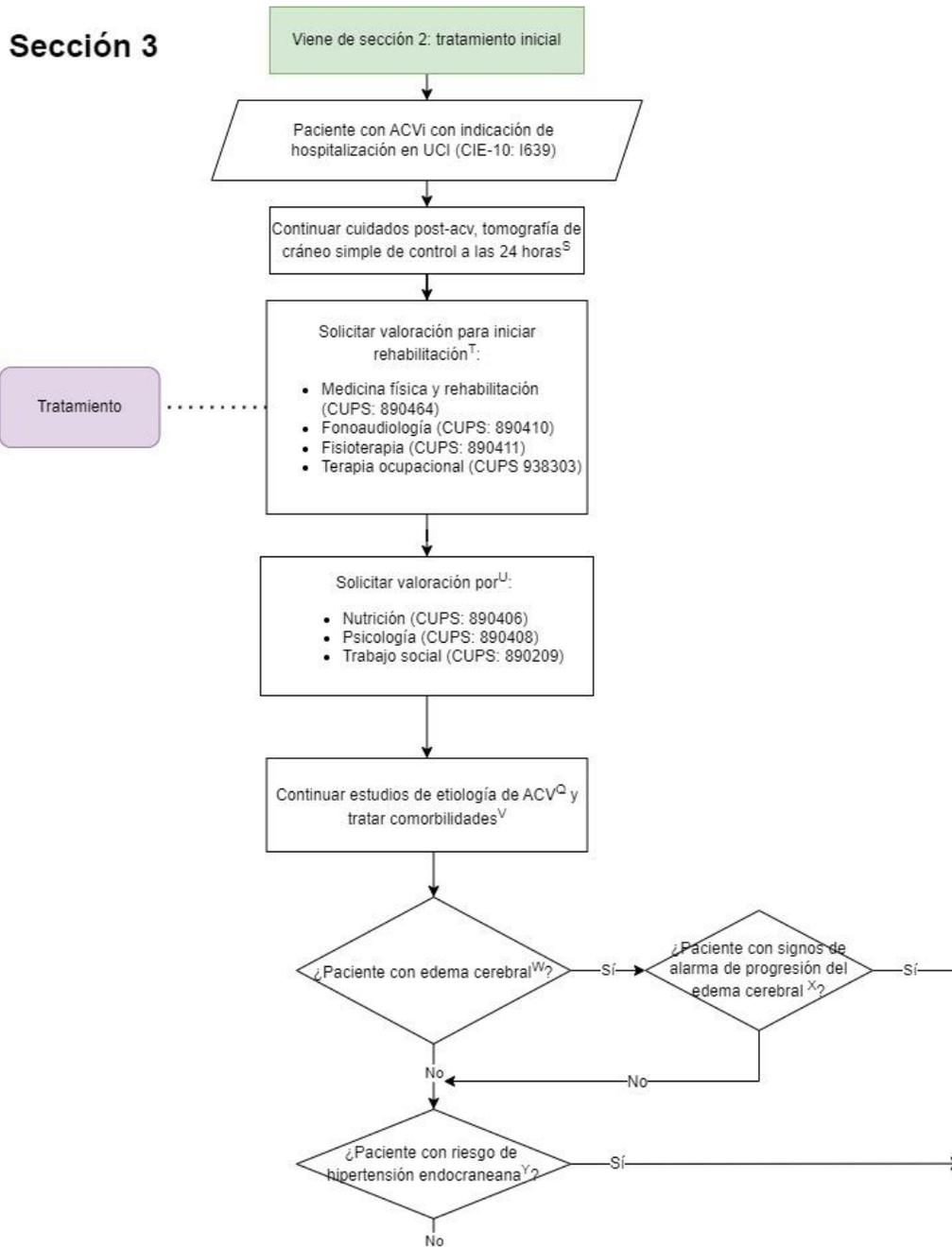
**R. Criterios de hospitalización en cuidado crítico en paciente con ACV:** se recomienda, teniendo en cuenta las voluntades anticipadas del paciente y su enfoque diferencial (si aplica), ingresar a hospitalización en unidad de cuidado crítico al paciente que presente cualquiera de las siguientes condiciones:

- Riesgo de edema cerebral maligno (hallazgos en RM de infartos extensos con volúmenes >80 ml o TC simple con escala ASPECTS <6 puntos (anexo 10) o compromiso mayor a 1/3 del territorio de la arteria cerebral media o infarto cerebeloso extenso con compresión de tallo o hidrocefalia), (recomendación de expertos).
- Paciente críticamente enfermo por patología neurológica o comorbilidades, (recomendación de expertos).
- Paciente que se le ha realizado terapias de reperfusión (trombólisis y/o trombectomía mecánica), (recomendación de expertos).
- Paciente con complicaciones agudas (ej: estado epiléptico, transformación hemorrágica, inestabilidad hemodinámica, infarto agudo al miocardio, insuficiencia respiratoria) (recomendación de expertos).
- Paciente que ha requerido de medicamentos antihipertensivos endovenosos para el control de la presión arterial.
- Paciente con otras indicaciones de hospitalización en unidad de cuidado crítico teniendo en cuenta el protocolo institucional de indicaciones de ingreso a UCI (AC-PT-10) disponible en DARUMA.

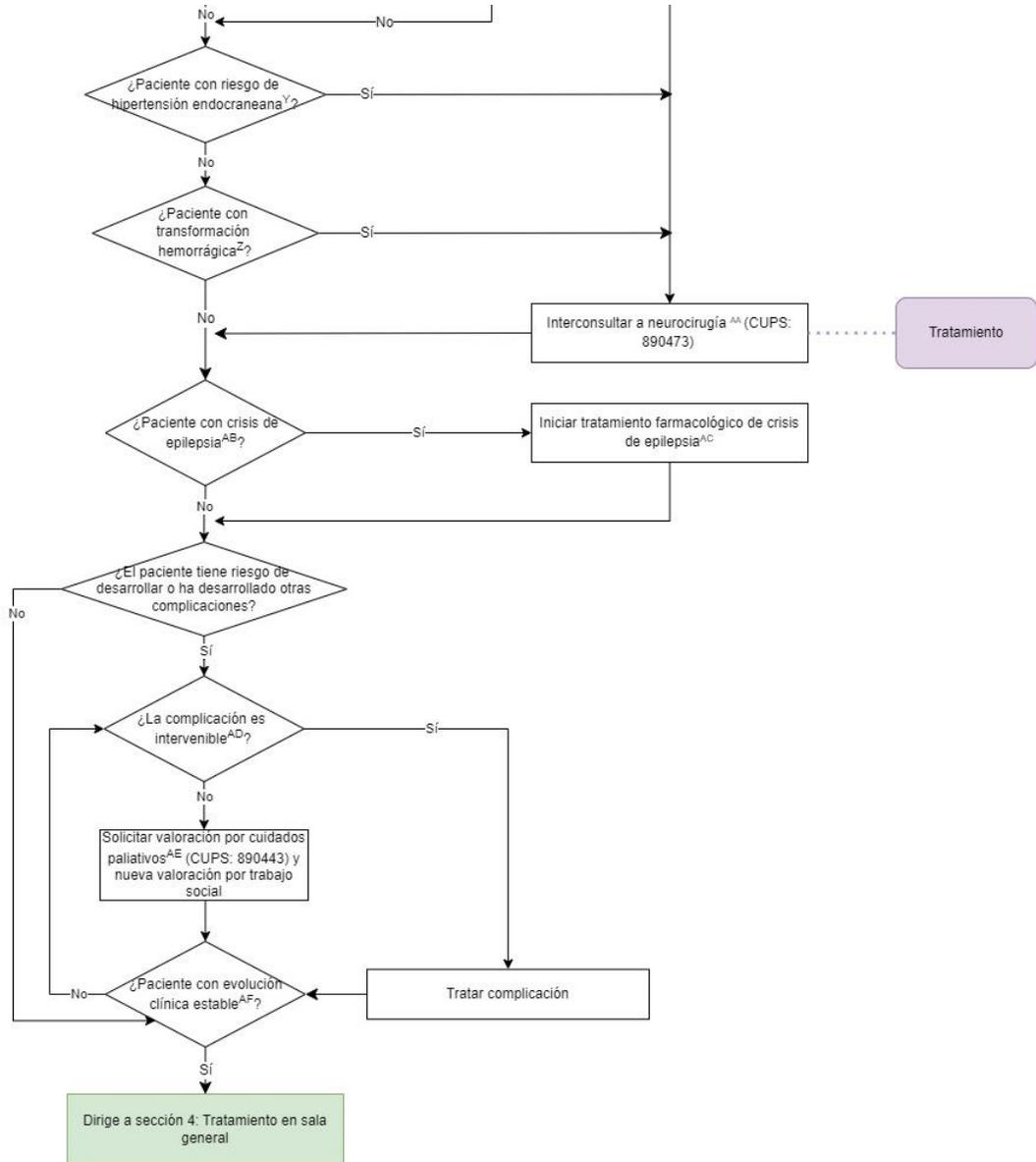
	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Sección 3: tratamiento en unidad de cuidado crítico paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico.**

**Figura 5.** Sección 3 del diagrama de flujo: tratamiento en unidad de cuidado crítico paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico.



 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024



**Abreviaturas**  
 ACVI: Ataque cerebrovascular isquémico  
 UCI: unidad de cuidados intensivos  
 CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión.  
 CUPS: Clasificación Única de Procedimientos en salud

Fuente: elaboración propia

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Información adicional

**S. Tomografía de cráneo simple de control:** se recomienda en todo paciente en quien se realice el procedimiento de trombólisis farmacológica y/o trombectomía mecánica realizar una tomografía de cráneo simple a las 24 horas posterior al procedimiento (CUPS: 879111). (recomendación de expertos)

**T. Valoración interdisciplinaria para definir inicio de rehabilitación:** se recomienda que el equipo multidisciplinario compuesto por los profesionales de medicina y rehabilitación, fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional, realicen una evaluación funcional integral en el paciente con ACVi tan pronto sea posible, idealmente en las primeras 48 horas, para identificar deterioro neurológico, deficiencias y limitaciones funcionales, y plantear un plan de rehabilitación según los requerimientos del paciente (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: B-NR, GR: I, AHA/ASA) (18), (NE: 1 GR: A, GRADE) (19); (NE: I, GR: B-NR, AHA/ASA) (20), (NE: C, Canadian Stroke Consortium) (21), (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (28), (NE: B, AHA/ASA) (32), (NE: moderada, GR: fuerte, GRADE) (33), (NE: Recomendación de expertos, GRADE) (38).

El profesional en fisioterapia se encargará de realizar la evaluación del estado funcional del paciente, valorando la fuerza muscular, equilibrio y función motora, para a partir de esta evaluación proponer un plan de rehabilitación individualizado para el paciente según los hallazgos de la evaluación inicial (recomendación de expertos) (42).

Se sugiere evaluar los siguientes ítems mediante el uso de herramientas validadas y siguiendo las recomendaciones (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (17):

- Actividades diarias y déficits funcionales: realizar la evaluación funcional del paciente mediante el uso de un protocolo estandarizado, incluyendo herramientas como el alpha-FIM (Ver anexo 12), (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: B-NR, GR: I, AHA/ASA) (18), (GR: B, GRADE) (19), el Índice de Barthel (Ver anexo 13), o el NIHSS (Ver anexo 8), (NE: Recomendación de expertos, GRADE) (38), bajo la guía de expertos en rehabilitación (NE: C-LD, GR: I, AHA/ASA) (18). El paciente con dificultad para realizar las actividades de la vida diaria debe ser evaluado por clínicos entrenados (NE: 1, GR: A GRADE) (19), para la valoración (grupo de terapia física, ocupacional) y determinar las actividades de entrenamiento a realizar durante la estancia hospitalaria y extrahospitalaria (NE: 1, GR: A GRADE) (19).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

- Deglución: se recomienda realizar la evaluación clínica e instrumental de la deglución teniendo en cuenta las recomendaciones realizadas en el ECBE de diagnóstico y tratamiento del paciente con disfagia orofaríngea en el HUN (47), (recomendación de expertos). Se recomienda realizar la evaluación clínica de la deglución por un profesional experto en disfagia. La prueba de tamización de deglución se realizará antes de la ingesta (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: moderada, GR: Fuerte, GRADE) (33), se puede realizar la prueba del vaso de agua modificado (Ver anexo 14), como procedimiento de tamización (NE 3, GR: C, GRADE) (19), así como evaluaciones instrumentales como la cinedeglución, faringografía y esofagograma con cine o video y la evaluación endoscópica de la deglución y utilizar escalas como la Functional Oral Intake Scale (FOIS) (Ver anexo 15), Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS) Ver anexo 16, The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) (Ver anexo 17), y Penetration-Aspiration Scale (PASS) (Ver anexo 18), (recomendación de expertos), como método de ayuda diagnóstica para la disfagia o trastornos locales de la laringe (NE: 2, GR: B, GRADE) (19).
- Cognición: se indica que además de hacer una remisión para evaluación extensa de la cognición por parte de un especialista cuando se evidencia un tamizaje cognitivo alterado de forma ambulatoria, con el fin de identificar secuelas cognitivas del ACV (NE: 2, GR: C) (19). Si en la evaluación, se presenta deterioro, considerar valoración por neuropsicología (recomendación de expertos).
- Alteraciones visuales: realizar evaluación para problemas visuales (NE: 3, GR: C, GRADE) (19), (NE: Recomendación de expertos) (38). De acuerdo con los hallazgos identificados en el examen físico, solicitar valoración por la especialidad y terapia de rehabilitación correspondiente (NE: Recomendación de expertos) (38).
- Comunicación: realizar la evaluación de la comunicación en las primeras 48 horas por un profesional entrenado (NE: 2, GR: B, GRADE) (19), se puede hacer uso de instrumentos de tamizaje de trastorno de la comunicación como el Test de Boston (ver anexo 19), (NE: 3, GR: C, GRADE) (19). Evaluar las funciones oral, nasal, vocal y velo faríngea relacionadas con la producción del habla, así como las habilidades motoras orales, rasgos segmentales y suprasegmentales, errores articulatorios y control motor del habla; evaluar el tipo, frecuencia, duración y severidad de las fallas en la fluidez bajo diversas condiciones del habla y mediciones del porcentaje del habla (recomendación de expertos).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

- Estado de ánimo: realizar evaluación del estado de ánimo y detección de depresión post ACV (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: C, Canadian Stroke Consortium) (21), (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (28), (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (29), (NE: B, AHA/ASA) (30), (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (32), (NE: moderado, GR: fuerte GRADE) (33). Se recomienda que el paciente reciba valoración por psicología con el fin de identificar su estado emocional, factores protectores y factores de riesgo e identificar de manera temprana los síntomas de depresión o ansiedad, particularmente si existe historia previa de depresión (NE: C, Canadian Stroke Consortium) (29), (GR: C GRADE) (19), mediante el uso de herramientas validadas para maximizar la detección (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (29). El paciente en el que se encuentre un alto riesgo de depresión debe ser evaluado de manera oportuna por un profesional con experticia en el diagnóstico, manejo y seguimiento de la depresión (NE: C, Canadian Stroke Consortium) (29). De igual manera, identificar tempranamente signos de ansiedad, para iniciar el manejo de la alteración que se presente, de tal manera que no interfiera de manera negativa en el proceso.
- Función vesical e intestinal: realizar evaluación y estudio de incontinencia urinaria en todo paciente posterior a un ACV (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: 3, GR: C, GRADE) (19), (NE: moderada, GR: fuerte GRADE) (33), así como de retención, incontinencia fecal y constipación (NE: moderada, GR: fuerte, Canadian Stroke Consortium) (17).

Además de los anteriores, se debe evaluar la necesidad de un equipo interdisciplinar que pueda complementar la evaluación e intervención del paciente para favorecer su rehabilitación (recomendación de expertos).

**U. Valoración por nutrición, psicología y trabajo social:** se recomienda la valoración por nutrición para los pacientes con ACV de tipo isquémico para realizar una evaluación del estado nutricional y monitoreo de las variables antropométricas (NE: 3, GR: C, GRADE) (19), y de hidratación tan pronto como sea posible (NE: moderada, GR: fuerte, GRADE) (33) y debe establecerse el riesgo nutricional mediante una evaluación dentro de las primeras 48 horas con el fin de orientar las acciones y el manejo. (NE: 2, GR: C, GRADE) (19). Dentro de las recomendaciones se deben tener en cuenta las intervenciones durante la estancia hospitalaria como en el hogar, adicionando entrenamiento y apoyo a familiares (recomendación de expertos).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Se recomienda que los pacientes con ACV reciban valoración y manejo por psicología con los objetivos de identificar estado emocional, factores protectores y factores de riesgo. Se busca favorecer el afrontamiento adaptativo del proceso de enfermedad y las limitaciones funcionales consecuentes, mejorar el estado de ánimo y el autoconcepto, aumentar la autoconfianza y autoimagen, mejorar la capacidad de autocuidado y la adherencia y compromiso con el proceso de rehabilitación y tratamiento. De esta manera, se logra mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir la estancia hospitalaria (recomendación de expertos).

Igualmente, se busca la identificación temprana de síntomas de ansiedad y depresión y su manejo de tal manera que no interfieran de manera negativa en el proceso. Dentro de las intervenciones que han demostrado utilidad se encuentran: psicoeducación, apoyo emocional, intervención cognitivo-conductual, psicología positiva, entrenamiento y apoyo a familiares (recomendación de expertos).

Se recomienda la valoración por trabajo social con el fin de determinar las condiciones sociales y emocionales del paciente y su núcleo familiar, para tener un marco de estas condiciones y posterior asesorar y orientar al paciente y su familia (recomendación de expertos).

**V. Tratamiento de comorbilidades en el paciente con ACV isquémico:** el paciente debe tener tratamiento para las comorbilidades preexistentes durante la estancia hospitalaria, así como una conciliación medicamentosa y posteriormente, si se requiere, ajustar al tratamiento farmacológico, ya que esto impacta de manera directa e indirecta en el curso y pronóstico del paciente con ACVi. Se deben solicitar las valoraciones pertinentes en caso de considerarse (recomendación de expertos).

**W. Edema cerebral en el paciente con ACV isquémico:** el desarrollo de edema cerebral clínicamente significativo se espera en infartos cerebrales de territorio grande y se puede presentar con un curso rápido y fulminante (48 horas) o gradualmente progresivo (durante varios días, hasta una semana) (25).

El signo más específico de edema cerebral en un paciente con ACVi es la disminución del nivel de conciencia atribuible al edema que desplaza el tálamo y el tronco encefálico. En los infartos cerebelosos el edema se puede presentar como oftalmoparesia, anisocoria, midriasis asimétrica, irregularidades respiratorias, arritmias cardíacas y síndrome del área postrema con múltiples episodios eméticos (25).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

La terapia osmótica (manitol, solución salina hipertónica) para el paciente con deterioro clínico por edema cerebral asociado con infarto cerebral es razonable, la selección del medicamento depende de las indicaciones, contraindicaciones y del grupo tratante (NE: Muy bajo, GRADE) (24), (NE: C, GR: IIa; ACC/ASA) (25).

Para establecer medidas de protección cerebral, mantener la normocapnia es razonable (NE: C, GR: IIa, AHA/ASA) (20); (recomendación de expertos).

Se puede considerar inicio de soporte ventilatorio invasivo en el paciente con nivel de conciencia que resulte en oxigenación deficiente o control deficiente de las secreciones (NE: C, GR: IIb, AHA/ASA) (20).

No hay datos suficientes sobre el efecto de la hiperventilación profiláctica, hipotermia, los barbitúricos y los corticosteroides en el contexto de edema cerebral en paciente con ACVi y no se recomiendan (NE: C, GR: III, AHA/ASA) (20).

**X. Signos de alarma de progresión del edema cerebral en el paciente con ACV isquémico:** se debe realizar hoja neurológica (Ver anexo 9) en el paciente con edema cerebral y su control debe realizarse de manera estricto, cada hora (recomendación de expertos). Se debe controlar el estado de conciencia del paciente y los cambios en respuesta pupilar en paciente con ACVi supratentorial, además del estado de conciencia del paciente y los signos del tronco encefálico en paciente con ACVi infratentorial (NE: C, GR: I, AHA/ASA) (20).

Se sugiere calcular el puntaje de Enhanced Detection of Edema in Malignant Anterior Circulation Stroke (EDEMA, por sus siglas en inglés), para predecir mejor el riesgo de edema maligno potencialmente letal, utilizando variables clínicas y radiográficas dentro de las 24 horas posteriores al ictus (recomendación de expertos) (Ver anexo 20). En pacientes con una puntuación de 7 o más, el valor predictivo positivo es del 93%, con una especificidad del 99 % (43).

Se recomienda realizar una TC de cráneo simple (CUPS: 879111) cuando se presenta un deterioro del estado neurológico (aumento de puntaje de NIHSS mayor o igual a 4 puntos, cambio del nivel de conciencia, aumento de puntaje en la escala neurológica canadiense mayor a 1 punto, ver anexo 21) (NE: C, Canadian Stroke Consortium) (17).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Y. Hipertensión endocraneana en el paciente con ACV isquémico:** el paciente con ACVi puede presentar deterioro clínico por desplazamiento de estructuras de la línea media como el tálamo y el tronco encefálico, sin ser resultado de un aumento de la PIC (presión intracraneana). No hay beneficio en el monitoreo de la PIC o la colocación de una ventriculostomía en un paciente con ACV hemisférico supratentorial (NE: C, GR: III, ACC/ASA) (25).

En el paciente con ACVi cerebeloso se puede presentar un edema asociado con obstrucción del sistema ventricular y secundario a ello una hidrocefalia aguda, lo que requiere de una valoración urgente por el grupo de neurocirugía (recomendación de expertos).

**Z. Transformación hemorrágica en el paciente con ACV isquémico:** la transformación hemorrágica es una manifestación de daño de la barrera hematoencefálica (BHE), pérdida de la integridad microvascular y alteración de la unidad neurovascular. Clínicamente la transformación hemorrágica puede estar asociada con pocos cambios en los hallazgos neurológicos, como empeoramiento en el examen neurológico previo, de manera súbita, como un aumento en el puntaje del NIHSS, pico en la presión arterial o cefalea progresiva de novo. El riesgo aumenta con una mayor área de infarto, así como el uso de la terapia trombolítica, independiente de si la reperfusión es exitosa (NE: Moderado, GR: Fuerte, GRADE) (33).

Si se sospecha la transformación hemorrágica, debe tomarse de manera urgente una TC de cráneo simple (CUPS: 879111), se recomienda tomar paraclínicos (hemograma [CUPS: 902210], tiempos de coagulación [CUPS: 902049 y 902045], nivel de fibrinógeno [CUPS: 902024] (recomendación de expertos).

Si se identifica la hemorragia intracraneal en un paciente con ACVi, y se encuentra en infusión de trombólisis intravenosa, esta debe suspenderse inmediatamente (NE: Moderada, GR: Fuerte, GRADE) (33).

El uso de crioprecipitados, plasma fresco congelado o ácido tranexámico, debe considerarse individualmente, caso por caso, de acuerdo a consideraciones del equipo tratante (NE: Bajo, GR: Recomendación condicional, GRADE) (33). Los medicamentos sugeridos se presentan en la tabla 4.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Tabla 4.** Tratamiento farmacológico para la transformación hemorrágica en ACV

Medicamento	Dosis
Crioprecipitados	Infusión de 10 UI intravenoso por 10-30 minutos, administrar dosis adicional si los niveles de fibrinógeno son menores a 200 mg/dL
Ácido tranexámico	Infusión de 1000 mg intravenoso en 10 minutos

**Fuente:** Tomado y adaptado de (33).

Debe evitarse el uso de tratamientos que no han demostrado beneficios, como complejo de protrombina, transfusión de plaquetas o factor VIIa (NE: Baja, GR: Recomendación condicional, GRADE) (33).

**AA. Interconsulta a neurocirugía:** el paciente con alto riesgo de edema cerebral, edema cerebral instaurado, hidrocefalia aguda y con transformación hemorrágica debe tener valoración por el servicio de neurocirugía (recomendación de expertos).

El paciente con infartos cerebrales y cerebelosos extensos tiene un alto riesgo de desarrollar edema cerebral y una hernia secundaria, la discusión sobre las opciones de atención y los posibles resultados debe realizarse rápidamente con el paciente (si es posible) y sus familiares/cuidadores. Los profesionales médicos (cuidado intensivo, neurocirugía y neurología) y los familiares/cuidadores deben determinar e incluir preferencias centradas en el paciente y considerar las decisiones compartidas (NE: C, GR: I, AHA/ASA) (20).

En el paciente menor de 60 años de edad con infartos unilaterales de arteria cerebral media (ACM) que se deteriora neurológicamente en 48 horas a pesar del tratamiento médico, la craneotomía descompresiva con expansión dural es eficaz. Se desconoce el efecto de la descompresión posterior a las 48 horas, pero se debe considerar seriamente (NE: B, GR: I, AHA/ASA) (20).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Es razonable utilizar una disminución en el nivel de conciencia y su atribución al edema cerebral como criterio de selección para la craniectomía descompresiva (NE: A, GR: IIa, AHA/ASA) (20). La eficacia de la craniectomía descompresiva en el paciente mayor de 60 años y el momento óptimo de la cirugía son inciertos (NE: C, GR: IIb, AHA/ASA) (20). La craniectomía suboccipital (CUPS: 012507) con expansión dural debe realizarse en el paciente con infartos cerebelosos que se deteriora neurológicamente a pesar del tratamiento médico (NE: B, GR: I, AHA/ASA) (20). La ventriculostomía (CUPS: 022203, 022402, 022403 o 022404) se recomienda en el tratamiento de la hidrocefalia obstructiva después de un infarto cerebeloso. La craniectomía descompresiva (CUPS: 012505, 012506 o 012507) concomitante o posterior puede ser necesaria o no según factores como el tamaño del infarto, la condición neurológica, el grado de compresión del tronco encefálico y la eficacia del tratamiento médico (NE: C, GR: I, AHA/ASA) (20).

**AB. Paciente con ACV isquémico y crisis de epilepsia:** una crisis única y autolimitada que ocurre al inicio o dentro de las 24 horas posteriores al ACV no debe tratarse con medicamentos anticrisis (NE: C, Canadian Stroke Consortium) (17).

El uso de medicamentos anticrisis de manera profiláctica no es recomendado (NE: C, GR: Clase I; Canadian Stroke Consortium) (17); (NE: Moderado, GR: Fuerte, GRADE) (33).

Las crisis de epilepsia (si cumple criterios para estado epiléptico) y las que se presentan posterior a las 24 horas después de un ACVi deben tratarse, y los medicamentos anticrisis deben seleccionarse en función de las características específicas del paciente, con un estudio de electroencefalograma (NE: C, GR: Clase I, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: Moderado, GR: Fuerte, GRADE) (33).

No se tiene evidencia que respalde el uso de medicamentos anticrisis para la epilepsia relacionada con el ACVi, algunos sugieren el inicio de la terapia después del primer episodio ictal, la mayoría de las recomendaciones de inicio de la terapia anticrisis se indica para las crisis epilépticas recurrentes (recomendación de expertos) (41).

Se debe considerar la monitorización continua o repetida del electroencefalograma en el paciente con un ACVi y nivel de conciencia alterado sin una causa estructural (NE: C, GR: Clase IIb, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: Moderado, GR: Condicional, GRADE) (33).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**AC. Tratamiento farmacológico de las crisis de epilepsia y estado epiléptico:** el estado epiléptico puede tratarse con medicamentos apropiados de acción corta como benzodiacepinas (NE: A, GR: I, AHA/ASA) (18), (NE: A, GR: I, AHA/ASA) (20). Seguido de un medicamento de segunda línea intravenosos como fenitoína, ácido valproico, levetiracetam y/o lacosamida, su uso depende de la indicación y las contraindicaciones para su uso (recomendación de expertos). Las indicaciones de dosis se reportan en la tabla 5.

**Tabla 5.** *Tratamiento farmacológico en crisis de epilepsia y estado epiléptico*

Medicamento	Dosis
Midazolam	Intramuscular o intravenoso 5 mg para menores de 40 Kg o 10 mg para mayores de 40 Kg
Fenitoína	20 mg/Kg, máximo 1.500 mg por dosis
Ácido valproico	40 mg/Kg, máximo 3.000 mg por dosis
Levetiracetam	60 mg/Kg, máximo 4.500 mg por dosis
Lacosamida	400 mg (dosis única)

**Fuente:** Tomado y adaptado de (48).

**AD. Prevención y tratamiento de otras complicaciones en el paciente con ACV isquémico:** en el paciente inmóvil con ACVi sin contraindicaciones, se recomienda la compresión mecánica intermitente para reducir el riesgo de trombosis venosa profunda (NE: B, GR: I, AHA/ASA) (18), (NE: B, GR: I, AHA/ASA) (20), (NE: Alto, GR: Fuerte, GRADE) (33).

Se recomienda, en caso de usar la compresión mecánica intermitente posterior a las primeras 24 horas del ingreso el estudio angiográfico de doppler venoso de miembros inferiores previo (NE: C, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: Bajo, GR: Fuerte, GRADE) (33).

El beneficio de la heparina subcutánea en dosis profiláctica en el paciente con ACVi no está bien establecido (NE: A, GR: IIb; AHA/ASA) (20). La indicación HBPM o HNF se debe determinar según el puntaje de Padua institucional (Anexo 22) y las comorbilidades del paciente (NE: B, GR: IIb; AHA/ASA), (recomendación de expertos) (18).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Se recomienda minimizar o eliminar la fricción de la piel, minimizar la presión de la piel, proporcionar superficies de apoyo adecuadas, evitar la humedad excesiva y mantener una nutrición e hidratación adecuadas para evitar la degradación de la piel según los protocolos institucionales. Se recomienda realizar cambios de posición regularmente y el uso de colchones, cojines para sillas de ruedas y asientos especializados hasta que se recupere la movilidad (NE: C, GR I, AHA/ASA) (20). Información adicional de prevención o tratamiento de las lesiones por presión se recomienda consultar el ECBE correspondiente (recomendación de expertos).

Se debe evitar el uso de sondas vesicales permanentes debido al riesgo de infecciones del tracto urinario (NE: Moderada, GR: Fuerte, GRADE) (33). En caso de tener una indicación para su uso, se debe reevaluar diariamente y retirarse lo antes posible (NE: Alta, GR: Fuerte, GRADE) (33).

Se recomienda el uso de intervenciones en el cuidado oral (uso de cepillo, enjuague bucal y entrenamiento del equipo en promoción y cuidado de la higiene oral) en el paciente con ACVi agudo para disminuir el riesgo de neumonía (NE: Baja, GR: Fuerte a favor, GRADE) (36).

Se deben realizar cuidados de la piel y evaluar mediante una escala el riesgo de caídas de acuerdo a paquete instruccional institucional. En caso de presentarse alguna otra complicación está se tratará de acuerdo a las recomendaciones del grupo tratante (recomendación de expertos).

**AE. Cuidados paliativos en el paciente con ACV isquémico:** se recomienda realizar el acercamiento al enfoque paliativo cuando se ha presentado un ACV catastrófico, un ACV en el contexto de una comorbilidad significativa preexistente (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: Baja, GR: fuerte, GRADE) (33), o cuando se considere apropiado para optimizar la atención del paciente, sus familias y cuidadores (NE: IIa, GR: C-EO, AHA/ASA) (18), (NE: IIa, GR: C-EO, AHA/ASA) (20). Los cuidadores deben determinar e incluir las preferencias del paciente en la toma de decisiones (siempre que esto sea posible), durante la formación del pronóstico y al considerar intervenciones o adecuación del esfuerzo terapéutico en la atención (NE: IIa, GR: C-EO, AHA/ASA) (20), (NE: bajo, GR: Fuerte, GRADE) (33), los temas a discutir pueden incluir la idoneidad de las medidas de soporte vital, ventilación mecánica, alimentación enteral, líquidos intravenosos y el propósito de los medicamentos, incluyendo aquellos para manejo de síntomas (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: baja, GR: fuerte, GRADE) (33), se sugiere documentar y reevaluar periódicamente (NE: baja, GR: fuerte, GRADE) (33).

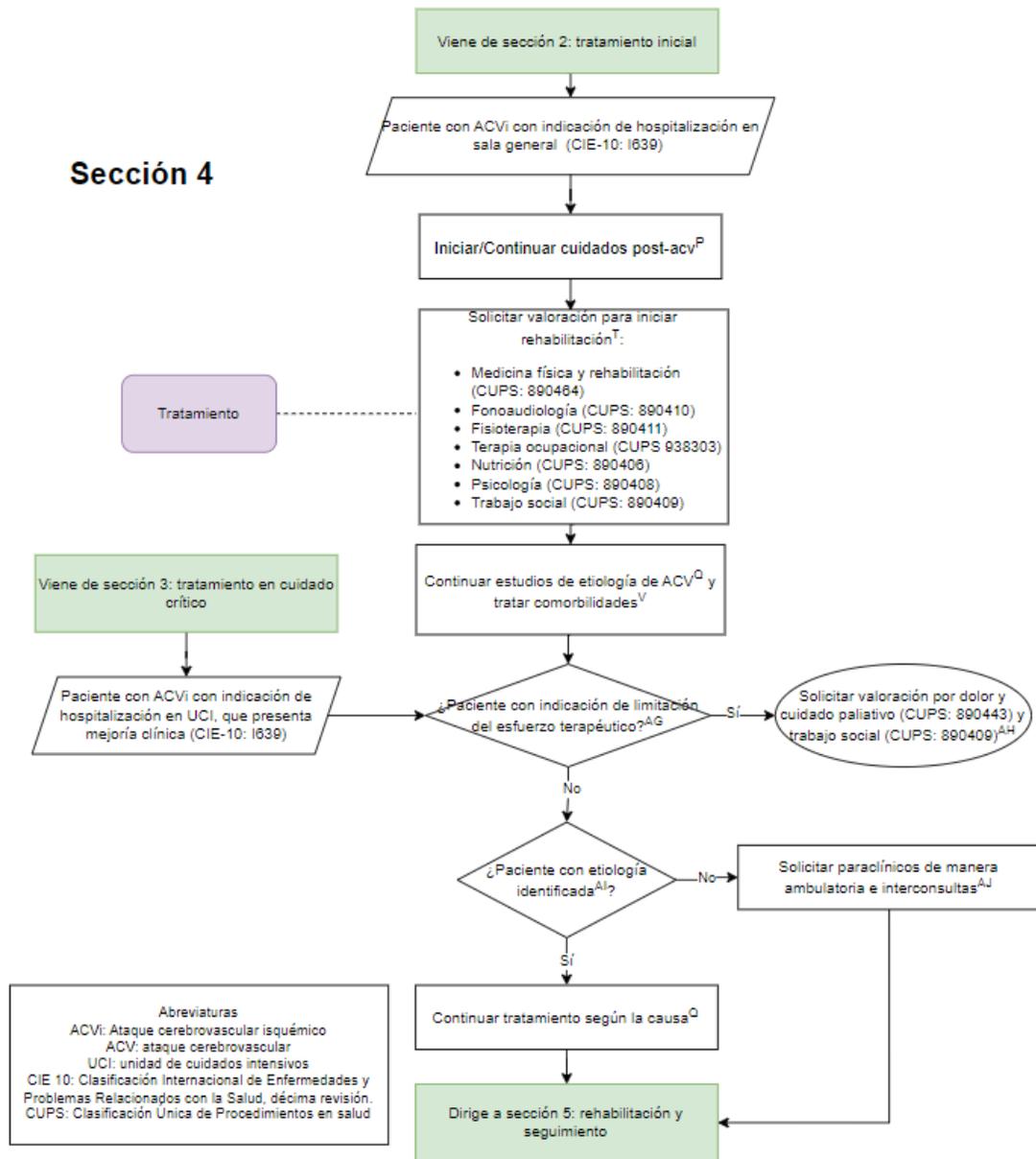
 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**AF. Evolución clínica estable en el paciente con ACV isquémico:** el paciente en quien los síntomas y signos son leves y estos se mantienen en el tiempo con estabilidad clínica, estabilidad hemodinámica, sin requerimiento de soporte ventilatorio o vasopresor, pueden tener traslado a la unidad de hospitalización en pisos (recomendación de expertos).

	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Sección 4: tratamiento en sala general del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico.**

**Figura 6.** Sección 4 del diagrama de flujo: tratamiento en sala general del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico.



**Fuente:** elaboración propia

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Información adicional

**AG. Paciente con indicación de limitación de esfuerzo terapéutico:** Se recomienda aclarar con familiares y/o cuidadores si el objetivo de la atención es una atención centrada en prolongar la vida o una atención centrada en comodidad al final de la vida (recomendación de expertos). Para este punto se debe tener en cuenta las comorbilidades, voluntades anticipadas, preferencias del paciente, dependencia funcional y condiciones sociales del paciente (recomendación de expertos).

Se recomienda adecuar los esfuerzos terapéuticos de acuerdo con las preferencias y evolución de los síntomas individualmente (recomendación de expertos).

**AH. Valoración por dolor y cuidados paliativos y trabajo social:** Se recomienda la interconsulta y seguimiento por el servicio de cuidado paliativo de los pacientes con ACV de tipo isquémico en quienes se considere una limitación y adecuación del esfuerzo terapéutico, además, se deben introducir cuidados paliativos si hay malestar físico (es decir, dolor, disfagia o disnea), psicosocial o existencial grave (recomendación de expertos).

Debe tener una valoración por trabajo social con el fin de conocer las condiciones sociales y emocionales del paciente y su núcleo familiar, para asesorar y orientar al paciente y su familia y en dado caso considerar rutas de intervenciones sociales (recomendación de expertos).

**AI. Identificación etiológica del ACV isquémico:** si de acuerdo con los paraclínicos indicados en el superíndice F se identificó la etiología más probable, se debe iniciar o continuar con tratamiento farmacológico y no farmacológico (recomendación de expertos).

Se debe solicitar un ECG de 12 derivaciones (CUPS: 895100) para evaluar el ritmo cardíaco e identificar si presenta fibrilación auricular o evidencia de enfermedad cardíaca estructural (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: Moderado, GR: Fuerte, GRADE) (33). Se recomienda realizar ecocardiografía transtorácica (CUPS: 881202) en el paciente con ACVi (recomendación de expertos).

Para el paciente con 60 años o menos que está siendo investigado por un ACVi, en quien se sospecha una etiología embólica y cuenta con un ecocardiograma transtorácico normal, se recomienda realizar una ecocardiografía transtorácica con solución salina agitada (CUPS: 881206) para la detección de un FOP (recomendación de expertos), si puede cambiar el tratamiento del paciente (es decir, paciente que puede ser candidato potencial para el cierre del FOP o terapia anticoagulante si se detectara un FOP), (NE: Moderado, GR: Fuerte, GRADE) (33).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Para el paciente estudio de ACVi, se recomienda la monitorización del electrocardiograma durante 24 horas (Holter, CUPS: 895001), como parte del estudio inicial para detectar fibrilación auricular paroxística si es candidato potencial para la terapia anticoagulante (NE: Alto, GR: Fuerte, GRADE) (33).

**AJ. Solicitud de paraclínicos ambulatorios e interconsultas en el paciente con ACV isquémico:** durante la hospitalización en sala general el paciente debe ingresar al servicio a cargo del grupo tratante de medicina interna y seguimiento por neurología (recomendación de expertos).

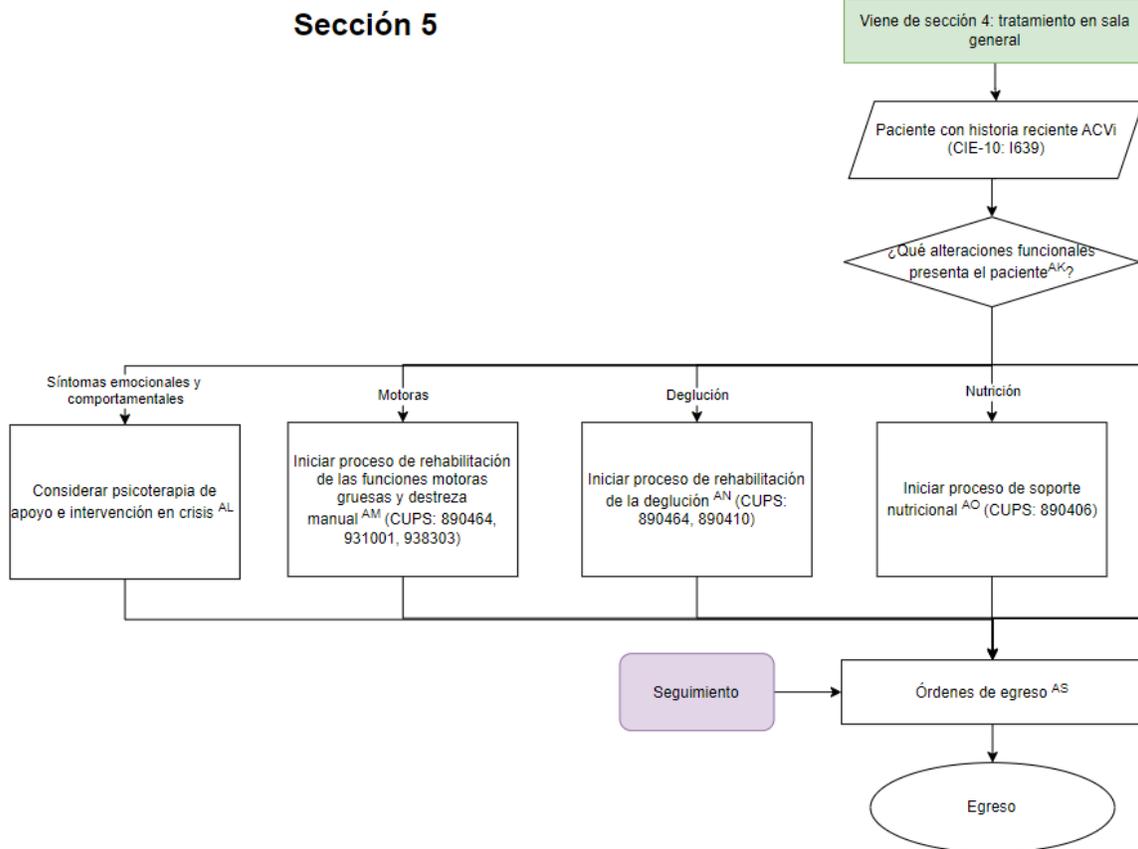
No se recomiendan pruebas exhaustivas de trombofilia para trastornos de hipercoagulabilidad hereditaria para la investigación de rutina del paciente con ACV de tipo isquémico y deben limitarse a situaciones seleccionadas, si se sospecha un estado de hipercoagulabilidad, se debe considerar la consulta con hematología (NE: Bajo, GR: Fuerte, GRADE) (33).

Se recomienda establecer un programa de seguimiento integral de los desenlaces funcionales, fragilidad, necesidades de atención, sintomatología persistente, calidad de vida, recuperación funcional y carga a cuidadores de pacientes post estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos del HUN para facilitar la gestión de necesidades educativas de atención y/o rehabilitación. Sumado a esto, se considera puede generar y/o fortalecer acciones a nivel nacional en los territorios mediante el programa de TeleUCI y Telesalud (recomendación de expertos).

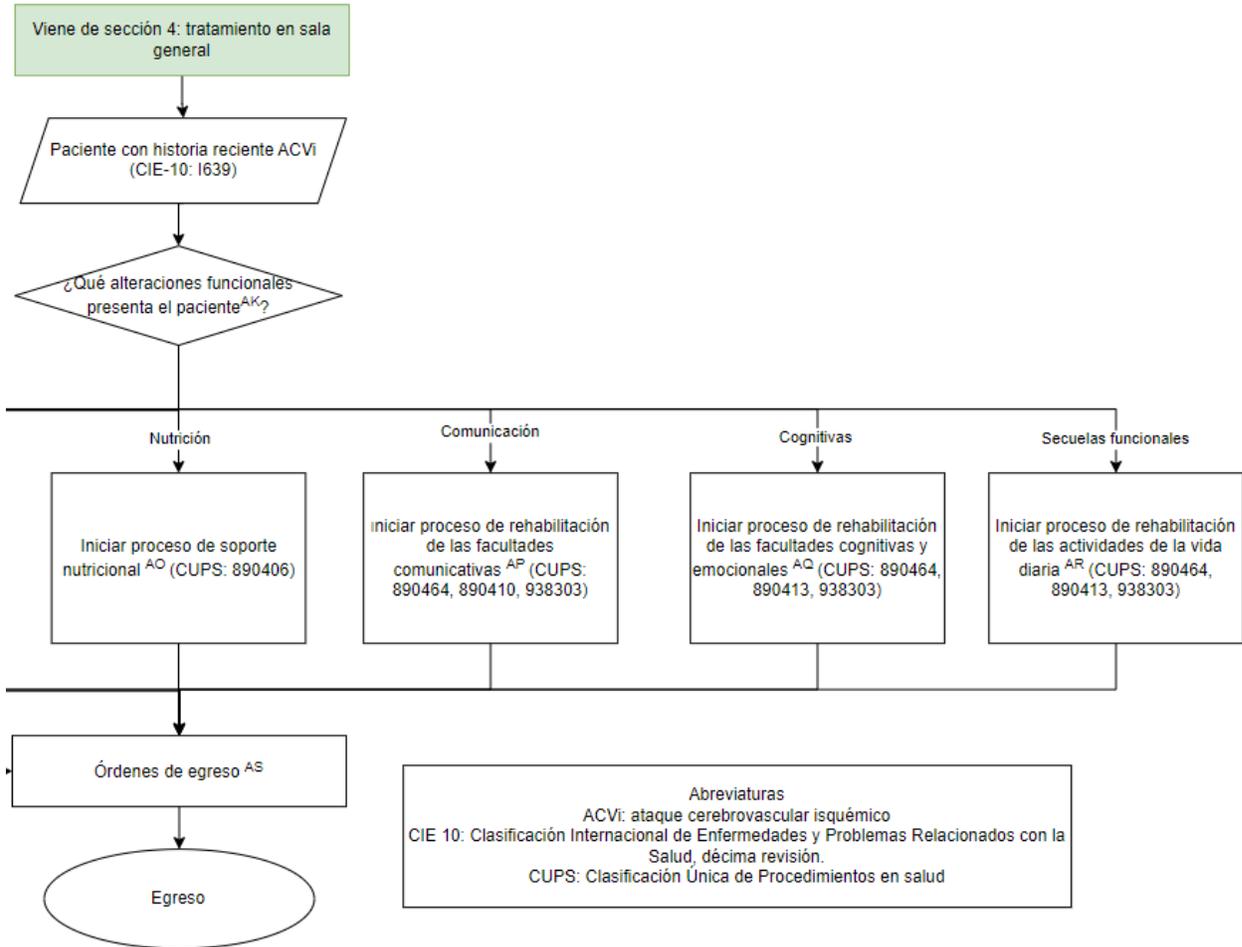
	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Sección 5: seguimiento, intervenciones y egreso del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico.**

**Figura 7.** Sección 5 del diagrama de flujo: seguimiento, intervenciones y egreso del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico



 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001



**Fuente:** elaboración propia

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Información adicional

**AK. Alteraciones funcionales del paciente con historia reciente de ACVi:** se recomienda que el paciente en el que se haya identificado necesidad de rehabilitación por resultados anormales en la evaluación inicial, sean referidos para el planteamiento del plan e inicio del proceso con los profesionales adecuados (NE: C, Canadian Stroke Consortium) (17), (NE: C, Canadian Stroke Consortium) (28), (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (32), (NE: moderada, GR: Fuerte, GRADE) (33).

La intensidad del programa de rehabilitación debe ser acorde a la tolerancia y a los beneficios individuales (NE: B-NR, GR: I, AHA/ASA) (18), (NE: B-NR, GR: I, AHA/ASA) (20). Se sugiere que parta de los diagnósticos interdisciplinarios con objetivos y plazos definidos (NE: 3, GR C, GRADE) (19) y que aborde los problemas específicos del paciente a partir de un equipo multidisciplinar (NE: A, Canadian Stroke Consortium) (21). Se recomienda que la rehabilitación se realice con estrategias como la movilización temprana, ejercicio terapéutico e intervenciones multidisciplinarias, planteando medidas de prevención y manejo como la estrategia denominada ABCDEFGH donde cada sigla indica una acción a realizar:

- A: Despertar, sedación ligera o mínima
- B: Respiración, pruebas de respiración espontánea
- C: Coordinación de cuidados y comunicación entre disciplinas
- D: Monitoria, evaluación y manejo del delirio
- E: Movilización y deambulacion precoz en la UCI
- F: Familia, compromiso y empoderamiento
- G: Buena comunicación entre servicios y equipos tratantes.
- H: Materiales educativos

**AL. Tratamiento específico para síntomas emocionales y comportamentales:** se considera que, si se detecta depresión o ansiedad post ACV, se recomienda iniciar tratamiento farmacológico, y monitorear su efectividad (NE: B-NR, GR: I, AHA/ASA) (18), (NE: 1, GR: A, GRADE) (19), (NE: B-NR, GR: I, AHA/ASA) (20), (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (29). Además, incluir psicoterapia (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (29) y favorecer el afrontamiento adaptativo del proceso de enfermedad y limitaciones funcionales subsecuentes, fomentar el estado de ánimo, el autoconcepto, la autoimagen y la autoconfianza, buscando mejorar la adherencia y compromiso con el proceso de rehabilitación, logrando una mejoría en la calidad de vida del paciente y una menor estancia hospitalaria, a través de estrategias como la psicoeducación, el apoyo emocional, la intervención cognitivo conductual, la psicología positiva y en entrenamiento y el apoyo de los familiares (45).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**AM. Tratamiento específico para las alteraciones funcionales en el paciente con ACVi:** se considera lo siguiente:

- Rehabilitación respiratoria: evaluar y tratar el sistema respiratorio de manera temprana, identificando patrones respiratorios alterados, así como trastornos respiratorios del sueño, evitando la incidencia de infecciones respiratorias como la neumonía. En el paciente con requerimiento de ventilación mecánica se recomienda realizar rehabilitación pulmonar y destete temprano buscando prevenir complicaciones adicionales (recomendación de expertos).
- Activación física y movimiento: en el paciente con alteración del control postural y problemas de movilidad se puede iniciar terapia de rehabilitación según la necesidad a tratar. El programa debe ser significativo, atractivo, progresivamente adaptativo, intensivo, específico para tareas y orientado al objetivo de mejorar las habilidades de transferencia y movilidad (NE: A, Canadian Stroke Consortium) (21).
- Iniciar protocolos de movilización temprana evitando la pérdida de masa muscular y promoviendo la circulación sanguínea e iniciar tratamiento de alteraciones motoras gruesas y finas. Realizar ejercicios de movilidad procurando preservar los arcos de movimiento de las articulaciones (44).
- Sedestación, bipedestación y transición: en el paciente con dificultad en la sedestación se pueden realizar ejercicios de alcance con supervisión o asistencia (NE: 2, GR: B, GRADE) (19), si el paciente tiene dificultad para ponerse de pie se pueden realizar ejercicios de transición del sedente a bípedo (NE: 1, GR: A, GRADE) (19) y trabajar el balance (NE: 1, GR: A, GRADE) (19).
- Marcha y miembro inferior: considerar el control del equilibrio (NE: C, Canadian Stroke Consortium) (21), así como el trabajo de la marcha y deambulación en el paciente clínicamente estable (NE: 1, GR: A, GRADE) (19), (NE: bajo, GRADE) (38). Para el tratamiento de espasticidad y contracturas se recomienda mantener posiciones antiespásticas, ejercicios y estiramiento (NE: B Canadian Stroke Consortium) (21). Iniciar programas de rehabilitación que fomenten el equilibrio y la coordinación mediante trabajos específicos que trabajen estas habilidades como ejercicios sobre una pierna o ejercicios de control postural. Incluir terapias de marcha, promover al paciente a una recuperación de la marcha segura y eficiente, esto se puede realizar con el uso de dispositivos de asistencia como bastones o andadores y entrenamiento de patrones de marcha adecuados (44).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

- Extremidad superior: incluir programas de reaprendizaje motor (NE: 2, GR: B, GRADE) (19). Además, se sugiere realizar actividades funcionales o requeridas en la vida diaria en donde se fomente el uso de la extremidad afectada (NE: A, Canadian Stroke Consortium) (21), así como incluir ejercicios de coordinación ojo mano y terapias que mantengan el rango de movimiento. Para el tratamiento del dolor de hombro se recomienda aplicar estrategias de protección de la articulación y extremidad, lo que incluye posicionamiento de la extremidad (NE: B, Canadian Stroke Consortium) (21). Se debe educar al paciente y sus familiares sobre cómo prevenir el dolor de hombro o el trauma. (NE: A, Canadian Stroke Consortium) (21), (NE: bajo GRADE) (38).
- Incluir ejercicios de fuerza seguros para el paciente y enfocado en sus necesidades, como levantamiento de pesas, uso de bandas de resistencia, ejercicios de resistencia o ejercicios con el peso corporal para promover el fortalecimiento de los músculos y la estabilidad física (44).

**AN. Tratamiento específico para alteraciones deglutorias en el paciente con ACVi:** si se realiza diagnóstico de disfagia se sugiere remitirse al ECBE de Diagnóstico y tratamiento del paciente con disfagia orofaríngea en el HUN (recomendación de expertos), se recomienda iniciar el tratamiento con fonoaudiología (NE: 1, GR: A, GRADE) (19). Si la disfagia presenta duración de más de una semana, se debe evaluar al paciente para determinar la idoneidad del inicio de un programa de rehabilitación deglutoria (NE: 2, GR: D, GRADE) (19), de acuerdo a la evolución y el concepto por fonoaudiología se debe determinar el beneficio de terapias alternas de alimentación (recomendación de expertos).

**AO. Proceso de soporte nutricional:** iniciar soporte nutricional y asignar dieta según las necesidades individuales del paciente (recomendación de expertos). Para el caso en que el paciente requiera soporte nutricional, se recomienda consultar el ECBE correspondiente (recomendación de expertos).

**AP. Tratamiento específico para alteraciones comunicativas en el paciente con ACVi:** si se encuentran alteraciones en la evaluación del lenguaje se debe iniciar tratamiento de rehabilitación con el profesional de fonoaudiología (NE: 1, GR: A, GRADE) (19). Se recomienda implementar medidas para determinar la mejor opción de comunicación durante la estadía hospitalaria, incluyendo observación del estado visual, revisión del estado auditivo, postura, coordinación motora y existencia de recursos adaptativos utilizados por el paciente, teniendo en cuenta lo reportado en los protocolos institucionales (recomendación de expertos).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**AQ. Tratamiento específico para alteraciones cognitivas y del estado de ánimo en el paciente con ACVi:** iniciar el proceso de rehabilitación cognitiva según la dificultad encontrada y según el concepto de los profesionales encargados de la rehabilitación. La rehabilitación neuropsicológica debe proponerse a partir de una evaluación profunda que incluya un proceso integral de evaluación. El proceso debe ser llevado a cabo por un profesional especializado y debe incluir psicoeducación sobre las secuelas cognitivas del evento (NE: Muy bajo, GRADE) (38).

**AR. Tratamiento específico para alteraciones funcionales y de actividades de la vida diaria en el paciente con ACVi:** se recomienda de acuerdo con diferentes esferas, como:

- Actividades de la vida diaria: la terapia puede consistir en estrategias restaurativas como establecer una rutina para las personas con problemas de concentración o dispraxia (NE: Bajo, GRADE) (38).
- Alteraciones visuales: Incluir técnicas de exploración visual, alertas fásicas, señales, imágenes, realidad virtual, activación hemisférica y rotación del tronco (NE:C, Canadian Stroke Consortium) (21). Las intervenciones pueden centrarse en tareas funcionales relevantes teniendo en cuenta la deficiencia subyacente (NE: Bajo, GRADE) (38).

**AS. Recomendaciones previas al egreso hospitalario:** se recomienda que, antes del egreso se den diferentes órdenes de seguimiento y se continúe el tratamiento integral del paciente. Algunas consideraciones, son:

- Control por neurología en 3 meses
- Control por medicina física y rehabilitación, medicina interna, hematología, psiquiatría, psicología de acuerdo a concepto médico durante la hospitalización
- Derivación a programas de promoción y mantenimiento de la salud
- Indicar pautas de ingesta segura e higiene oral incluidas en DARUMA
- Plan de rehabilitación indicado por grupo de medicina física y rehabilitación
- Tratamiento de prevención secundaria
- Si se identifican alteraciones cognitivas deben contar con orden de valoración por neuropsicología.
- Incluir programa de HUN contigo para avanzar (rehabilitación y desarrollo humano) si se considera.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Para el paciente en quien se considera próximo egreso, se debe solicitar valoración por programa institucional de plan de egreso, además, realizar educación al paciente y sus cuidadores sobre la importancia de la adherencia al plan de rehabilitación, la movilización activa, la prevención de caídas, el uso de ayudas para la movilidad y la realización de ejercicios en casa una vez se dé el egreso (recomendación de expertos).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## PUNTOS DE CONTROL

Los puntos de control para el ECBE se definieron teniendo en cuenta momentos clave en diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con accidente cerebrovascular isquémico en el HUN. Estos puntos de control fueron elegidos de forma conjunta por los miembros del equipo desarrollador y se presentan a continuación:

1. Realizar neuroimagen en todos los pacientes con alta sospecha de ACV en los primeros 25 minutos desde la sospecha (Sección 1: paciente con sospecha de ACVi): este punto de control es de vital importancia puesto que se debe identificar lo más pronto posible a los pacientes que cursan con ACVi. Se evaluará la realización de una neuroimagen en los primeros 25 minutos luego de la sospecha de un ACV.
2. Tratamiento con trombólisis farmacológica en pacientes con ACVi e inicio de sintomatología menor a 4,5 horas (Sección 2: tratamiento inicial del paciente con diagnóstico de ACVi): Se evaluará la realización de trombólisis farmacológica en pacientes cuyo inicio de síntomas estén dentro de dicha ventana ya que impacta favorablemente en el desenlace funcional de los pacientes.
3. Tratamiento con trombectomía endovascular en pacientes con indicación en el contexto de ACVi (Sección 2: tratamiento inicial del paciente con diagnóstico de ACVi): Se evaluará la realización de trombectomía mecánica en pacientes con indicación para realización de dicho procedimiento, esto teniendo en cuenta que es una de las estrategias de reperfusión en pacientes con infarto cerebral de tipo isquémico e impacta en el desenlace funcional y vital.
4. Valoración para iniciar rehabilitación en pacientes con diagnóstico de ACVi (sección 3: tratamiento en unidad de cuidado crítico paciente con diagnóstico de ACVi, sección 4: tratamiento en sala general del paciente con diagnóstico de ACVi.): Se evaluará que el paciente con ACVi cuente con valoración por los servicios de medicina física y rehabilitación, fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrición y psicología, porque la rehabilitación representa un proceso muy importante para estos pacientes, teniendo en cuenta las diferentes estrategias que puede involucrar.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

5. Valoración por neurocirugía en pacientes con signos de edema cerebral, riesgo de hipertensión endocraneana o transformación hemorrágica (sección 3: tratamiento en unidad de cuidado crítico paciente con diagnóstico de ACVi): Se evaluará que el paciente cuente con una valoración por el servicio de neurocirugía en los casos en que se presenten signos de alarma de progresión de edema cerebral maligno, riesgo de hipertensión endocraneana o transformación hemorrágica, porque el abordaje quirúrgico de estos pacientes es uno de los pilares del tratamiento y un determinante en el pronóstico de los pacientes con alguna de estas condiciones.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Indicadores de los puntos de control

En la tabla 6 se presentan los indicadores propuestos para desarrollar procesos de implementación y vigilancia de los puntos de control definidos en la sección Definición de puntos de control.

Tabla 6. Indicadores propuestos para evaluar puntos de control.

Nombre	Definición	Fórmula
Realización neuroimagen en todos los pacientes con alta sospecha de ACV.	Proporción de pacientes con alta sospecha de ACV y realización de neuroimagen en los primeros 25 minutos desde la sospecha.	$\frac{\# \text{ Pacientes con alta sospecha de ACV y realización de neuroimagen en los primeros 25 minutos de la sospecha}}{\# \text{ Pacientes con alta sospecha de ACV}}$
Tratamiento con trombólisis farmacológica	Proporción de pacientes con ACVi e inicio de sintomatología menor a 4,5 horas y tratamiento con trombólisis farmacológica	$\frac{\# \text{ Pacientes con ACVi, inicio de sintomatología menor a 4,5 horas y tratamiento con trombólisis farmacológica}}{\# \text{ Pacientes con ACVi e inicio de sintomatología menor a 4,5 horas}}$
Tratamiento con trombectomía endovascular	Proporción de pacientes con ACVi, indicación y realización de trombectomía endovascular	$\frac{\# \text{ Pacientes con ACVi, indicación de trombectomía endovascular y realización de trombectomía endo vascular}}{\# \text{ Pacientes con ACVi e indicación de trombectomía endovascular}}$

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Inicio de rehabilitación	Proporción de pacientes con ACVi y con valoración por los servicios de medicina física y rehabilitación, fonología, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrición y psicología	$\frac{\# \text{ Pacientes con ACVi y valoración por medicina física y rehabilitación, fonología, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrición y psicología}}{\# \text{ Pacientes con ACVi}}$
Valoración por neurocirugía	Proporción de pacientes con ACVi, signos de edema cerebral, riesgo de hipertensión endocraneana o transformación hemorrágica y valoración por neurocirugía	$\frac{\# \text{ Pacientes con ACVi, signos de edema cerebral, riesgo de hipertensión endocraneana o transformación hemorrágica y valoración por neurocirugía}}{\# \text{ Pacientes con ACVi, signos de edema cerebral, riesgo de hipertensión endocraneana o transformación hemorrágica}}$

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Implementación del estándar clínico basado en la evidencia y evaluación de la adherencia

Para el proceso de implementación del ECBE y evaluación de la adherencia se desarrollarán diferentes actividades que se describen de forma general en este apartado. La primera actividad será la creación de un equipo interdisciplinario, conformado por los miembros del grupo desarrollador y representantes de las áreas administrativas y clínicas del HUN, que puedan apoyar el proceso de implementación. Es importante mencionar que se dará prioridad al personal del área de tecnologías de la información del HUN en la constitución del equipo encargado de la implementación. Una vez conformado el equipo de implementación del estándar, se realizarán reuniones que permitan identificar las barreras y facilitadores del proceso de implementación en la institución.

Posteriormente, se utilizarán dos enfoques para abordar las posibles acciones de implementación del ECBE. El primero tendrá como objetivo la difusión del diagrama de flujo del ECBE y sus puntos de control. Algunas de las actividades contempladas para poner en práctica este enfoque incluyen charlas educativas presenciales y pregrabadas por los líderes clínicos del ECBE y la difusión de información sobre este mismo, mediante las redes sociales del HUN y las carteleras ubicadas en sus diferentes servicios. El objetivo del segundo enfoque será desarrollar estrategias administrativas utilizando tecnologías de la información y el software de historia clínica, para generar avisos interactivos o mensajes de recordatorio que refuercen las actividades educativas arriba planteadas.

Finalmente, el proceso de evaluación de la adherencia al estándar tendrá tres componentes: *i) evaluación de conocimiento sobre el ECBE*: donde se contempla el uso de encuestas válidas y transparentes que serán desarrolladas en diferentes ámbitos clínicos para medir el grado de conocimiento del personal acerca del ECBE; *ii) evaluaciones de impacto*: en el cual se contemplará, según la disponibilidad de recursos destinados a este componente, realizar actividades relacionadas con evaluación del impacto del ecbe sobre desenlaces clínicos, desenlaces reportados por pacientes y desenlaces en términos de costos asociados a su implementación; *iii) evaluaciones de adherencia*: para este componente se utilizarán principalmente fuentes de información administrativa; no obstante, en algunos casos, de prioridad para el hospital, se utilizarán estudios adicionales que permitan evaluar la adherencia de manera focalizada.

Se aclara que el proceso de implementación será desarrollado en etapas adicionales a las del proceso de desarrollo que permitan identificar las mejores alternativas de implementación para este ECBE.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Impacto esperado del ECBE

Este ECBE tiene múltiples propósitos a mediano y largo plazo, los cuales se lograrán a medida que se completen las fases de implementación y actualización:

- Disminuir la variabilidad en diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con ACVi en el HUN.
- Mejorar los desenlaces en salud de pacientes adultos con ACVi en el HUN.
- Optimizar el uso de recursos en el proceso de atención de pacientes adultos con ACVi en el HUN.
- Mejorar los desenlaces reportados por los pacientes adultos con ACVi en el HUN.
- Brindar una herramienta pedagógica basada en la mejor evidencia disponible a los profesores y estudiantes de las facultades de salud de la Universidad Nacional de Colombia en lo que respecta al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con ACVi.
- Posicionar al HUN como una institución de salud referente en la región en lo que respecta al tratamiento integral de pacientes con ACVi.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Actualización del ECBE

La actualización del ECBE se realizará según las recomendaciones establecidas en el manual de desarrollo de ECBE del HUN (IN-MN-04. Desarrollo de estándares clínicos basados en la evidencia en el Hospital Universitario Nacional de Colombia). De esta manera, el grupo desarrollador estableció el tiempo máximo de actualización teniendo en cuenta los siguientes aspectos: i) el volumen de la evidencia disponible en la actualidad; ii) la disponibilidad de nueva evidencia relacionada con el tema que pueda influenciar la toma de decisiones en el proceso de atención integral de pacientes con esta enfermedad; iii) la calidad de la evidencia disponible al momento del desarrollo del ECBE, y iv) la disponibilidad de recursos institucionales para la implementación y actualización del ECBE.

Considerando estos aspectos, el grupo de trabajo decidió que, para el caso del ACVi, se espera que en un tiempo aproximado de tres a cinco años se publique nueva evidencia que afecte la manera de llevar a cabo el proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento y que, por lo tanto, este será el periodo máximo de actualización de este documento.

De esta forma, el grupo desarrollador determinó que el ECBE para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con ACVi en el HUN debe actualizarse máximo entre 3 y 5 años, ya que se espera que en este período se publique nueva evidencia sobre el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de esta condición y, por tanto, se requiera hacer cambios en el proceso de atención de estos pacientes.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Glosario

**Adaptación de recomendaciones:** grado en el que una intervención basada en evidencia es modificada por un usuario durante su adopción e implementación para ajustarla a las necesidades de la práctica clínica o para mejorar su desempeño según las condiciones locales (9).

**Algoritmo:** procedimiento expresado como una serie de pasos que permite solucionar un problema específico en un tiempo y espacio determinados. Debe cumplir los siguientes atributos: tener una entrada y una salida, no presentar ambigüedad en los pasos planteados, el procedimiento debe terminar después de un determinado número de pasos y cada instrucción debe estar debidamente explicada de forma que pueda ser ejecutada sin problema (10).

**Ataque:** Es una emergencia aguda y súbita. **ATAQUE CEREBRAL (AC):** Expresión introducida para la comunidad en general en la década de los 90s por el entonces Stroke Council de la American Heart Association (hoy American Stroke Association) con el fin de hacerlo equivalente al término Ataque Cardíaco (Heart Attack) que logró una actitud de emergencia absoluta en la comunidad norteamericana para la isquemia del corazón, generando atención inmediata. Su objetivo es entonces promover en la comunidad el Ataque Cerebral como una emergencia “vital” que requiere atención inmediata en el centro médico de nivel competente más cercano al sitio de presentación. El término se aplica al síndrome clínico con más de 60 minutos de duración, y con cambio en las imágenes y en la anatomía patológica. Está acompañado de un tiempo de evolución definido.

**Ataque Isquémico Transitorio (AIT):** Episodio temporal, de menos de 60 minutos de duración, con déficit neurológico causado por isquemia focal cerebral, espinal o retiniano, sin ataque agudo y sin cambios en las imágenes de resonancia magnética. Equivalente: Transient Ischemic Attack (TIA)(11).

**Ataque Cerebrovascular (ACV):** Término clínico y genérico para uso en el cuidado prehospitalario y en los servicios de urgencias, antes de categorizar su naturaleza (hemorrágica o isquémica). Equivale al Stroke (12).

**Código de Ataque Cerebrovascular (CACV):** Método de reconocimiento del ataque cerebrovascular como una emergencia neurológica, orientado a la implementación de acciones destinadas a preservar la integridad del tejido cerebral mediante una atención integral y oportuna.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Diagrama de flujo:** representación gráfica de un algoritmo. Usualmente es utilizado en el área de la salud para describir el proceso de atención integral de pacientes con determinada condición o enfermedad. Esta herramienta ha sido reconocida como la más útil en el área de la salud; además, es utilizada por instituciones gubernamentales para mejorar los procesos de atención en salud (13).

**Diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses):** diagrama que permite describir el flujo de información durante las fases de búsqueda y revisión de la evidencia. Este diagrama facilita identificar el número de registros identificados, aquellos excluidos y los finalmente incluidos, así como las razones para las exclusiones (14).

**Enfermedad Cerebrovascular (ECV):** Es el término jerárquicamente más amplio e incluye todas las formas de patología circulatoria del sistema nervioso, sean ellas agudas o crónicas, generalizadas o focales, hemorrágicas o isquémicas o de origen arterial o venoso. Se considera equivalente al Cerebrovascular Disease (1).

**Entrenamiento en tareas funcionales (TR ó terapia de rehabilitación):** La práctica de actividades multimodales específicas dirigidas a mejorar la capacidad funcional. Es un componente de los enfoques actuales para la rehabilitación del ataque cerebrovascular

**Escala de Rankin Modificada (ERM o mRS):** Instrumento que mide la dependencia y el impacto funcional en el ataque cerebrovascular (15).

**Escala NIHSS (national institutes of health stroke scale):** Instrumento que mide la severidad y el daño neurológico causado por un ataque cerebrovascular (16).

**Puntos de control del estándar clínico basado en la evidencia (ECBE):** aspectos trazadores de cada uno de los procesos de atención en salud que se abordan en el ECBE, los cuales son de vital importancia para el seguimiento de la adherencia al proceso y permiten diseñar estrategias específicas de implementación.

**Síndrome Neurovascular Agudo (SNVA):** Este término es análogo al usado en cardiología para referirse al síndrome coronario agudo. Busca incluir todas las formas de enfermedad cerebrovascular con carácter sindrómico y basa su utilidad en la toma de decisiones en los servicios de urgencias, tal como ha ocurrido en la condición de isquemia del miocardio. No obstante, ha sido excluido, dado su bajo nivel de uso en la comunidad médica en Colombia.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Referencias

1. Campbell BCV, De Silva DA, Macleod MR, Coutts SB, Schwamm LH, Davis SM, et al. Ischaemic stroke. Nature reviews Disease primers. 2019;5(1):70. doi:10.1038/s41572-019-0118-8
2. Zhang T, Yin X, Zhang Y, Chen H, Man J, Li Y, et al. Global Trends in Mortality and Burden of Stroke Attributable to Lead Exposure From 1990 to 2019. Front Cardiovasc Med. 2022;9:870747. doi:10.3389/fcvm.2022.870747
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Comunicado de Estadísticas Vitales. 2022 Tomado de: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cp\\_estadisticasvitales\\_IVtrim\\_2022pr.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cp_estadisticasvitales_IVtrim_2022pr.pdf) (Acceso el 03 de Mayo del 2024)
4. Krishnamurthi RV, Moran AE, Feigin VL, Barker-Collo S, Norrving B, Mensah GA, et al. Stroke Prevalence, Mortality and Disability-Adjusted Life Years in Adults Aged 20-64 Years in 1990-2013: Data from the Global Burden of Disease 2013 Study. Neuroepidemiology. 2015;45(3):190-202. doi:10.1159/000441098
5. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global Burden of Stroke. Circ Res. 2017;120(3):439-48. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.308413
6. Bevan S, Traylor M, Adib-Samii P, Malik R, Paul NL, Jackson C, et al. Genetic heritability of ischemic stroke and the contribution of previously reported candidate gene and genomewide associations. Stroke. 2012;43(12):3161-7. doi:10.1161/STROKEAHA.112.665760
7. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet (London, England). 2010;376(9735):112-23. doi:10.1016/S0140-6736(10)60834-3
8. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. BMJ. 2016;352:i1152. doi:10.1136/bmj.i1152
9. Ilott I, Rick J, Patterson M, Turgoose C, Lacey A. What is protocol-based care? A concept analysis. J Nurs Manag. 2006;14(7):544-52. doi:10.1111/j.1365-2934.2006.00703.x
10. Gulwani S. Programming by examples: Applications, algorithms, and ambiguity resolution. Redmond, WA: Microsoft Corporation; 2016. Tomado de: <https://www.microsoft.com/en-us/research/wp-content/uploads/2017/02/ijcar16.pdf> (Acceso 03 de Mayo del 2024)

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

11. Easton JD, Saver JL, Albers GW, Alberts MJ, Chaturvedi S, Feldmann E, et al. Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease. The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. *Stroke*. 2009;40(6):2276-93. doi:10.1161/STROKEAHA.108.192218

12. Coupland AP, Thapar A, Qureshi MI, Jenkins H, Davies AH. The definition of stroke. *J R Soc Med*. 2017;110(1):9-12. doi:10.1177/0141076816680121

13. Jun GT, Ward J, Morris Z, Clarkson J. Health care process modelling: which method when?. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(3):214-224. doi:10.1093/intqhc/mzp016

14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71

15. Saver JL, Chaisinanunkul N, Campbell BCV, Grotta JC, Hill MD, Khatri P, et al. Standardized Nomenclature for Modified Rankin Scale Global Disability Outcomes: Consensus Recommendations From Stroke Therapy Academic Industry Roundtable XI. *Stroke*. 2021;52(9):3054-62.

16. Adams HP, Jr., Davis PH, Leira EC, Chang KC, Bendixen BH, Clarke WR, et al. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). *Neurology*. 1999;53(1):126-31. doi:10.1212/wnl.53.1.126

17. Boulanger JM, Lindsay MP, Gubitz G, Smith EE, Stotts G, Foley N, Bhogal S, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *Int J Stroke*. 2018 Dec;13(9):949-984. doi:10.1177/1747493018786616

18. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019 Dec;50(12):e344-e418. doi:10.1161/STR.0000000000000211

19. Series guías clínicas MINSAL (Chile). Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más. Gobierno de Chile: Ministerio de Salud; 2013. Tomado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf> (Acceso el 03/05/2024)

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

20. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al; American Heart Association Stroke Council. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018 Mar;49(3):e46-e110. doi:10.1161/STR.0000000000000158

21. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke*. 2016 Jun;11(4):459-84. doi:10.1177/1747493016643553

22. Rubiera M, Aires A, Antonenko K, Lémeret S, Nolte CH, Putaala J, et al. European Stroke Organisation (ESO) guideline on screening for subclinical atrial fibrillation after stroke or transient ischaemic attack of undetermined origin. *Eur Stroke J*. 2022 Sep;7(3):VI. doi:10.1177/23969873221099478

23. Kremer C, Gdovinova Z, Bejot Y, Heldner MR, Zuurbier S, Walter S, et al. European Stroke Organisation guidelines on stroke in women: Management of menopause, pregnancy and postpartum. *Eur Stroke J*. 2022 Jun;7(2):I-XIX. doi:10.1177/23969873221078696

24. Van der Worp HB, Hofmeijer J, Jüttler E, Lal A, Michel P, Santalucia P, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on the management of space-occupying brain infarction. *Eur Stroke J*. 2021 Jun;6(2):XC-CX. doi:10.1177/23969873211014112

25. Wijdicks EF, Sheth KN, Carter BS, Greer DM, Kasner SE, Kimberly WT, et al. American Heart Association Stroke Council. Recommendations for the management of cerebral and cerebellar infarction with swelling: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014 Apr;45(4):1222-38. doi:10.1161/01.str.0000441965.15164.d6

26. Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del ataque cerebrovascular isquémico: Guía en versión corta. Lima: EsSalud; 2018. Tomado de: [https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_Ataque\\_Cerebrovascular\\_vers\\_corta.pdf](https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Ataque_Cerebrovascular_vers_corta.pdf) (Acceso 03 de Mayo del 2024)

27. Psychogios M, Brehm A, López-Cancio E, Marco De Marchis G, Meseguer E, Katsanos AH, et al. European Stroke Organisation guidelines on treatment of patients with intracranial

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

atherosclerotic disease. Eur Stroke J. 2022 Sep;7(3):III-IV. doi:10.1177/23969873221099715

28. Wein T, Lindsay MP, Côté R, Foley N, Berlingieri J, Bhogal S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. Int J Stroke. 2018 Jun;13(4):420-443. doi:10.1177/1747493017743062

29. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. Int J Stroke. 2020 Aug;15(6):668-688. doi:10.1177/1747493019847334

30. Vigilancia y Prevención secundaria de la Enfermedad Vascul ar Cerebral en el primer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015. Tomado de: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/quiasclinicas/114GER.pdf> (Acceso 03 de Mayo del 2024)

31. Intercollegiate Stroke Working Party. National Clinical Guideline for Stroke for the United Kingdom and Ireland, May 2023. Tomado de: <https://www.strokeguideline.org> (Acceso 03 de Mayo del 2024)

32. Gladstone DJ, Lindsay MP, Douketis J, Smith EE, Dowlatshahi D, Wein T, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Secondary Prevention of Stroke Update 2020. Can J Neurol Sci. 2022 May;49(3):315-337. doi:10.1017/cjn.2021.127

33. Heran M, Lindsay P, Gubitz G, Yu A, Ganesh A, Lund R, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Stroke Management, 7th Edition Practice Guidelines Update, 2022. Can J Neurol Sci. 2024 Jan;51(1):1-31. doi:10.1017/cjn.2022.344

34. Salbach NM, Mountain A, Lindsay MP, Blacquiere D, McGuff R, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Virtual Stroke Rehabilitation Interim Consensus Statement 2022. Am J Phys Med Rehabil. 2022 Nov 1;101(11):1076-1082. doi:10.1097/PHM.0000000000002062

35. DeBaun MR, Jordan LC, King AA, Schatz J, Vichinsky E, Fox CK, et al. American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: prevention, diagnosis, and treatment of cerebrovascular disease in children and adults. Blood Adv. 2020 Apr 28;4(8):1554-1588. doi:10.1182/bloodadvances.2019001142

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

36. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo de ataque cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años. Guía N. ° 54 Completa. Bogotá: El Ministerio; 2015. Tomado de: <https://gpc.minsalud.gov.co/SitePages/default.aspx> (Acceso el 03 de Mayo del 2024)

37. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. London, 2022 Apr 13. Updated 13 April 2022. Tomado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng128> (Acceso el 03 de Mayo del 2024)

38. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke rehabilitation in adults. London, 2023 Oct 18. Tomado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng236> (Acceso el 03 de Mayo del 2024)

39. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Evidence review for maintenance of homeostasis: Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. London, May 2019. Tomado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng128> (Acceso el 03 de Mayo del 2024)

40. Chehregani Rad I, Azimi A. Recognition of Stroke in the Emergency Room (ROSIER) Scale in Identifying Strokes and Transient Ischemic Attacks (TIAs); a Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Acad Emerg Med. 2023;11(1):e67 doi:10.22037/aaem.v11i1.2135

41. Zöllner JP, Schmitt FC, Rosenow F, Kohlhase K, Seiler A, Strzelczyk A, et al. Seizures and epilepsy in patients with ischaemic stroke. Neurol Res Pract. 2021 Dec 6;3(1):63. doi:10.1186/s42466-021-00161-w

42. Doussoulín SA, Rivas SR, Campos SV. Validación de "Action Research Arm Test" (ARAT) en pacientes con extremidad superior parética post ataque cerebro vascular en Chile. Rev Med Chil. 2012;140(1):59-65. doi: 10.4067/S0034-98872012000100008

43. Ong CJ, Gluckstein J, Laurido-Soto O, Yan Y, Dhar R, Lee JM. Enhanced Detection of Edema in Malignant Anterior Circulation Stroke (EDEMA) Score: A Risk Prediction Tool. Stroke. 2017;48(7):1969-1972. doi:10.1161/STROKEAHA.117.016733

44. Hernández-Álvarez E, Torrez-Narvaez MR, Acosta-Otalora ML, et al. Guía de práctica clínica fisioterapéutica para la evaluación y tratamiento de pacientes con enfermedades cerebrovasculares en los primeros seis meses de la enfermedad. ASCOFI. Abril 2021.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Tomado de: <https://www.colfi.co/wp-content/uploads/2021/04/GUIA-DE-PRACTICA-CLINICA-ECV.pdf> (Acceso el 03 de Mayo del 2024)

45. Andrewes HE, Walker V, O'Neill B. Exploring the use of positive psychology interventions in brain injury survivors with challenging behaviour. *Brain Inj.* 2014;28(7):965-71. doi: 10.3109/02699052.2014.888764.

46. Albers GW; DEFUSE 3 Investigators. Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging. *N Engl J Med.* 2018 Feb 22;378(8):708-718.

47. González Lida. Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico y tratamiento del paciente con disfagia orofaríngea en el Hospital Universitario Nacional de Colombia. Primera edición. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Investigaciones Clínicas, Hospital Universitario Nacional de Colombia, Centro Editorial Facultad de Medicina, 2023

48. E Trinka. Management of convulsive status epilepticus (SE). *The International League Against Epilepsy.* Tomado de: [https://www.ilae.org/files/dmfile/StatusEpilepticus\\_pocket\\_card.pdf](https://www.ilae.org/files/dmfile/StatusEpilepticus_pocket_card.pdf)

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Anexos

### Anexo 1. Versión completa de la metodología del ECBE

#### Metodología

El ecbe se desarrolló mediante un proceso secuencial de siete fases: i) conformación del grupo desarrollador; ii) definición del alcance y los objetivos del ecbe; iii) revisión sistemática de gpc; iv) elaboración del algoritmo preliminar; v) desarrollo de un acuerdo interdisciplinario; vi) elaboración del algoritmo final, y vii) revisión y edición del ecbe. Cada una de estas etapas se describe a continuación:

#### i) Conformación del grupo elaborador

El grupo desarrollador estuvo conformado por expertos en medicina interna, neurología clínica y en epidemiología clínica, quienes se reunieron de forma virtual para determinar las directrices metodológicas, técnicas y temáticas respecto al desarrollo de las recomendaciones del ecbe. Todos los miembros del grupo desarrollador aceptaron participar en el proceso de desarrollo del estándar, diligenciaron y firmaron el formato de divulgación de conflictos de interés, de acuerdo con la normatividad vigente para el desarrollo de ecbe.

#### ii) Definición de alcance y objetivos

Esta actividad representa el componente principal del ecbe y suele ser objeto de las evaluaciones de calidad de este tipo de documentos (1, 2). En esta etapa, se plantearon tanto el alcance, como los objetivos para el desarrollo del ecbe a partir de preguntas trazadoras como: i) ¿por qué se hace?, ii) ¿para qué se hace?, iii) ¿quiénes la usarán?, iv) ¿a quiénes se dirige?, v) ¿qué problema o condición se quiere delimitar? y vi) ¿qué pregunta de salud específica se quiere abordar? (3).

En lo que respecta al alcance, el equipo desarrollador estuvo a cargo de su formulación teniendo en cuenta los siguientes componentes: i) *población objetivo*: población en la que se aplicarán específicamente las recomendaciones del ecbe; ii) *poblaciones especiales a las que pueda aplicarse el ecbe (equidad en salud)*: poblaciones indígenas, comunidad afrodescendiente, poblaciones rurales, etcétera; iii) *aspecto de la enfermedad o condición que se piensa abordar*: tratamiento, diagnóstico, prevención, seguimiento, etcétera; iv)

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

*aspectos de la enfermedad que no serán incluidas:* tratamiento, diagnóstico, prevención, seguimiento, etcétera; v) *contexto de atención en salud:* consulta externa, hospitalización, cirugía, unidad de cuidados intensivos, etcétera; vi) *especialidades, áreas o servicios de salud involucrados en la implementación del ecbe:* quiénes deberán utilizar las recomendaciones emitidas por el ecbe.

Los objetivos se establecieron teniendo en cuenta que estos deben describir de forma clara y concreta la finalidad del ecbe. De esta forma, los objetivos se formularon considerando las actividades de revisión de la literatura, las áreas asistenciales involucradas y el consenso interdisciplinario al que se ha de llegar como producto final del ecbe. En la formulación de los objetivos, también se incluyeron la identificación de puntos de control y los lineamientos para la difusión e implementación del ecbe.

### iii) Revisión sistemática de GPC

Se realizaron búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos para identificar las gpc que respondieran al objetivo y alcance del ecbe. En la revisión de la literatura, sólo se consideraron documentos publicados en los últimos 10 años en revistas científicas o documentos técnicos encontrados como literatura gris calificados como gpc basadas en la evidencia que reportaran indicaciones o recomendaciones relativas al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con obesidad y el tratamiento quirúrgico de aquellos con pérdida masiva de peso.

Teniendo en cuenta lo anterior, se diseñaron estrategias de búsqueda electrónica altamente sensibles con el fin de identificar documentos que cumplieran con los criterios antes descritos. Las búsquedas se realizaron del 24 de marzo al 18 de abril del 2023, en las siguientes bases de datos:

1. *Desarrolladores:*
  - a. Ministerio de Salud y Protección Social (msps) - Colombia
  - b. National Institute for Health and Clinical Excellence (nice) - Reino Unido
  - c. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (iets) - Colombia
  - d. Instituto Mexicano del Seguro Social (imss) - México
  - e. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (sign) - Escocia

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

- f. Organización Panamericana de la Salud (ops)
  - g. Sistema de Información de la Biblioteca de la oms (wholis)
  - h. Australian Clinical Practice Guidelines - gpc Australia
  - i. Organización Mundial de la Salud (oms)
  - j. Biblioteca Guía Salud - España
  - k. Agency for Healthcare Research and Quality (ahrq)
  - l. British Association of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgeons (bapras)
2. *Compiladores:*
- a. Guidelines International Network (g-i-n)
  - b. cpg Infobase: Clinical Practice Guidelines (cma infodatabse)
3. *Bases de datos de revistas científicas:*
- a. Medline
  - b. Embase
  - c. lilacs
4. *Otras fuentes de información:*
- a. American Academy of Neurology

En lo que respecta a la realización de las búsquedas, primero se identificaron los términos clave (lenguaje natural), correspondientes a la condición de salud o área de interés a abordarse en el ecbe. Luego, se construyó una estrategia de búsqueda de base compuesta por vocabulario controlado (términos MeSH, Emtree y DeCS) y lenguaje libre (variaciones ortográficas, plurales, sinónimos, acrónimos y abreviaturas).

A partir de la estrategia de búsqueda de base, se crearon estrategias de búsqueda para las diferentes bases de datos consultadas, utilizando, cuando fue posible, expansión de

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

términos, identificadores de campo (título y resumen), truncadores y operadores booleanos y de proximidad. Para cada búsqueda, se generó un reporte que garantizara su reproducibilidad y transparencia. Se descargaron todos los archivos con extensión ris o los documentos en formato pdf para consolidar todos los resultados en una sola base de datos y, de esta forma, realizar los procesos de tamización y selección de los estudios y de evaluación de la calidad de la evidencia. Las tablas de reporte de las estrategias de búsqueda de la evidencia se pueden consultar en el anexo 3.

### **Definición de los criterios de elegibilidad**

Antes de iniciar el proceso de tamización y selección de la evidencia, el grupo desarrollador estableció criterios de elegibilidad. Este proceso estuvo a cargo de los líderes clínicos y del líder metodológico del grupo, con la colaboración del resto de integrantes. La sección de alcance y objetivos fue el insumo principal para definir estos criterios, los cuales se presentan a continuación:

### **Criterios de inclusión**

- GPC sobre prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes con ACVi
- GPC en pacientes adultos mayores de 18 años de edad de cualquier sexo, etnia o raza.
- GPC en inglés o español con acceso a texto completo
- GPC desarrolladas en el entorno hospitalario, ambulatorio, cuidado crítico o de Urgencias/Emergencias
- GPC publicadas en los últimos 10 años (2013-2023)

### **● Criterios de exclusión**

- GPC sobre prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de los pacientes con ACVi en población pediátrica o gestante.
- GPC con evaluación de la calidad global menor a seis según el instrumento AGREE II o con un puntaje menor a 60 % en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

- **Tamización de las GPC identificadas en la búsqueda de la literatura**

La tamización de la evidencia se realizó mediante la revisión del título, resumen y texto completo de los documentos identificados en las búsquedas sistemáticas. Este proceso fue realizado de manera doble e independiente por los colaboradores del ECBE. En el caso de discrepancias, la decisión se tomó por un tercer integrante, líder clínico del ECBE. El proceso de tamización y selección de la evidencia, así como el número de referencias evaluadas en cada parte del proceso, se presenta en el diagrama prisma (Anexo 2).

- **Evaluación de la calidad**

La calidad de las gpc seleccionadas fue evaluada con el instrumento agree ii, una herramienta diseñada para calificar la calidad metodológica de las gpc que consta de 6 dominios, cada uno con diferentes ítems, en los que se puede obtener una puntuación entre 1 y 7, donde 1 es el nivel más bajo (calificación «muy en desacuerdo») y 7, el más alto (calificación «muy de acuerdo»). Después de evaluar todos los ítems de cada dominio, se calcula el porcentaje obtenido sobre una base de 100 % (4).

La calidad de la evidencia se evaluó de forma doble e independiente por un representante del equipo desarrollador y el líder metodológico del ECBE.

- **Decisión sobre la inclusión de GPC para el desarrollo del ECBE**

En las búsquedas iniciales, se recuperaron 6557 registros. Luego de remover duplicados (n= 1049), se identificaron 5508 estudios en total, de los cuales 5481 fueron excluidos en la etapa de revisión de títulos y resúmenes. Después, de los 27 documentos en los que se realizó lectura de texto completo, 25 gpc fueron seleccionadas para evaluar su calidad con el instrumento agree ii (4). Por último, en la etapa de evaluación de la calidad metodológica, 3 gpc fueron excluidas; las 22 gpc que cumplieron los criterios de elegibilidad y fueron finalmente incluidas para la revisión de la evidencia se presentan en la tabla 1.

El proceso de búsqueda, tamización y selección de la evidencia se resume en la figura prisma disponible en el anexo 2. Las referencias excluidas en la etapa de evaluación de la calidad, así como los resultados de la evaluación de la calidad metodológica de las 22 gpc, se pueden consultar en la tabla 1 del anexo 1. Las referencias excluidas se referencian a continuación (5-7)

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Tabla 1.** Guías de práctica clínica identificadas en la búsqueda de la literatura que cumplieron los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estándar clínico basado en la evidencia

Id	Nombre de la GPC	Grupo de desarrollador	País	Idioma	Año	Reporte AGREE-II		
						Rigor metodológico	Independencia editorial	Calidad global
GP C1	Canadian Stroke Best Practice Recommendation for Acute Stroke Management : Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018	Canadian Stroke Consortium	Canadá	Inglés	2018	70,8%	75%	6
GP C2	Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early	American Heart Association	Estados Unidos	Inglés	2019	88%	100%	7

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>					
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>					
	Código: IN-EC-28		Vigente desde: 09-07-2024		Versión: 001	

	Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcares Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association.							
GP C 3	Accidente Cerebro Vacular Isquémico en personas de 15 años y más	Superintendencia de Salud	Chile	Español	2013	68%	95%	5
GP C 4	2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcares Professionals From the American Heart Association/ American	American Heart Association	Estados Unidos	Inglés	2018	86%	100%	7

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>					
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>					
	Código: IN-EC-28		Vigente desde: 09-07-2024		Versión: 001	

	Stroke Association.							
GP C 5	Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015	Canadian Stroke Consortium	Canadá	Inglés	2015	74%	87%	6
GP C 6	European Stroke Organisation (ESO) guideline on screening for subclinical atrial fibrillation after stroke or transient ischaemic attack of undetermined origin.	European Stroke Organisation (ESO)	Europa	Inglés	2022	87%	100%	7
GP C 7	European Stroke Organisation guidelines on stroke in women: Management of	European Stroke Organisation (ESO)	Europa	Inglés	2022	82%	87%	6

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

	menopause, pregnancy and postpartum							
GP C 8	European Stroke Organisation (ESO) guidelines on the management of space-occupying brain infarction.	European Stroke Organisation (ESO)	Europa	Inglés	2019	86%	100%	6
GP C 9	Recommendations for the management of cerebral and cerebellar infarction with swelling: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association.	American Heart Association	Estados Unidos	Inglés	2014	90%	100%	6

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>					
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>					
	Código: IN-EC-28		Vigente desde: 09-07-2024		Versión: 001	

GP C 10	Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del ataque cerebrovascular isquémico	Seguro Social de Salud. Lima, Perú	Perú	Español	20 20	86%	87%	6
GP C 11	European Stroke Organisation guidelines on treatment of patients with intracranial atherosclerotic disease	European Stroke Organisation (ESO)	Europa	Inglés	20 22	85%	100%	6
GP C 12	Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017	Canadian Stroke Consortium and the Canadian Association of Emergency Physicians	Canadá	Inglés	20 18	74%	100%	6
GP C 13	Canadian Stroke Best Practice Recommendation	Canadian Stroke Consortium and the	Canadá	Inglés	20 20	70%	100%	6

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>						
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>						
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024			Versión: 001		

	ations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019	Canadian Association of Emergency Physicians						
GP C 14	Vigilancia y Prevención secundaria de la Enfermedad Vascular Cerebral en el primer nivel de atención	Instituto Mexicano del Seguro Social	México	Español	2015	67%	95%	5
GP C 15	National clinical guideline for stroke for the UK and Ireland	SIGN, NICE, Royal College of physicians	Reino Unido/Irlanda	Inglés	2023	91%	100%	7
GP C 16	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Secondary Prevention of Stroke Update 202	Heart and Stroke Foundation of Canada	Canadá	Inglés	2021	81%	95%	6
GP C 17	Canadian Stroke Best Practice Recommendation	Heart and Stroke Foundation	Canadá	Inglés	2022	88%	100%	7

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>						
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>						
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024			Versión: 001		

	ations: Acute Stroke Management , 7 Edition Practice Guidelines Update, 2022	n of Canada						
GP C 18	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Virtual Stroke Rehabilitation Interim Consensus Statement 2022	Heart and Stroke Foundation of Canada	Canadá	Inglés	2022	74%	100%	7
GP C 19	American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: prevention, diagnosis, and treatment of cerebrovascular disease in children and adults	The American Society of Hematology	Estados Unidos	Inglés	2020	77%	87%	6
GP C 20	Guía de Práctica Clínica para el	Ministerio de Salud y	Colombia	Español	2015	93%	100%	7

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>					
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>					
	Código: IN-EC-28		Vigente desde: 09-07-2024		Versión: 001	

	diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en población mayor de 18 años	Protección Social						
GP C 21	Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management	NICE	Reino Unido	Inglés	2019	95%	100%	7
GP C 22	Stroke rehabilitation in adults	NICE	Reino Unido	Inglés	2013	95%	100%	7

GPC: guía de práctica clínica.

- **Elaboración de las tablas comparativas de la evidencia**

Para esta actividad, los expertos clínicos se reunieron y determinaron de forma conjunta los dominios de la condición de interés para el ecbe y sobre los que se debía obtener información, a partir de las gpc seleccionadas, luego de los procesos de búsqueda, tamización y selección de la evidencia. El término *dominio* se definió como los aspectos puntuales de la enfermedad que debían ser incluidos en el ecbe, a saber: i) cómo realizar el diagnóstico clínico y en imágenes de ACVi; ii) predicción de edema cerebral en ACVi; iii) metas de tensión arterial en pacientes con ACVi; iv) metas de glicemia en el paciente con ACVi; v) tamizaje de disfagia en el paciente con ACVi; vi) recomendaciones sobre la

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

temperatura en pacientes con ACVi; vii) recomendaciones de manejo para el edema asociado al infarto; viii) recomendaciones sobre la profilaxis y tratamiento de las crisis epilépticas en pacientes con ACVi; ix) recomendaciones para el manejo de los factores de riesgo en ACVi; x) recomendaciones de la trombolisis en pacientes con ACVi; xi) recomendaciones de trombectomía mecánica en el manejo de ACVi; xii) pruebas de laboratorio en los pacientes con ACVi; xiii) estudios cardiacos a realizar en pacientes con ACVi; xiv) indicaciones de la terapia antiplaquetaria en pacientes con ataque cerebrovascular; xv) indicaciones de la terapia anticoagulante en pacientes con ACVi; xvi) recomendaciones para el equipo de manejo de los pacientes con ACVi; xvii) recomendaciones nutricionales para los pacientes con ACVi; xviii) recomendaciones frente a la terapia de reemplazo hormonal y anticoncepción en mujeres con ACVi; xix) recomendaciones nutricionales para los pacientes con ACVi; xx) recomendaciones frente al uso de agentes neuroprotectores en pacientes con ACV; xxi) recomendaciones para el tamizaje y diagnóstico de depresión en pacientes con ACVi; xxii) enfoque paliativo; xxiii) procedimiento para realizar evaluación funcional en pacientes con ACVi; xxiv) condiciones iniciales en la rehabilitación de pacientes con ACVi y xxv) recomendaciones sobre el manejo de las complicaciones (disfagia, visión, debilidad en miembro superior e inferior, comunicación, cognitivas y emocionales) en pacientes con ACVi.

Una vez establecidos los dominios para la elaboración del diagrama de flujo, se creó una tabla comparativa de la evidencia en la cual se definió la información a incluir para cada dominio, a saber: i) puntos de control de posible utilidad; ii) recomendaciones respecto al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, y iii) áreas/servicios asistenciales involucrados en el proceso de atención integral de la condición. Esta actividad fue realizada por el equipo desarrollador, con el apoyo del líder metodológico, previa capacitación.

La evaluación de los diferentes grados de evidencia de las recomendaciones reportadas en cada gpc se realizó con la herramienta específica establecida en cada documento. En el anexo 4, se describen los sistemas de calificación de la evidencia utilizados en la evaluación de las gpc incluidas en este ecbe.

#### **iv) Elaboración del algoritmo preliminar**

Para la elaboración del algoritmo preliminar del ecbe, el equipo desarrollador revisó conjuntamente las recomendaciones extraídas de las gpc para cada uno de los dominios de la condición planteados. Además, se realizó una reunión en la que se socializó la calidad de la evidencia y el grado de recomendación para cada una de las recomendaciones descritas por las gpc seleccionadas.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Posteriormente, se llegó a un acuerdo sobre los especialistas requeridos para complementar el grupo colaborador con el fin de elaborar el algoritmo clínico para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del paciente adulto con ACVi. En este punto, se solicitó apoyo de expertos clínicos de las especialidades de nutrición, medicina del deporte y cirugía bariátrica.

Finalmente, para la construcción del algoritmo clínico se realizaron reuniones virtuales y presenciales, con una duración aproximada de 1 hora cada una, en las que se discutió el curso de atención de los pacientes con la condición a estandarizar. En estas reuniones, participaron los expertos clínicos de las especialidades mencionadas y un experto metodológico con formación en la elaboración de diagramas de flujo.

#### **v) Desarrollo de un acuerdo interdisciplinario**

Para lograr el acuerdo interdisciplinario se realizaron varias actividades. Primero, se identificaron las áreas asistenciales o servicios clínicos involucrados en el proceso de atención integral de los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico en el hun. Luego, la lista de áreas o servicios asistenciales identificados se presentó ante los miembros del Comité de Generación de Estándares Clínicos Basados en la Evidencia (la unidad de gobernanza del proceso), quienes se encargaron de avalar la lista y de complementarla en caso de considerarlo pertinente.

Posteriormente, se envió una comunicación escrita a los coordinadores o jefes de estas áreas/servicios asistenciales, solicitándoles la designación oficial de un representante encargado de asistir a la reunión de consenso. Una vez designados los representantes, se les envió, mediante correo electrónico, la versión preliminar del ecbe y un formato de sugerencia de cambios, el cual se les solicitó diligenciar y enviarlo en un plazo no mayor a 5 días hábiles. Una vez transcurrido este plazo, se analizaron las sugerencias enviadas y se hicieron los cambios pertinentes.

En la reunión de consenso, realizada el 3 de abril del 2024, participaron representantes de los siguientes servicios o áreas asistenciales: cuidado crítico, nutrición clínica, neuropsicología, dolor y cuidados paliativo, farmacia, Calidad y gestión del riesgo, fisioterapia, Dirección comercial, terapia ocupacional, fonoaudiología, neurocirugía, medicina general hospitalaria, psiquiatría, psicología, medicina física y rehabilitación, enfermería, trabajo social, neurología, radiología, laboratorio clínico, seguridad del paciente e ingeniería biomédica. La información contenida en los diagramas de flujo del ecbe y los puntos de control fueron presentadas en 6 secciones (5 secciones del ecbe y una sobre los puntos de control) y se utilizó una escala tipo *Likert* de 1 a 9 para evaluar el grado de acuerdo con cada sección, donde 1 correspondió a «Muy en desacuerdo» con la sección y

	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

9 a «Completamente de acuerdo». Para determinar si había consenso en las respuestas a cada una de las 8 preguntas, la escala se dividió en tres zonas de puntuación: i) de 1 a 3, ii) de 4 a 6 y iii) de 7 a 9.

Utilizando como referencia el rango de la votación entre 1 y 9, se consideró que hubo «consenso total», cuando la puntuación mayor y la menor se encontraron en una sola zona de la escala, y «consenso parcial», cuando la puntuación mayor y la menor se ubicaron en dos zonas consecutivas de la escala. Por el contrario, se consideró que no hubo consenso («no consenso») cuando el rango de la puntuación obtenida en la ronda de votación se encontró en las tres zonas de la escala (ver figura 1) (8). Para cada una de las preguntas se aceptó un máximo de 3 rondas de votación; sin embargo, es importante mencionar que, como se muestra en la tabla 3, en la primera ronda de votaciones se obtuvo una puntuación unánime de 7-9 («de acuerdo» a «completamente de acuerdo» con la sección presentada) para las 8 secciones, es decir, un consenso total a favor de las recomendaciones planteadas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con obesidad y/o pérdida de peso masiva en el hún.



**Figura 1.** Escala tipo Likert utilizada en la reunión de consenso

*Fuente:* tomada y adaptada de (8).

A continuación, se presentan las preguntas realizadas por sección y los resultados obtenidos en la votación realizada en la reunión de consenso (ver tablas 2 y 3).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Tabla 2.** Secciones presentadas en la reunión de consenso y preguntas realizadas para cada sección en la ronda de votación

<b>Sección</b>	<b>Pregunta</b>
Sección 1: paciente con sospecha de ataque cerebrovascular de tipo isquémico	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 1: paciente con sospecha de ataque cerebrovascular de tipo isquémico?
Sección 2: tratamiento inicial del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 2: tratamiento inicial del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico?
Sección 3: tratamiento en unidad de cuidado crítico paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico.	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 3: tratamiento en unidad de cuidado crítico paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico?
Sección 4: tratamiento en sala general del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico.	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 4: tratamiento en sala general del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico?
Sección 5: seguimiento, intervenciones y egreso del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 5: seguimiento, intervenciones y egreso del paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular de tipo isquémico?
Sección 6: puntos de control	¿Cuál es su grado de acuerdo frente a la sección 6: puntos de la sección?

Para cada una de las preguntas se recibieron respuestas correspondientes a los representantes de los servicios de cuidado crítico, nutrición clínica, neuropsicología, dolor y cuidados paliativo, farmacia, calidad y gestión del riesgo, fisioterapia, dirección comercial, terapia ocupacional, fonoaudiología, neurocirugía, medicina general hospitalaria, psiquiatría, psicología, medicina física y rehabilitación, enfermería, trabajo social, neurología, radiología, laboratorio clínico, seguridad del paciente e ingeniería biomédica. En la tabla 3, se presentan los resultados obtenidos en la votación.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

**Tabla 3.** Resultados de las votaciones realizadas en la reunión de consenso

	# Votantes	1 a 3	4 a 6	7 a 9	Mediana	Rango
1. Pregunta sección 1	21	0 %	0 %	100 %	8	7; 9
2. Pregunta sección 2	21	0 %	0 %	100 %	8	7; 9
3. Pregunta sección 3	20	0 %	0 %	100 %	8	7; 9
4. Pregunta sección 4	20	0 %	0 %	100 %	8	7; 9
5. Pregunta sección 5	18	0 %	0 %	100 %	8	7; 9
8. Pregunta puntos de control	18	0 %	0 %	100 %	8	7; 9

•

#### **vi) Elaboración del algoritmo final**

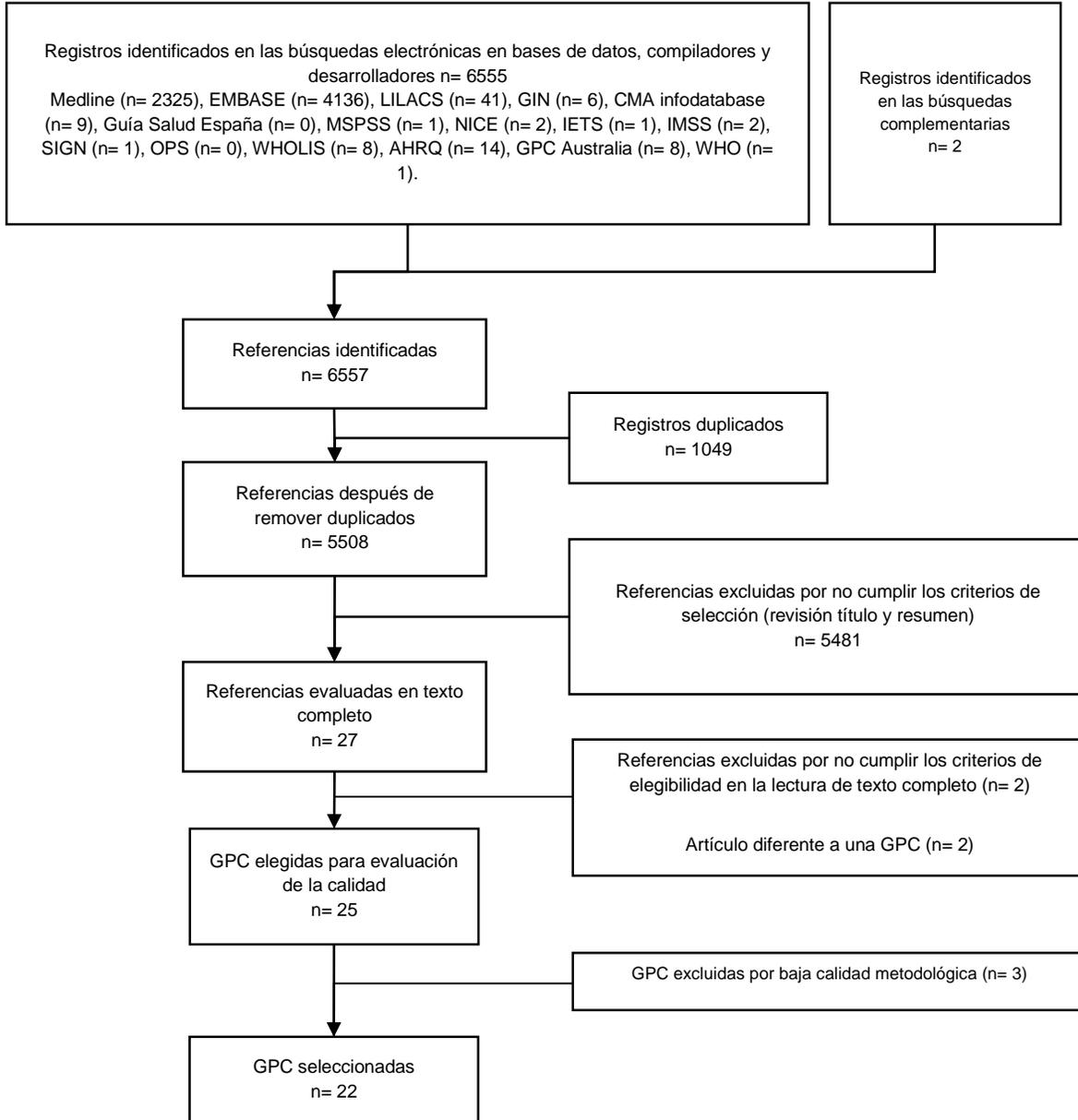
Para la elaboración de la versión final del ecbe, el equipo desarrollador se reunió y unificó las sugerencias emitidas en la reunión de consenso, y, con base en estas, modificó el algoritmo preliminar del documento, además de la información adicional referida para cada aspecto del algoritmo por ampliar. El equipo metodológico se encargó de resumir los resultados de las votaciones realizadas en la reunión de consenso y de ajustar la sección de metodología del ecbe.

#### **vii) Revisión y edición**

Como actividad final del proceso, se envió el documento a los participantes del consenso interdisciplinario para una última revisión y una vez aprobado, se realizó la revisión estilo y diagramación del documento; de esta forma, se obtuvo la versión final del ecbe.

	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Anexo 2. Diagrama PRISMA



Fuente: tomado y adaptado de (9).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Anexo 3. Documentos adicionales

Este anexo se encuentra disponible en un archivo adicional y contiene la siguiente información:

- Lista de términos utilizados en la búsqueda
- Bitácora de búsqueda de GPC
- Evaluaciones de la calidad de las gpc seleccionadas según el instrumento agree ii.
- Tabla comparativa de extracción de la información de las gpc seleccionadas.
- Formatos de revelación de conflictos de intereses.

Consulta el anexo aquí  
[<https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1AVUZ1vHvxL57S789jYIMb3zYtCkb1jCe>]

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

#### **Anexo 4. Sistemas de calificación de la evidencia utilizados en el ECBE**

Escala de evidencia de recomendaciones del Canadian Stroke Consortium\*

<b>Nivel de Evidencia</b>	<b>Descripción</b>
A	Revisiones sistemáticas, meta-análisis, múltiples ECAs homogéneos.
B	ECAs individuales, diseños cuasi-experimentales con muestras grandes y gran poder estadístico.
C	Evidencia débil, consenso de opinión de expertos

ECAs: Ensayos Clínicos Aleatorizados.

*Fuente:* tomado y adaptado de (10)

\*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de la GPC 1 (10)

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Escala de evidencia de recomendaciones del Canadian Stroke Consortium\*

<b>Nivel de Evidencia</b>	<b>Descripción</b>
A	<p>Evidencia de un meta-análisis de ECAs o hallazgos consistentes de 2 o más ECAs.</p> <p>Los efectos deseables superan claramente los efectos indeseables o viceversa.</p>
B	<p>Evidencia de un único ECA o hallazgos consistentes de 2 o más ensayos no aleatorizados y/o no controlados bien diseñados, y estudios observacionales grandes.</p> <p>Los efectos deseables superan o están estrechamente equilibrados con los efectos indeseables, o viceversa.</p>
C	<p>Consenso del grupo de redacción y/o soportado por evidencia limitada.</p> <p>Los efectos deseables superan o están estrechamente equilibrados con los efectos indeseables, o viceversa; determinado según el grupo de redacción.</p> <p>Las recomendaciones con este nivel de evidencia pueden ser impulsores clave del sistema que respalden otras recomendaciones, y algunas pueden ser opiniones de expertos basadas en patrones de evidencia o práctica común, nueva o emergente.</p>

ECAs: Ensayos Clínicos Aleatorizados.

*Fuente:* tomado y adaptado de (11)

\*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de las GPC 5, 12, 13 y 16 (11-14)

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Clases de recomendaciones y niveles de evidencia de estrategias clínicas, intervenciones, tratamientos o pruebas diagnósticas en el cuidado de los pacientes determinados por American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA)\*\*

<b>Nivel de evidencia</b>	
A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia de alta calidad de más de un ECA.</li> <li>• Meta-análisis de ECAs de alta calidad.</li> <li>• 1 o más ECAs corroborados por estudios de registro de alta calidad.</li> </ul>
B-R (Aleatorizado)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia de calidad moderada de 1 o más ECAs.</li> <li>• Meta-análisis de ECAs de calidad moderada.</li> </ul>
B-NR (No aleatorizado)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia de calidad moderada de 1 o más estudios no aleatorizados, observacionales o de registro, bien diseñados y bien ejecutados.</li> <li>• Meta-análisis de dichos estudios.</li> </ul>
C-LD (Datos Limitados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios observacionales o de registro aleatorizados o no aleatorizados con limitaciones de diseño o ejecución.</li> <li>• Meta-análisis de dichos estudios.</li> <li>• Estudios fisiológicos o mecanísticos en sujetos humanos.</li> </ul>
C-EO (Opinión de expertos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consenso de opinión de expertos basada en experiencia clínica.</li> </ul>

ECAs: Ensayos Clínicos Aleatorizados.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Clase (Fuerza) de Recomendación	Descripción
Clase I (Fuerte)	<p>Beneficio &gt;&gt;&gt; Riesgo</p> <p>Frases sugeridas para escribir recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se recomienda.</li> <li>● Está indicado/es útil/es efectivo/es beneficioso.</li> <li>● Debería ser realizado/administrado/otros.</li> <li>● Frases de efectividad comparada: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda/indica el tratamiento/la estrategia A sobre el tratamiento B.</li> <li>- Tratamiento A debería escogerse sobre el tratamiento B.</li> </ul> </li> </ul>
Clase IIa (Moderada)	<p>Beneficio &gt;&gt; Riesgo</p> <p>Frases sugeridas para escribir recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Es razonable.</li> <li>● Puede ser útil/efectivo/beneficioso.</li> <li>● Frases de efectividad comparada:</li> </ul>

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda/indica probablemente el tratamiento/la estrategia A sobre el tratamiento B.</li> <li>- Es razonable escoger el tratamiento A sobre el B.</li> </ul>
Clase IIb (Débil)	<p>Beneficio <math>\geq</math> Riesgo</p> <p>Frases sugeridas para escribir recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Podría ser razonable.</li> <li>● Podría ser considerado.</li> <li>● Utilidad/efectividad es desconocida/poco clara/incierta o no está bien establecida.</li> </ul>
Clase III: Sin beneficio (Moderada)	<p>Beneficio = Riesgo</p> <p>Frases sugeridas para escribir recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● No se recomienda.</li> <li>● No está indicado, no es útil/efectivo/beneficioso.</li> </ul>
Clase III: Con daño (Fuerte)	<p>Riesgo <math>&gt;</math> Beneficio</p> <p>Frases sugeridas para escribir recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Potencialmente dañino.</li> </ul>

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causa daño.</li> <li>• Asociado con morbilidad/mortalidad excesiva.</li> <li>• No debería ser realizado/administrado/otros.</li> </ul>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: tomado y adaptado de (15).

\*\*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de las GPC 2 y 4 (15)

Escala de clasificación de la evidencia del Sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)\*

<b>Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE</b>			
<b>Calidad de la evidencia científica</b>	<b>Diseño del estudio</b>	<b>Disminuir la calidad si</b>	<b>Aumentar la calidad si</b>
Alta	ECA	<b>Limitación en el diseño:</b> Importante (-1) Muy importante (-2)	<b>Asociación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia científica de una asociación fuerte (RR &gt; 2 o &lt; 0.5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión) (+1).</li> </ul> Evidencia científica de una asociación muy fuerte (RR > 5 o < 0.2 basado en estudios sin
Moderada			
Baja	Estudios observacionales	<b>Inconsistencia (-1)</b>  <b>Evidencia directa:</b> Alguna (-1) incertidumbre	
Muy baja	Otros tipos de estudio	Gran (-2) incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa  <b>Datos imprecisos (-1)</b>	

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

		<b>Sesgo de notificación:</b> Alta probabilidad de (-1)	posibilidad de sesgos) <b>(+2)</b>  Gradiente dosis respuesta <b>(+1)</b>  Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado <b>(+1)</b>
--	--	------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ECA: ensayo clínico aleatorizado; RR: riesgo relativo.

<b>Implicaciones de los grados de recomendación del sistema GRADE</b>		
<b>Implicaciones de una recomendación fuerte</b>		
<b>Pacientes</b>	<b>Clínicos</b>	<b>Gestores/planificadores</b>
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían.	La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.
<b>Implicaciones de una recomendación débil</b>		
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada, pero	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el profesional sanitario	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

un número importante de ellas no.	tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.	
-----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

✓	Recomendación basada en la experiencia clínica y el consenso del grupo elaborador
<p>En ocasiones, el grupo desarrollador se percata de que existe un aspecto práctico importante que es necesario destacar y para el cual, probablemente, no hay ningún tipo de evidencia científica que lo soporte. En general, estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado como buena práctica clínica y que nadie cuestionaría normalmente y, por tanto, son valorados como puntos de “buena práctica clínica”. Estos puntos no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse solo cuando no haya otra forma de destacar dicho aspecto.</p>	

*Fuente:* tomado y adaptado de (16).

\*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de las GPC 3, 6, 7, 8, 10, 11, 17-20 y 22 (17-27)

Clases y niveles de evidencia usadas en las recomendaciones de la American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA)\*\*\*

Clase I	Condiciones para las cuales hay evidencia y/o acuerdo general de que el procedimiento o tratamiento es útil y efectivo.
Clase II	Condiciones para las que hay evidencia contradictoria y/o opiniones variadas acerca de la utilidad/efectividad de un procedimiento o tratamiento.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Clase IIa	La evidencia u opinión está en favor del procedimiento o tratamiento.
Clase IIb	Utilidad/efectividad no está tan establecida por la evidencia u opinión.
Clase III	Condiciones para las que hay evidencia y/o acuerdo general de que el procedimiento o tratamiento no es útil/efectivo y en algunos casos puede causar daño.
<b>Recomendaciones terapéuticas</b>	
Nivel de evidencia A	Datos derivados de múltiples ECAs o meta-análisis.
Nivel de evidencia B	Datos derivados de un único ECA o estudios no aleatorizados.
Nivel de evidencia C	Opinión consensuada de expertos, estudios de casos o estándar de cuidado.
<b>Recomendaciones diagnósticas</b>	
Nivel de evidencia A	Datos derivados de múltiples estudios de cohortes prospectivos usando un estándar de referencia aplicado por un evaluador enmascarado.
Nivel de evidencia B	Datos derivados de un único estudio grado A o uno o más estudios de casos y controles, o estudios usando un estándar de referencia aplicado por un evaluador no enmascarado.
Nivel de evidencia C	Opinión consensuada de expertos.

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

Fuente: tomado y adaptado de (28)

\*\*\*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de las GPC 9 y 14 (28, 29)

Fuerza de las recomendaciones de SIGN, NICE, Royal College of physicians\*\*\*\*

Fuerza de recomendación	Descripción
Fuerte	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hay suficiente evidencia con bajo riesgo de sesgos, y todos los demás factores son positivos (o negativos) o si hay consenso entre el grupo desarrollador de que la intervención “debería” ser usada.</li> <li>● Grupo desarrollador tiene alta certeza de que los beneficios superan los riesgos, o viceversa.</li> </ul>
Condicional	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hay dudas acerca de la fiabilidad de la evidencia, o por otras razones, por ejemplo, efectos adversos potenciales/aceptabilidad del paciente, o si hay consenso entre el grupo desarrollador de que la intervención debería/podría ser considerada.</li> </ul>

Fuente: tomado y adaptado de (30).

\*\*\*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de la GPC 15 (30).

Escala de evidencia NICE 2007\*\*\*\*\*

Nivel de evidencia	Tipo de evidencia

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

1++	Meta-análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECAs, o ECAs con muy bajo riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con bajo riesgo de sesgo.
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ECAs, o ECAs con alto riesgo de sesgo*.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o casos y controles.
2+	Estudios de cohortes o casos y controles bien ejecutados con bajo riesgo de confusión, sesgo o azar y una alta probabilidad de que la relación es causal.
2-	Estudios de cohortes o casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgo o azar y un riesgo significativo de que la relación no sea causal*.
3	Estudios no analíticos (por ejemplo reportes de caso o series de caso).
4	Opinión de expertos, consenso formal.

\*Estudios con nivel de evidencia '-' no se usan como base para hacer una recomendación.

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado.

*Fuente:* tomado y adaptado de (31)

\*\*\*\*Herramienta utilizada para la evaluación de la evidencia de la GPC 21 (31).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Anexo 5. Acrónimo CORRE

Acrónimo diseñado para identificar los principales síntomas presentados durante un ataque cerebrovascular



Acrónimo autoría Dr. Luis Fernando Roa - Neurólogo

Fuente: tomado de (32).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024

### Anexo 6. Escala ROSIER

El puntaje total se encuentra en -2 y+5. La probabilidad de Ataque Cerebrovascular es baja si el puntaje es de 0 o menor. Con puntaje  $\geq 1$  existe una probabilidad de Ataque Cerebrovascular en ausencia de hipoglicemia (S: 89% y E: 76%)

Criterios	Puntaje	
	Perdida de Conciencia o Síncope	SI (-1)
Presencia de Crisis Epiléptica	SI (-1)	No (0)
Parálisis facial asimétrica	SI (+1)	No (0)
Parálisis de Miembro Superior asimétrica	SI (+1)	No (0)
Parálisis de Miembro Inferior asimétrica	SI (+1)	No (0)
Trastorno del Habla	SI (+1)	No (0)
Defecto del Campo Visual	SI (+1)	No (0)

*Fuente:* tomado y adaptado de (33).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Anexo 7. Escala Rankin Modificada

La Escala de Rankin modificada (mRS) es una medida de discapacidad global informada por el médico que se ha aplicado ampliamente para evaluar la recuperación de un accidente cerebrovascular. y como criterio de valoración principal en ensayos clínicos aleatorios (ECA) de tratamientos emergentes para ACV. El valor de la mRS como criterio de valoración de ECA se ha examinado en varias investigaciones en las que sus defensores enfatizan la importancia de la brevedad, la simplicidad de uso y la interpretabilidad de la escala en el contexto de los ensayos sobre ACV. Existe una amplia evidencia sobre la validez, confiabilidad y sensibilidad de la mRS en una literatura amplia pero fragmentada.

Grado	Componentes	Preguntas
<b>0. Asintomático</b>		
<b>1. Sin discapacidad significativa</b>	Presenta algunos síntomas y signos pero sin limitaciones para realizar sus actividades habituales y su trabajo.	¿Tiene el paciente dificultad para leer, escribir, hablar o encontrar la palabra correcta, tiene problemas con la estabilidad o de coordinación, molestias visuales, adormecimiento, pérdida de la movilidad, dificultad para tragar saliva u otros síntomas?
<b>2. Discapacidad leve</b>	Presenta limitaciones en sus actividades habituales y laborales previas, pero es independiente para las actividades básicas de la vida diaria.	¿Ha habido algún cambio en la capacidad del paciente para sus actividades habituales o trabajo o cuidado comparado con su situación previa? ¿Ha habido algún cambio en la capacidad del paciente para participar en actividades sociales o de ocio? ¿Tiene el paciente problemas con sus relaciones personales con otros o se ha aislado socialmente?

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

<b>3. Discapacidad moderada</b>	Necesita ayuda para algunas actividades instrumentales pero no para las actividades básicas de la vida diaria. Camina sin ayuda de otra persona. Necesita de cuidador al menos dos veces por semana.	¿Precisa de ayuda para preparar la comida, el cuidado del hogar, manejo del dinero, realizar compras o uso de transporte público?
<b>4. Discapacidad moderadamente grave</b>	Incapaz de atender satisfactoriamente sus necesidades, precisa ayuda para caminar y para actividades básicas. Necesita cuidador al menos una vez al día, pero no de forma continuada. Puede quedar solo en casa algunas horas.	¿Necesita ayuda para comer, usar el baño, higiene diaria o caminar? ¿Podría quedar solo algunas horas al día?
<b>5. Discapacidad grave</b>	Necesita atención constante. Encamado. Incontinente. No puede quedar solo.	
<b>6. Muerte</b>		

*Fuente:* tomado y adaptado de (34, 35).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Anexo 8. NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS)

La NIH Stroke Scale (NIHSS) mide la función neurológica en pacientes con signos y síntomas de ACV. Ha sido bien validado y se utiliza comúnmente tanto en el ámbito clínico como en el de investigación. El examen neurológico del NIHSS incluye 15 elementos individuales que miden la función motora y sensorial, la producción del lenguaje y el habla, la visión, el nivel de conciencia y atención, y la negligencia. Los elementos se suman para proporcionar una evaluación general de la gravedad del ACV, con una puntuación que oscila entre 0 y 42. La gravedad del ACV al inicio se ha asociado con la mortalidad, la discapacidad funcional, la duración de la estancia hospitalaria y la recuperación. La puntuación total inicial del NIHSS es altamente predictiva del resultado después de un ACVi. Sin embargo, incluso entre los pacientes con ACV leves, definidos por puntuaciones NIHSS entre 0 y 5, aproximadamente un tercio tiene una discapacidad significativa después del ACVi. Asimismo, permite establecer indicación de terapias de reperfusión como trombectomía mecánica y trombólisis.

Instrucciones: Aplique la escala en orden. No retroceda para cambiar puntajes ya colocados; sea meticuloso en seguir las instrucciones de aplicación de la escala. Puntúe lo que el paciente hace, no lo que usted cree que el paciente debería hacer. Salvo en algunas circunstancias, el paciente no debe ser ayudado a ejecutar los comandos.

Item	Instrucciones	Puntos
<b>1.a Nivel de Conciencia</b>	<b>Alerta:</b> Plenamente despierto y con capacidad normal de respuesta	0
	<b>Somnolencia:</b> No alerta, pero puede ser despertado con estímulo mínimo para responder y obedecer. Se duerme si no se estimula	1
	<b>Estupor:</b> Se alerta con estímulo repetitivo o intenso (doloroso), pero lo hace brevemente y no verbaliza con claridad, no obedece órdenes y sus movimientos son de evitación.	2
	<b>Coma:</b> Respuesta reflejas únicamente, no abre los ojos o no tiene respuesta alguna, arrefléxico, flácido, estado vegetativo o equivalente	3
	Ambas respuestas son correctas	0

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

<b>1b. Nivel de conciencia</b>  <b>Preguntas verbales</b>  <b>¿En qué mes estamos? ¿Qué edad tiene?</b>	Una respuesta correcta	1
	Ninguna respuesta correcta  La respuesta debe ser correcta, no se admite acreditar la calificación por una respuesta parcial o “casi” correcta. Los pacientes afásicos o estuporosos que no entienden las preguntas puntúan 2. En caso de IOT, disartria severa de cualquier origen, diferencias de idioma y otro problema no causado por afasia puntúan 1.	2
<b>1c. Nivel de conciencia.</b>  <b>Órdenes motoras</b>  <b>1. Cierre los ojos, después ábralos.</b>  <b>2. Cierre la mano, después ábrala.</b>	Ambas respuestas son correctas	0
	Una respuesta correcta	1
	Ninguna respuesta correcta  <i>Si no hay respuesta, la orden puede darse por medio de gestos (como pantomima). Sólo se califica el primer intento</i>	2
<b>2. Mirada conjugada</b>	Normal	0
	Parálisis parcial de la mirada: Tendencia de la mirada que puede revertirse voluntariamente o con movimientos oculocefalógiros.	1
	Parálisis total o desviación forzada: Incapacidad de sacar los ojos de la lateral  <i>Sólo se evalúa la mirada horizontal, de manera voluntaria o con reflejo oculocefalógiros, no se permiten reflejos oculo vestibulares. Si tiene parálisis de nervio craneal puntúa 1. Si un ojo está vendado, el examinador decidirá el puntaje por medio de la actividad voluntaria o refleja del ojo evaluable.</i>	2
	Normal	0

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

<b>3. Campos visuales</b>	Hemianopsia parcial: Cualquier defecto incompleto superior o inferior.	1
	Hemianopsia completa: Incapacidad de contar o detectar movimiento en ambos cuadrantes	2
	Ceguera bilateral <i>Se examinan por confrontación explorando cuadrantes superior e inferior. Usar conteo o movimiento de dedos; la respuesta a la amenaza puede ser suficiente. Si ceguera bilateral de cualquier causa: 3 puntos. Si extinción visual: 1 punto</i>	3
<b>4. Paresia facial</b>	Normal.	0
	Paresia leve o menor (asimetría al sonreír o en los surcos faciales)	1
	Paresia parcial (paresia profunda de hemicara inferior al gesticular y a menudo en reposo)	2
	Parálisis total (parálisis de toda la hemicara) <i>Se ordenan verbal o gestualmente movimientos como mostrar los dientes, levantar las cejas y cerrar fuertemente los ojos. Si hay barreras físicas debe intentar retirarlas. Use asimetrías en la gesticulación de la respuesta al dolor en aquellos pacientes que no comprenden o que tienen menor capacidad de respuesta.</i>	3
<b>5. Fuerza de extremidades superiores</b>	Sin tendencia a caer: Mantiene la posición durante 10 segundos	0
	Tendencia a caer: Caída sin tocar la cama u otro apoyo o la reposición a los 10 segundos de los brazos. Igual puntaje si una mano adopta una posición distónica	1
	Vence gravedad: No logra mantener la posición propuesta por 10 segundos y generalmente toca la cama. No soporta ningún grado de resistencia	2
	No vence gravedad: Es cuando la extremidad no logra superar su propio peso	3
	Sin movimiento: Una extremidad que no ejecuta ningún movimiento	4

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

	<p>Amputación o fusión: Puntúa 9 pero no se debe tener en cuenta en el conteo global.</p> <p><i>Cada extremidad se evalúa por separado comenzando por la no parética. Se prueba colocando los miembros extendidos contra la gravedad. Los brazos a 90 grados si está sentado o a 45 si está acostado; las piernas a 30 grados siempre acostado. En el paciente afásico se prueba con gestos pero sin estímulo doloroso</i></p>	9
<b>6. Fuerza de extremidades inferiores</b>	Sin tendencia a caer: Mantiene la posición durante 5 segundos	0
	Tendencia a caer: Caída sin tocar la cama u otro apoyo o la reposición a los 5 segundos de las piernas.	1
	Vence gravedad: No logra mantener la posición propuesta por 5 segundos y generalmente toca la cama. No soporta ningún grado de resistencia	2
	No vence gravedad: Es cuando la extremidad no logra superar su propio peso	3
	Sin movimiento: Una extremidad que no ejecuta ningún movimiento	4
	<p>Amputación o fusión: Puntúa 9 pero no se debe tener en cuenta en el conteo global.</p> <p><i>Cada extremidad se evalúa por separado comenzando por la no parética. Se prueba colocando los miembros extendidos contra la gravedad. Los brazos a 90 grados si está sentado o a 45 si está acostado; las piernas a 30 grados siempre acostado. En el paciente afásico se prueba con gestos pero sin estímulo doloroso</i></p>	9
<b>7. Ataxia de las extremidades.</b>	Ausente	0
	Ataxia en una extremidad.	1
	<p>Ataxia en dos extremidades.</p> <p><i>Se prueba con las maniobras clásicas dedo-nariz y talón-rodilla.</i></p>	2

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

	<i>Está dirigida a explorar lesión cerebelosa. Se hace con ojos abiertos y en el campo visual no comprometido. Si el paciente no comprende o está paralizado puntúa 0. En caso de amputación o lesión articular puntúa 9 y no se tiene en cuenta para el conteo global.</i>	
<b>8. Sensibilidad.</b>	Normal	0
	Leve o moderada hipoestesia: Diferencia subjetiva leve a moderada de un lado a otro; el paciente siente que es tocado con una aguja pero manifiesta que es menos doloroso que en el otro lado	1
	<p>Pérdida severa o anestesia: Es la no percepción en el hemicuerpo afectado, el paciente no siente o no se da cuenta que está siendo tocado.</p> <p><i>Espera juzgar sólo pérdida de sensibilidad atribuida al ACV; se explora con tantos estímulos y en tantas áreas como sea suficiente para demostrar pérdida sensorial fuera de toda duda.</i></p> <p><i>En el paciente con profundo compromiso de conciencia o afásico se explora usando estímulo doloroso y juzgando la respuesta por gesticulación, por lo tanto, casi siempre puntuará 0 o 1. La pérdida bilateral como en lesión de tallo cerebral puntúa 2; la cuadriplejía en condición similar y los pacientes en coma puntúan 2.</i></p>	2
<b>9. Lenguaje.</b>	Sin afasia	0
	Afasia moderada: Pérdida de fluidez verbal o incapacidad para comprensión pero sin limitación significativa en expresión o comprensión de ideas. Si se usan láminas o escenas el examinador puede saber de cuál se trata por medio de la respuesta del paciente.	1
	Afasia severa: Toda la comunicación se hace a través de expresión argumentada. El examinador necesita mucha inferencia, muchas preguntas o adivinar para entender	2

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

	<p>Mutista o afasia global: Capacidad comprensión-expresión completamente inútil.</p> <p><i>Use las láminas de escritura y repetición (anexas en la siguiente hoja). El paciente debe describir las láminas, nominar y leer la totalidad de las palabras y frases. En caso de ceguera, el paciente puede identificar objetos con la mano o puede repetir y producir lenguaje. Los pacientes con IOT pueden examinarse con escritura y lectura. Los pacientes en coma puntúan 3</i></p>	3
<b>10. Disartria.</b>	Articulación normal	0
	Disartria moderada: El paciente pronuncia mal alguna de las palabras en el mejor de los casos pronuncia mal todo pero se le entiende, en el peor de los casos.	1
	<p>Disartria severa: El habla es tan disártrica que no se le entiende nada y está fuera de proporción con el grado de afasia. Este valor también aplica en caso de mutismo o anartria.</p> <p><i>Se obtiene habla pidiendo al paciente repetir frases, leer o pronunciar su identificación. Aún si el paciente tiene afasia severa, puede juzgar la calidad de la articulación en su hablar espontáneo. Sólo si el paciente tiene IOT u otra barrera se puntúa 9 y no se tiene en cuenta para el conteo global. No le explique al paciente qué está evaluando en este punto.</i></p>	2
<b>11. Heminatención y extinción (negligencia)</b>	No hay	0
	Heminatención parcial: Es la inatención o extinción al estímulo visual o táctil	1
	Heminatención completa: Heminatención profunda o heminatención a más de una modalidad de estímulo.	2

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

<b>PUNTAJE TOTAL</b>	Interpretación:  0 – No tiene ACVi  1-4 – ACV menor/leve  5-15 – ACV moderado  16-20 – ACV moderado a severo  21-42 – ACV severo	_____
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

Fuente: tomado y adaptado de (36).

### Laminas para evaluar el Lenguaje

- **Lectura de Frases**

“Ya lo veo”
“Baja a la calle”
“Volví del trabajo a casa”
“Está junto a la mesa del comedor”
“Anoche oyeron al ministro hablar por la radio”

- **Lectura de Palabras**

“Mama”
“Tic-Tac”
“Cinco-cinco”
“Gracias”
“Mermelada”
“Futbolista”
“Excavadora”

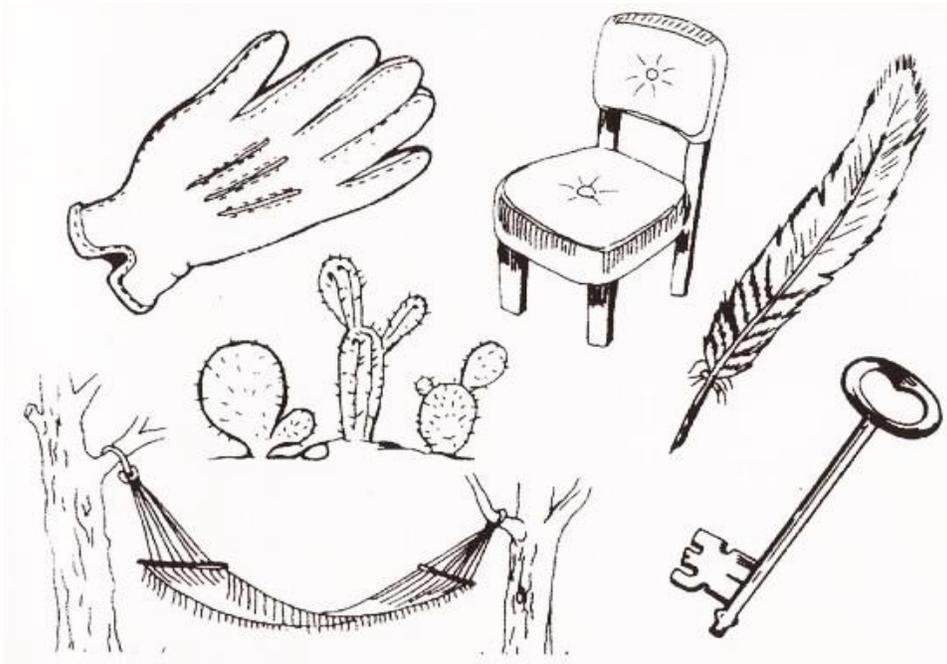
 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024

- Descripción de Escena



- Nominación de Objetos

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024



*Fuente:* tomado y adaptado de (36). Acceso libre.

**Anexo 9. Formato de hoja neurológica**



**DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO  
DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR  
ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE  
COLOMBIA**

**ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA**

Código: IN-EC-28

Vigente desde: 09-07-2024

Versión: 001

Nombre del paciente:		FORMATO DE HOJA NEUROLÓGICA											
FECHA HORA		Género:		Edad:		Cama:		Diagnóstico:					
Apertura ocular		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Espontánea		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
A la voz		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Al dolor		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ninguna		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Respuesta verbal		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Orientado		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Confuso		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Inadecuado		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Incomprensible		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ninguna		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Respuesta motora		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Obedece		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Localiza		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Retira		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Flexión anormal		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Extensión anormal		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Ninguna		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total													
Derecha													
Izquierda													
Pupilas													
Tamaño													
Reacción													
Presión arterial													
Frecuencia cardíaca													
Frecuencia respiratoria													
Temperatura													
Saturación													
Glucemia													
Presión intracraneal													

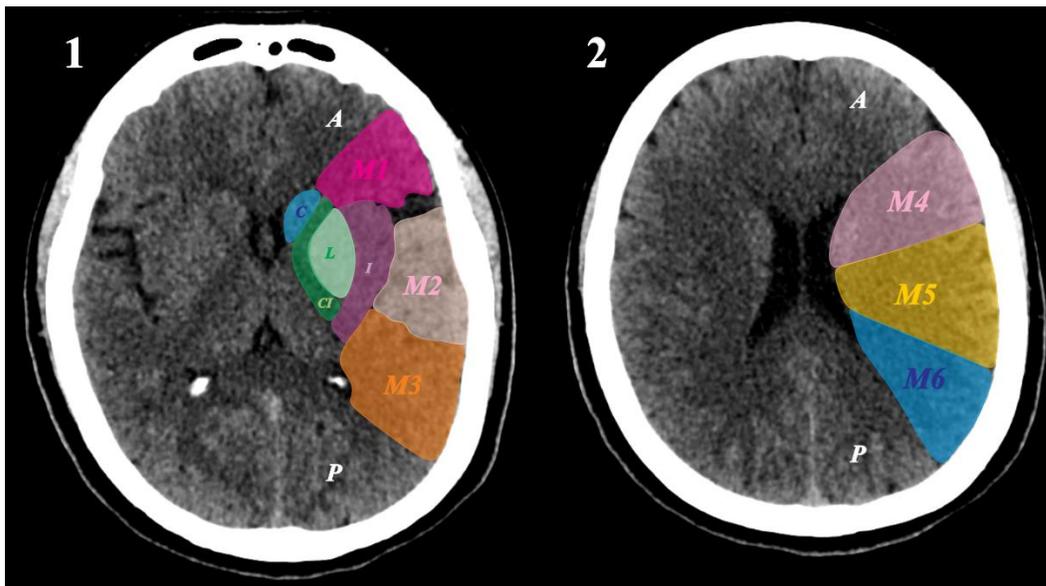
Fuente: elaboración propia.

	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Anexo 10. Puntaje temprano en tomografía de cráneo del programa de ACV de Alberta (ASPECTS)

Se debe evaluar la tomografía de cráneo simple en 2 cortes axiales, uno a nivel del tálamo y ganglios basales (1, de la izquierda) y otro adyacente al margen superior de las estructuras ganglionares (2, de la derecha). En estos dos cortes se asigna un puntaje de 10 puntos e indican el territorio de la arteria cerebral media (ACM). Cuando se identifica una zona de hipodensidad parenquimatosa en las estructuras cerebrales denotadas a continuación se resta un (1) punto al puntaje total. C= cabeza del núcleo caudado; CI= cápsula interna; L= núcleo lentiforme; I= cinta insular; M1= corteza anterior de la ACM; M2= corteza lateral a la cinta insular de la ACM; M3= corteza posterior de la ACM; M4, M5 y M6 son territorios de la ACM anterior, alterar y posterior respectivamente, aproximadamente 2 centímetros superiores a M1, M2 y M3.

Las letras A y P corresponden a territorio de la arteria cerebral anterior y posterior respectivamente y no se incluyen en el puntaje.



Fuente: adaptado de (37).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### **Anexo 11. Escala de Pascal (riesgo de Embolia Paradojica por Foramen Oval Persistente)**

La puntuación RoPE evalúa la probabilidad de que un foramen oval persistente (FOP) descubierto en el contexto de un ataque cerebrovascular criptogénico estuviera patológicamente relacionado con el ACVi y no como un hallazgo incidental. La puntuación RoPE varía de 0 a 10, donde las puntuaciones de 0 a 3 indican una probabilidad insignificante de que el ACVi sea atribuible al FOP y una puntuación de 9 o 10 indica una probabilidad de aproximadamente el 90 % de que el ACVi sea atribuible al FOP.

PASCAL combina la puntuación RoPE con la presencia o ausencia de características de FOP de alto riesgo para determinar la probabilidad de que el FOP estuviera causalmente relacionado con el ACVi índice. El tamaño grande de la derivación se definió en la base de datos como >20 burbujas en la aurícula izquierda en la ecografía transesofágica; El aneurisma del septum atrial se definió como  $\geq 10$  mm de excursión desde la línea media. La escala no cuenta con traducción validada al español.

Puntaje de Riesgo de Embolia Paradojica (RoPE score) y Sistema de Clasificación de probabilidad causal de ACV asociada a FOP (PASCAL)	
Característica	Puntos
Puntaje RoPE	
Ausencia de historia de:	
Hipertensión Arterial	1
Diabetes	1
ACV o AIT	1
No Fumador	1
Infarto Cortica en la imagen	1
Edad, años	
18-29	5
30-39	4

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

40-49	<b>3</b>	
50-59	<b>2</b>	
60-69	<b>1</b>	
>70	<b>0</b>	
Puntaje total del RoPE:	_____	
Sistema PASCAL		
Puntaje RoPE alto ( $\geq 7$ )	FOP alto riesgo (GS o ASA)	ACV asociado a FOP
Ausente	Ausente	<b>Improbable</b>
Ausente	Presente	<b>Posible</b>
Presente	Ausente	
Presente	Presente	<b>Probable</b>

**Abreviaturas:** FOP: foramen oval persistente; GS: gran shunt; ASA: aneurisma del septum interatrial

*Fuente:* tomado y adaptado de (38).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### **Anexo 12. Alpha-FIM (functional independence measure)**

El instrumento AlphaFIM está diseñado para proporcionar un método consistente para evaluar la discapacidad y el estado funcional del paciente en el entorno hospitalario de cuidados intensivos. Consta de seis elementos que pueden recopilarse de forma fiable en cuidados intensivos: alimentación, aseo, control intestinal, traslados al baño, expresión y memoria. Para los pacientes que pueden caminar 150 pies o más, los elementos de alimentación y aseo se reemplazan por elementos que evalúan caminar y trasladarse a la cama. Los resultados proporcionan una puntuación AlphaFIM (ver tabla), donde los números más altos indican una función más alta y una estimación de la "carga de atención" del paciente en horas.

Componentes a evaluar:

- Si el paciente puede caminar <150 ft
  1. Traslado al baño
  2. Continencia intestinal
  3. Alimentación
  4. Aseo
  5. Expresión
  6. Memoria
  
- Si el paciente puede caminar >150 ft
  1. Traslado al baño
  2. Continencia intestinal
  3. Deambulaci3n
  4. Traslado a la cama
  5. Expresión

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## 6. Memoria

### Método de calificación

Independencia	7	Independencia completa	No requiere asistencia
	6	Independencia modificada	
Dependencia moderada	5	Supervisión	Requiere asistencia
	4	Asistencia mínima (>75%)	
	3	Asistencia moderada (50 - 74%)	
Dependencia completa	2	Asistencia máxima (25 - 49%)	Requiere asistencia
	1	Asistencia total (<25%)	

Clasificación Alpha FIM		Recomendación
Media	>80	Rehabilitación basada en la comunidad
Moderado	40 a 80	Rehabilitación hospitalaria
Severo	<40	Cuidados restaurativos con evaluación regular del potencial de rehabilitación

*Fuente:* tomado y adaptado de (39).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Anexo 13. Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria)

Diseñado en 1955 por Barthel y Mahoney, con el fin de evaluar a los sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en su hospital para enfermos crónicos de Maryland, fué publicado diez años después, en 1965. La selección de los aspectos a observar en el formulario fué empírica, según la opinión de médicos, enfermeros y fisioterapeutas. Después, se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados en la medición de actividades básicas de la vida diaria, sobre todo en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. En España es el índice más utilizado en la evaluación de pacientes en servicios de Geriatria y Rehabilitación. La puntuación final va de 0 a 100, siendo 100 la máxima independencia y 0 la máxima dependencia. No es una escala continua, ya que varía de 5 en 5 puntos. La reproductibilidad inter o intra-observadores fué evaluada en 1988 dando unos coeficientes de correlación respectivamente de 0.88 y 0.98. Es también un buen predictor de la mortalidad y de la respuesta a los tratamientos de rehabilitación, y valora con precisión la duración de la estancia hospitalaria, la necesidad de hospitalización, el resultado funcional y la capacidad para regresar a la actividad de la vida diaria.

Ítem	Instrucciones	Puntos
<b>1. Comer</b>	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
<b>2. Lavarse</b>	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
<b>3. Vestirse</b>	Independiente: es capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
<b>4. Arreglarse</b>	Independiente: se lava la cara, las mano, se peina, afeita o maquilla	5
	Dependiente	0

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

<b>5. Control intestinal</b>	Contiene	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia (uno/semana)	5
	Incontinente	0
<b>6. Control vesical</b>	Contiene	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia (uno/24 h)	5
	Dependiente	0
<b>7. Uso del retrete</b>	Independiente para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al baño, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
<b>8. Trasladarse</b>	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión	10
	Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	Incapaz, no se mantiene sentado	0
<b>9. Deambular</b>	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Mínima ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	Dependiente	0
<b>10. Escalones</b>	Independiente para subir y bajar escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisiones	5

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

	Dependiente	0
--	-------------	---

*Fuente:* tomado y adaptado de (40).

Puntaje	Clasificación
<20	Dependencia total
20 - 35	Dependencia severa
40 - 55	Dependencia moderada
60 - 95	Dependencia leve
100	Independencia

*Fuente:* tomado y adaptado de (40).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

#### **Anexo 14. Prueba del vaso de agua modificada**

Método de evaluación para personas en riesgo de disfagia y aspiración orofaríngea

1. Paciente en posición sedente y en estado de alerta.
2. Solicitar al paciente tomar de forma continua 90 ml de agua desde un vaso.
3. Se debe observar si el paciente presenta algún signo durante un minuto después de la ingesta:
  - Tos
  - Carraspeo
  - Ahogo
  - Voz ronca (Entablar una conversación espontánea o realizar alguna pregunta después de la ingesta)
  - Voz húmeda (Entablar una conversación espontánea o realizar alguna pregunta después de la ingesta)

Criterios de puntuación:

Si durante la ingesta o un minuto después el paciente presenta signos como: tos, ahogo, voz ronca y voz húmeda se debe realizar remisión para evaluación adicional de la deglución por fonología.

*Fuente:* tomado y adaptado de (41).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Anexo 15. Functional Oral Intake Scale (FOIS)

La Escala Funcional para la Ingesta Oral, FOIS por sus siglas en inglés, fue propuesta en 2005 por Crary, Mann, Groher y Helseth, y traducida al español en 2015 por Campos, Cancino, Díez de Medina y Fierro. Propone siete niveles de funcionalidad para la ingesta oral, divididos en dos bloques en función de la vía de alimentación.

La Escala de Ingesta Oral Funcional (FOIS) es una herramienta confiable para la evaluación del nivel diario de la ingesta oral funcional de alimentos y líquidos en pacientes con Disfagia. Se utiliza ampliamente con fines clínicos y de investigación en diferentes poblaciones de pacientes con disfagia ya que es fácil de aplicar y proporciona un lenguaje común y estandarizado. FOIS se desarrolló originalmente para poblaciones de habla inglesa y posteriormente se validó en chino, italiano y alemán. Es una escala ordinal de 7 puntos que describe el nivel funcional de ingesta oral de alimentos y líquidos. El nivel 7 representa una dieta oral completa sin restricciones, los niveles 6 a 4 indican una dieta oral completa con restricciones, los niveles 3 a 2 describen una ingesta mixta por vía oral y por sonda, mientras que el nivel 1 representa una ingesta totalmente dependiente de la sonda.

Nivel FOIS	Comentario
Nivel 1	Nada vía oral
Nivel 2	Sonda dependiente con intentos mínimos de sólidos y líquidos
Nivel 3	Sonda dependiente, con ingesta oral de consistencia sólida o líquida
Nivel 4	Dieta oral total, a través de consistencia única
Nivel 5	Dieta oral total con consistencias múltiples, pero que requieren una preparación especial o de técnicas compensatorias.
Nivel 6	Dieta oral total con consistencias múltiples sin preparación especial, pero con limitaciones en alimentos específicos
Nivel 7	Dieta oral completa sin restricciones

*Fuente:* tomado y adaptado de (42).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Anexo 16. Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS)

La escala DOSS, propuesta por O'Neil KH, Purdy M, Falk J et al. en 1999. Es una escala funcional de siete niveles que asigna una severidad al trastorno, y permite una mejor consistencia en las recomendaciones para el nivel de nutrición, dieta e independencia. Los ítems propuestos por esta escala son los siguientes:

<b>Vía oral suspendida</b>	<b>Necesidad de nutrición no oral</b>
<b>Nivel 1</b>	<p>Disfagia severa: vía oral suspendida. El paciente puede presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estancamiento severo en la faringe, siendo incapaz de despejar.</li> <li>- Estancamiento o pérdida de bolo en forma oral severa, siendo incapaz de limpiar.</li> <li>- Aspiración silenciosa con 2 o más consistencias, con tos voluntaria no funcional o imposibilidad de tragar.</li> </ul>
<b>Nivel 2</b>	<p>Disfagia moderada/grave: máxima asistencia de uso de estrategias con vía oral parcial (tolerancia de al menos 1 consistencia con seguridad, con uso total de estrategias). El paciente puede presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estancamiento grave en la faringe, incapacidad de despejar o con necesidad de varias ayudas.</li> <li>- Estancamiento grave o pérdida del bolo en fase oral, incapacidad de limpiar o con necesidad de varias ayudas.</li> <li>- Aspiración con 2 o más consistencias, sin reflejo de tos o tos voluntaria débil</li> </ul>
<b>Nutrición vía oral</b>	<b>Dieta modificada y/o independiente</b>
<b>Nivel 3</b>	<p>Disfagia moderada: total asistencia, supervisión o estrategias, restricción de 2 o más consistencias. Puede presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estancamiento moderado en la faringe, despeje con orientación.</li> </ul>

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estancamiento moderado en la cavidad oral, despeje con orientación.</li> <li>- Nivel de penetración en los pliegues vocales sin tos con 2 o más consistencias:</li> <li>- Aspiración de 2 consistencias, con reflejo de tos débil o ausente.</li> <li>- Aspiración de 1 consistencia, sin tos ni penetración.</li> </ul>
<b>Nivel 4</b>	<p>Disfagia leve/moderada: supervisión intermitente, restricción a una o 2 consistencias. El paciente puede presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estancamiento en la faringe, despeja con orientación.</li> <li>- Aspiración con 1 consistencia, con reflejo de tos débil o ausente:</li> <li>- La penetración a nivel de los pliegues vocales con tos en 2 consistencias.</li> <li>- La penetración a nivel de los pliegues vocales sin tos con una consistencia</li> </ul>
<b>Nivel 5</b>	<p>Disfagia leve: supervisión a distancia, puede necesitar de restricciones de una consistencia. El paciente puede presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspiración solamente de líquidos, pero con un fuerte reflejo de tos para un completo despeje.</li> <li>- Penetración sobre los pliegues vocales con una o más consistencias, o sobre los pliegues vocales con una consistencia, pero con un despeje espontáneo.</li> <li>- Estancamiento en la faringe, y que despeja espontáneamente; leve disfagia oral con reducción de la masticación y/o estancamiento oral, y que despeja espontáneamente.</li> </ul>
<b>Nutrición por vía oral</b>	<b>Dieta normal</b>

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

<b>Nivel 6</b>	<p>Dentro de los límites funcionales / compensaciones espontáneas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta normal, deglución funcional</li> <li>- El paciente puede tener: leve atraso oral o faríngeo, estancamiento o restos cubriendo la epiglotis, pero consigue despejar espontáneamente.</li> <li>- Puede necesitar de tiempo extra para las comidas. No hay aspiraciones ni penetraciones en todas las consistencias</li> </ul>
<b>Nivel 7</b>	Normal en todos los casos. Ninguna estrategia o tiempo extra necesario.

*Fuente:* tomado y adaptado de (43).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Anexo 17. The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)

The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) fue creada en el 2013, con el objetivo de desarrollar nueva terminología y definiciones globales estandarizadas que describan los alimentos con textura modificada y bebidas espesas utilizadas para individuos disfágicos de todas las edades, entornos sanitarios y culturas.

<b>0</b>	Fina	Fluye rápidamente como el agua. Puede ser ingerida mediante cualquier tipo de tetina, vaso o pajilla, según proceda por edad y destrezas.
<b>1</b>	Ligeramente espesa	Es más espesa que el agua. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluye a través de una pajilla, jeringa o tetina.</li> <li>• Requiere un poco más de esfuerzo que la textura líquida fina para ser ingerida.</li> <li>• Presenta una textura similar a la de la fórmula infantil antirreflujo disponible comercialmente.</li> </ul>
<b>2</b>	Poco espesa	Se derrama de una cuchara con rapidez, pero de modo más lento que una bebida con textura fina. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sorbible con pajilla.</li> <li>• Requiere esfuerzo para ser succionada a través de una pajilla con diámetro estándar (diámetro estándar = 0.209 pulgadas o 5.3 mm)</li> </ul>
<b>3</b>	Licuada, moderadamente espesa	Puede beberse de un vaso o comerse con cuchara, pero no con tenedor, ya que gotea lentamente en porciones a través de las ranuras del cubierto. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere cierto esfuerzo para ser succionada a través de una pajilla con un diámetro estándar o más ancho (pajilla con diámetro ancho= 0.275 pulgadas o 6.9 mm).</li> <li>• No logra amontonarse, formar capas o ser moldeada sobre un plato.</li> <li>• No necesita trituración o masticación - puede deglutirse directamente.</li> <li>• Presenta textura homogénea (sin grumos, fibras, parte de la cáscara o piel, partículas de cartílago o hueso).</li> </ul>

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

<b>4</b>	Pure, extremadamente espesa	Usualmente, se lleva a la boca con cuchara (es posible con tenedor). <ul style="list-style-type: none"> <li>• No puede beberse de un vaso.</li> <li>• No es succionable a través de pajilla.</li> <li>• No requiere masticación.</li> <li>• Puede almacenarse, formar capas y ser moldeada.</li> <li>• Mantiene su forma sobre la cuchara.</li> <li>• Muestra un movimiento muy lento bajo gravedad, a pesar de ello, no puede verterse.</li> <li>• Cuando la cuchara se inclina, cae en una sola cucharada y continúa manteniendo su forma sobre el plato.</li> <li>• No tiene grumos.</li> <li>• No es pegajosa.</li> <li>• El líquido no se separa del sólido.</li> </ul>
<b>5</b>	Picada húmeda y	Puede comerse con tenedor o cuchara y, en algunos casos, con palillos si el individuo tiene muy buen control manual. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podría servirse y ser moldeada (p. ej., en forma de bola) sobre un plato.</li> <li>• Es blanda y húmeda, sin líquido fino aparte.</li> <li>• Contiene pequeños grumos visibles (niños 2-4 mm; adultos 4 mm) que se aplastan fácilmente con la lengua.</li> </ul>
<b>6</b>	Suave tamaño bocado y	Puede comerse con tenedor. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para cortar esta textura, no se hace necesario el uso de un cuchillo, sin embargo, éste puede emplearse para cargar el tenedor o la cuchara.</li> <li>• Podría ser aplastada/quebrada con la presión de un tenedor, cuchara o palillos.</li> </ul>

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere masticación antes de ser deglutida.</li> <li>• Es completamente suave, blanda y húmeda, sin líquido fino aparte.</li> <li>• El “tamaño bocado” de las piezas depende del tamaño del alimento y las habilidades de procesamiento oral del individuo (niños, piezas de 8 mm; adultos, piezas de 15 mm = 1.5 cm).</li> </ul>
<b>EC 7</b>	Fácil de masticar	<p>Normal, aplican alimentos cotidianos con textura suave/blanda, apropiados según edad y nivel de desarrollo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estos alimentos pueden comerse empleando cualquier método.</li> <li>• El tamaño de la muestra no es restrictivo en el Nivel 7, por lo tanto, los alimentos podrían tener una variedad de tamaños: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trozos menores o mayores a 8 mm (niños).</li> <li>• Trozos menores o mayores a 15 mm = 1.5 cm (adultos).</li> </ul> </li> <li>• No incluye alimentos: Duros, rígidos, fibrosos, con hebras, crujientes, que se desmenuzan/desmoronan al ser mordidos, con pepitas, granos, semillas, pulpa de fruta, cartílagos o huesos.</li> <li>• Podría incluir: Bebidas y alimentos con consistencia mixta, si se consideran seguros para el Nivel 0 (Fina) y, a discreción clínica. Por el contrario, si no se consideran seguros, la porción líquida puede espesarse al nivel recomendado por el profesional clínico (patólogo del habla y lenguaje, terapeuta del lenguaje, fonoaudiólogo o logopeda).</li> </ul>
<b>7</b>	Normal	<p>Normal, aplica cualquier alimento de textura variada apropiado según edad cronológica y Desarrollo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para comer estos alimentos, se puede emplear cualquiera de los métodos anteriormente descritos en este documento.</li> <li>• En el Nivel 7, es posible encontrar una variedad de muestras, puesto que no existe restricción de tamaño.</li> <li>• No hay restricción de texturas en este nivel. Incluye: alimentos rígidos, duros, masticables, fibrosos, secos, crujientes, punzantes, naturalmente suaves o que se desmenuzan a mordiscos; con semillas,</li> </ul>

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

		<p>pulpa bajo la cáscara, hojas, cartílago o hueso; comidas y líquidos con doble consistencia o consistencia mixta.</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Fuente:* tomado y adaptado de (44)

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### **Anexo 18. Penetration-Aspiration Scale (PASS)**

La Escala de Penetración y Aspiración (PAS) se desarrolló con el objetivo de tener a la mano una herramienta que permitiera cuantificar los eventos de penetración y aspiración durante la videofluoroscopia de la deglución, capturar el momento exacto donde se observaba el bolo viajando a través de la vía respiratoria, y determinar si la persona tenía la capacidad de expulsar o no el material.

<b>1</b>	El material no entra en la vía aérea.
<b>2</b>	El material entra en la vía aérea, por encima de las cuerdas bucales y es expulsado.
<b>3</b>	El material entra en la vía aérea, por encima de las cuerdas bucales y no es expulsado.
<b>4</b>	El material entra en la vía aérea, contacta con las cuerdas bucales y no es expulsado.
<b>5</b>	El material entra en la vía aérea, contacta con las cuerdas bucales y es expulsado.
<b>6</b>	El material entra en la vía aérea, sobrepasa el nivel de las cuerdas bucales y es expulsado hacia la laringe o fuera de la vía aérea.
<b>7</b>	El material entra en la vía aérea, sobrepasa el nivel de las cuerdas bucales y no es expulsado fuera de la vía aérea a pesar de la tos.
<b>8</b>	El material entra en la vía aérea, sobrepasa el nivel de las cuerdas bucales y no es expulsado. No hay tos.

*Fuente:* tomado y adaptado de (45).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Anexo 19. Examen Diagnóstico de Afasia de Boston (Test de Boston)

Esta batería es una evaluación integral de la función verbal. Proporciona información sobre 12 áreas de las habilidades del lenguaje mediante 34 subescalas. Las evaluaciones incluyen comprensión verbal, comprensión escrita, escritura al dictado, denominación, articulación, habla espontánea, repetición, lectura, seguimiento de órdenes simples y complejas, fluidez del habla y prosodia. La prueba proporciona una puntuación de calificación de gravedad general y un perfil de desempeño de la subprueba. Esta prueba es muy útil para proporcionar una evaluación integral de la función verbal, pero debido a la cantidad de ítems, el tiempo de prueba es bastante largo. Por tanto, esta batería se utiliza principalmente para el diagnóstico específico y la planificación de rehabilitación de pacientes afásicos. Debido a la puntuación y a la información normativa, se pueden aplicar subpruebas separadas de forma independiente para un examen más centrado (y más breve) de áreas específicas de la función verbal. A continuación se presenta una tabla resumida de esta batería de pruebas.

<b>Habla de conversación y exposición</b>	Respuestas sociales sencillas Conversación libre Descripción de una lámina Discurso narrativo: fabulas
<b>Comprensión auditiva</b>	Comprensión de palabras <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discriminación de palabras</li> <li>- Comprensión de palabras por categoría</li> <li>- Exploración semántica</li> </ul> Órdenes Material ideativo complejo Procesamiento sintáctico <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tocar A con B</li> <li>- Posesivos reversibles</li> <li>- Oraciones incrustadas</li> </ul>
<b>Expresión oral</b>	Agilidad oral <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agilidad no verbal</li> <li>- Agilidad verbal</li> </ul> Secuencias automatizadas <ul style="list-style-type: none"> <li>- Días de la semana</li> <li>- Meses del año</li> <li>- Cuento hasta 21</li> </ul>

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alfabeto</li> </ul> <p>Recitado, melodía y ritmo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recitado</li> <li>- Melodía</li> <li>- Ritmo</li> </ul> <p>Repetición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repetición de palabras</li> <li>- Repetición de palabras sin sentido</li> <li>- Repetición de oraciones</li> </ul> <p>Denominación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuesta de denominación</li> <li>- Denominación por categorías I</li> <li>- Denominación por categorías II</li> </ul>
<b>Lectura</b>	<p>Reconocimiento simbólico básico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emparejar tipos de escritura</li> <li>- Emparejar números <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dedos de la mano con números arábigos</li> <li>● Números arábigos con patrones de puntos</li> <li>● Números romanos con números arábigos</li> </ul> </li> </ul> <p>Identificación de palabras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emparejar dibujo - palabra</li> <li>- Decisión léxica</li> </ul> <p>Fonética</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento de palabras</li> <li>- Análisis fonético avanzado</li> </ul> <p>Morfología gramatical y derivativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emparejamiento con la muestra hablada <ul style="list-style-type: none"> <li>● Morfemas gramaticales libres</li> <li>● Morfemas gramaticales ligados</li> <li>● Morfemas derivativos</li> </ul> </li> </ul> <p>Lectura en voz alta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lectura de palabras en voz alta</li> <li>- Lectura en voz alta de palabras especiales <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tipos morfológicos mixtos</li> <li>● Palabras propensa a la paralexia semántica</li> </ul> </li> </ul> <p>Lectura de oraciones en voz alta con comprensión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprensión</li> </ul> <p>Comprensión de la lectura: Oraciones y párrafos</p>

Fuente: tomado y adaptado de (46).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Anexo 20. Escala EDEMA

La puntuación de Detección mejorada de edema en ACV malignos de circulación anterior (EDEMA) se desarrolló en los EE. UU. para predecir edema cerebral maligno potencialmente letal (PLME) en pacientes con ACV hemisféricos grandes de moderados a graves. Esta puntuación simple incorporó tres variables clínicas (glucosa, antecedentes de ACV y terapia de reperfusión) y dos variables radiológicas (desplazamiento de la línea media y borrado de la cisterna) que están fácilmente disponibles dentro de las 24 h posteriores al inicio del ACV, lo que mostró un alto valor predictivo positivo para el desarrollo de PLME. (definida como muerte con desplazamiento de la línea media  $\geq 5$  mm o supervivencia con hemicraniectomía descompresiva). En pacientes que recibieron una puntuación  $\geq 7$ , el valor predictivo positivo fue del 93%

Componente	Puntaje
Borrado de los surcos	Si: 3 puntos No: 0 puntos
Desplazamiento de la línea media	0 mm: 0 puntos 0-3 mm: 1 punto 3-6 mm: 2 puntos 6-9 mm: 4 puntos Mayor a 9 mm: 7 puntos
Infarto cerebral previo	Si: 0 puntos No: 1 punto
Terapia de trombolisis o trombectomía mecánica	Si: 0 puntos No: 1 punto

*Fuente:* tomado y adaptado de (47).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

### Anexo 21. Escala Neurológica Canadiense

La Escala Neurológica Canadiense (ENC) fue desarrollada como una herramienta sencilla para ser utilizada en la evaluación y seguimiento del estado neurológico de pacientes con ACV en fase aguda en vigilia o somnolencia. Paciente con estupor o coma se sugiere usar la escala de Coma de Glasgow. La ENC evalúa 10 dominios clínicos, incluida la mentalidad (nivel de conciencia, orientación y habla) y la función motora (cara, brazo y pierna).

LA ENC se compone de 8 ítems que miden el nivel de conciencia, orientación, habla, función motora y debilidad facial. Las puntuaciones oscilan entre 1,5 y 11,5, y una puntuación más baja indica una mayor gravedad del ACV. La Escala Canadiense de ACV se puede convertir a la Escala de ACV de los Institutos Nacionales de Salud (NIHSS) usando  $NIHSS = 23 - 2 \times ENC$

<b>ESTADO MENTAL</b>	
<b>Nivel de conciencia</b>	
Alerta	3
Obnubilado	1.5
<b>Orientación</b>	
Orientado	1
Desorientado o no aplicable	0
<b>Lenguaje</b>	
Normal	1
Deficit de expresión	0.5
Deficit de comprensión	0
<b>FUNCIONES MOTORAS (Sin defecto de comprensión)</b>	
<b>Cara</b>	
Ninguna	0.5

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024

Presente	0
<b>Brazo proximal</b>	
Ninguna	1.5
Leve	1
Significativa	0.5
Total o máxima	0
<b>Brazo distal</b>	
Ninguna	1.5
Leve	1
Significativa	0.5
Total o máxima	0
<b>Pierna</b>	
Ninguna	1.5
Leve	1
Significativa	0.5
Total o máxima	0
<b>FUNCIONES MOTORAS (Sin defecto de comprensión)</b>	
<b>Cara</b>	
Simétrica	0.5
Asimétrica	0
<b>Brazos</b>	

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>	
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>	
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024

Igual	1.5
Desigual	0
<b>Piernas</b>	
Igual	1.5
Desigual	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

*Fuente:* tomado y adaptado de (48).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Anexo 22. Puntaje de Padua

En el año 2010 se desarrolló la escala de Padua con el fin de identificar el riesgo de tromboembolismo venoso en pacientes hospitalizados; un puntaje  $\geq 4$  indica alto riesgo de VTE y recomienda el inicio profilaxis en menos de 48 horas desde el ingreso y durante el 80% de la estancia hospitalaria.

Características	Puntaje
Cáncer activo	3
Tromboembolismo venoso (Exclusión de la trombosis venosa superficial)	3
Movilidad reducida	3
Cirugía y/o trauma reciente (Menor o igual a 1 mes)	2
Edad mayor o igual a 70 años	1
Falla respiratoria y/o cardiaca	1
Infarto cerebral o infarto agudo del miocardio	1
Enfermedades reumatológicas y/o infección aguda	1
Obesidad (IMC mayor o igual a 20)	1

*Fuente:* tomado y adaptado de (49).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

## Referencias

1. Vallejo-Ortega MT, Sánchez-Pedraza R, Feliciano-Alfonso JE, García-Pérez MJ, Gutiérrez-Sepúlveda MP, Merchán-Chaverra RA. Manual Metodológico para la elaboración de protocolos clínicos en el Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2018.
2. Harrison MB, Graham ID, van den Hoek J, Dogherty EJ, Carley ME, Angus V. Guideline adaptation and implementation planning: a prospective observational study. *Implement Sci.* 2013;8:49. doi:10.1186/1748-5908-8-49
3. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. Bogotá D.C.: MinProtección; 2010. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf> (Acceso el 19 de Mayo del 2024)
4. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ.* 2016;352:i1152. doi:10.1136/bmj.i1152
5. Jauch EC, Saver JL, Adams HP, Jr., Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2013;44(3):870-947. doi:10.1161/STR.0b013e318284056a
6. Al-Mufti F, Schirmer CM, Starke RM, Chaudhary N, De Leacy R, Tjoumakaris SI, et al. Thrombectomy in special populations: report of the Society of NeuroInterventional Surgery Standards and Guidelines Committee. *J Neurointerv Surg.* 2022;14(10):1033-1041. doi:10.1136/neurintsurg-2021-017888
7. Park HK, Ko SB, Jung KH, Jang MU, Kim DH, Kim JT, et al. 2022 Update of the Korean Clinical Practice Guidelines for Stroke: Antithrombotic Therapy for Patients with Acute Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack. *J Stroke.* 2022;24(1):166-175. doi:10.5853/jos.2021.02628
8. Pedraza-Sánchez R, González-Jaramillo LE. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios: Metodología de calificación y resumen de las opiniones dentro de consensos formales. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38(4):777-785.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 2009;6(7):e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097

10. Boulanger JM, Lindsay MP, Gubitz G, Smith EE, Stotts G, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. Int J Stroke. 2018;13(9):949-984. doi:10.1177/1747493018786616

11. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. Int J Stroke. 2016;11(4):459-484. doi:10.1177/1747493016643553

12. Wein T, Lindsay MP, Côté R, Foley N, Berlingieri J, Bhogal S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. Int J Stroke. 2018;13(4):420-443. doi:10.1177/1747493017743062

13. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. Int J Stroke. 2020;15(6):668-688. doi:10.1177/1747493019847334

14. Gladstone DJ, Lindsay MP, Douketis J, Smith EE, Dowlatshahi D, Wein T, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Secondary Prevention of Stroke Update 2020. Can J Neurol Sci. 2022;49(3):315-337. doi:10.1017/cjn.2021.127

15. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019;50(12):e344-e418. doi:10.1161/STR.0000000000000211

16. Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. Cirugía Española. 2014;92(2):82-88. doi: 10.1016/j.ciresp.2013.08.002

17. Ministerio de Salud. Guía Clínica para El Accidente Cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más. Chile, 2013. Tomado de: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/476> (Acceso 19 de Mayo del 2024).

18. Rubiera M, Aires A, Antonenko K, Lémeret S, Nolte CH, Putaala J, et al. European Stroke Organisation (ESO) guideline on screening for subclinical atrial fibrillation after stroke

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

or transient ischaemic attack of undetermined origin. *Eur Stroke J.* 2022;7(3):VI. doi:10.1177/23969873221099478

19. Kremer C, Gdovinova Z, Bejot Y, Heldner MR, Zuurbier S, Walter S, et al. European Stroke Organisation guidelines on stroke in women: Management of menopause, pregnancy and postpartum. *Eur Stroke J.* 2022;7(2):I-XIX. doi:10.1177/23969873221078696

20. van der Worp HB, Hofmeijer J, Jüttler E, Lal A, Michel P, Santalucia P, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on the management of space-occupying brain infarction. *Eur Stroke J.* 2021;6(2):XC-CX. doi:10.1177/23969873211014112

21. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del Ataque Cerebrovascular Isquémico: Guía en Versión Corta. Lima: EsSalud; 2018. Tomado de: [https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC Ataque Cerebrovascular vers corta.pdf](https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Ataque_Cerebrovascular_vers_corta.pdf) (Acceso el 19 de Mayo del 2024).

22. Psychogios M, Brehm A, López-Cancio E, Marco De Marchis G, Meseguer E, Katsanos AH, et al. European Stroke Organisation guidelines on treatment of patients with intracranial atherosclerotic disease. *Eur Stroke J.* 2022;7(3):III-IV. doi:10.1177/23969873221099715

23. Heran M, Lindsay P, Gubitz G, Yu A, Ganesh A, Lund R, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Stroke Management, 7(th) Edition Practice Guidelines Update, 2022. *Can J Neurol Sci.* 2024;51(1):1-31. doi:10.1017/cjn.2022.344

24. Salbach NM, Mountain A, Lindsay MP, Blacquiére D, McGuff R, Foley N, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Virtual Stroke Rehabilitation Interim Consensus Statement 2022. *Am J Phys Med Rehabil.* 2022;101(11):1076-1082. doi:10.1097/PHM.0000000000002062

25. DeBaun MR, Jordan LC, King AA, Schatz J, Vichinsky E, Fox CK, et al. American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: prevention, diagnosis, and treatment of cerebrovascular disease in children and adults. *Blood Adv.* 2020;4(8):1554-1588. doi:10.1182/bloodadvances.2019001142

26. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo de ataque cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años. Guía N. ° 54 Completa. Bogotá: El Ministerio; 2015. Tomado de: <https://gpc.minsalud.gov.co/SitePages/default.aspx> (Acceso el 03 de Mayo del 2024).

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

27. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Stroke rehabilitation in adults. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Copyright © NICE 2023.; 2023.

28. Wijdicks EF, Sheth KN, Carter BS, Greer DM, Kasner SE, Kimberly WT, et al. Recommendations for the management of cerebral and cerebellar infarction with swelling: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014;45(4):1222-1238. doi:10.1161/01.str.0000441965.15164.d6

29. Instituto Mexicano del Seguro Social. Vigilancia y Prevención secundaria de la Enfermedad Vascul ar Cerebral en el primer nivel de atención. Diciembre, 2015. Tomado de: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/114GER.pdf> (Acceso el 19 de Mayo del 2024).

30. Intercollegiate Stroke Working Party. National Clinical Guideline for Stroke for the United Kingdom and Ireland, May 2023. Tomado de: <https://www.strokeguideline.org> (Acceso 03 de Mayo del 2024).

31. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management. London, 2022 Apr 13. Updated 13 April 2022. Tomado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng128> (Acceso el 03 de Mayo del 2024).

32. Hospital de Mederí. Acronimo CORRE para el reconocimiento del ACV. Tomado de <https://www.mederi.com.co/acv> (Acceso el 19 de Mayo del 2024).

33. Nor AM, Davis J, Sen B, Shipsey D, Louw SJ, Dyker AG, et al. The Recognition of Stroke in the Emergency Room (ROSIER) scale: development and validation of a stroke recognition instrument. Lancet Neurol. 2005;4(11):727-734. doi:10.1016/S1474-4422(05)70201-5

34. Rankin L. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis. Scott Med J. 1957; 2: 200–215.

35. Uyttenboogaart M, Stewart RE, Vroomen PC, De KJ, Luijckx GJ. Optimizing cutoff scores for the Barthel index and the modified Rankin scale for defining outcome in acute stroke trials. Stroke. 2005;36(9):1984-1987. doi:10.1161/01.STR.0000177872.87960.61

36. Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke. 1989;20(7):864-870. doi:10.1161/01.str.20.7.864.

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

37. Pexman JH, Barber PA, Hill MD, Sevick RJ, Demchuk AM, Hudon ME, Hu WY, Buchan AM. Use of the Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECTS) for assessing CT scans in patients with acute stroke. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2001 Sep;22(8):1534-42.
38. Kent DM, Saver JL, Kasner SE, et al. Heterogeneity of Treatment Effects in an Analysis of Pooled Individual Patient Data From Randomized Trials of Device Closure of Patent Foramen Ovale After Stroke. *JAMA.* 2021;326(22):2277-2286 doi: 10.1001/jama.2021.20956
39. Lo A, Tahair N, Sharp S, Bayley MT. Clinical utility of the AlphaFIM® instrument in stroke rehabilitation. *Int J Stroke.* 2012;7(2):118-124. doi:10.1111/j.1747-4949.2011.00694.x.
40. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud.* 1988;10(2):61-63. doi:10.3109/09638288809164103.
41. DePippo KL, Holas MA, Reding MJ. Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Arch Neurol.* 1992;49(12):1259-1261. doi:10.1001/archneur.1992.00530360057018
42. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(8):1516-1520. doi:10.1016/j.apmr.2004.11.049
43. O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia.* 1999;14(3):139-145. doi:10.1007/PL00009595
44. Cichero JA, Lam P, Steele CM, Hanson B, Chen J, Dantas RO, et al. Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia.* 2017;32(2):293-314. doi:10.1007/s00455-016-9758-y
45. Rosenbek JC, Robbins JA, Roecker EB, Coyle JL, Wood JL. A penetration-aspiration scale. *Dysphagia.* 1996;11(2):93-98. doi:10.1007/BF00417897
46. Pineda DA, Rosselli M, Ardila A, Mejia SE, Romero MG, Perez C. The Boston Diagnostic Aphasia Examination-Spanish version: the influence of demographic variables. *J Int Neuropsychol Soc.* 2000;6(7):802-814. doi:10.1017/s135561770067707x

 	<b>DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA</b>		
	<b>ESTÁNDAR CLÍNICO BASADO EN LA EVIDENCIA</b>		
	Código: IN-EC-28	Vigente desde: 09-07-2024	Versión: 001

47. Ong CJ, Gluckstein J, Laurido-Soto O, Yan Y, Dhar R, Lee JM. Enhanced Detection of Edema in Malignant Anterior Circulation Stroke (EDEMA) Score: A Risk Prediction Tool. *Stroke*. 2017;48(7):1969-1972. doi:10.1161/STROKEAHA.117.016733
48. Côté R, Battista RN, Wolfson C, Boucher J, Adam J, Hachinski V. The Canadian Neurological Scale: validation and reliability assessment. *Neurology*. 1989;39(5):638-43. doi:10.1212/wnl.39.5.638
49. Barbar S, Noventa F, Rossetto V, Ferrari A, Brandolin B, Perlati M, et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score. *J Thromb Haemost*. 2010;8(11):2450-2457. doi:10.1111/j.1538-7836.2010.04044.x