



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA  
ETAPA AGUDA DEL ATAQUE  
CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO**

**ANEXOS**

**GPC N°19**

**Diciembre 2018**

**SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD**

Fiorella Molinelli Aristondo

**Presidenta Ejecutiva, EsSalud**

Alfredo Barredo Moyano

**Gerente General, EsSalud**

**INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN - IETSI**

Patricia Pimentel Álvarez

**Directora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación**

Fabián Fiestas Saldarriaga

**Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias**

Joshi Rosa Magaly Acosta Barriga

**Gerente de la Dirección de Investigación en Salud**

Hector Miguel Garavito Farro

**Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia**

Raúl Timaná Ruiz

**Asesor del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación**

### Grupo elaborador

- Sequeiros Chirinos Joel Mario, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud.
- Camarena Flores Carla Elizabeth, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud.
- Durand Castro Walter Severo, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud.
- Valencia Chávez Ana María, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Ministerio de Salud.
- Ecos Quispe Rosa Lisbeth, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Ministerio de Salud
- Estupinan Valdéz Paula Inés, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud
- Gallo Guerrero Marla Luz María, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud.
- Gómez Garay Gricelda Margot, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud.
- Huamaní Mendoza Marlene Doris, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Ministerio de Salud.
- Mariños Sánchez Evelyn Vanessa, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud.
- Morón Cabrera María Elizabeth, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud.
- Pulachet Contreras Elena Agustina, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud.
- Ramos Auccasi Alfredo Gilbert, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud.
- Rodríguez Kadota Liliana Elizabeth, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud.
- Saavedra Rocha César Augusto, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud.
- Alva Díaz Carlos Alexander, IETSI, EsSalud.
- Huamaní Saldaña Charles, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Essalud Cusco.
- Pacheco Barrios Kevin Arturo, IETSI, EsSalud.
- Raúl Alonso Timaná Ruiz, IETSI, EsSalud.

### Revisor Clínico

- Danny Barrientos Iman, Neurólogo. Departamento de Enfermedades Neurovasculares. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima-Perú.
- Dr. Juan Luis Pinedo Portilla, Médico Intensivista, Jefe Cuidados Intermedios, Coordinador de la UCIN Neuroquirúrgica, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – EsSalud, Chiclayo.

### Revisor Metodológico

- Jorge Huaranga, médico especialista en Medicina Interna. Maestría en Epidemiología Clínica. Metodólogo, IETSI, EsSalud.

### Revisores Externos

- Musolino Patricia, MD, PhD. Neuróloga, Servicio de Enfermedad Cerebrovascular, Departamento de Neurología, Massachusetts General Hospital. Assistant Professor of Neurology, Harvard Medical School, Harvard University, Boston, USA.
- De Los Rios Felipe, M.D. Neurology. Medical Director of Stroke Program – Baptist Health South Florida. Comprehensive Stroke Center - Baptist Hospital of Miami.
- Samaniego Edgar A., University of Iowa, Iowa City, Iowa, USA. Neurological interventional and neurointensivist. Assistant Professor of Neurology, Neurosurgery and radiology. Neurointerventional Surgery Faculty, University of Iowa Hospital and Clinics.
- Lavados Pablo M., MD, MPH. Unidad de Neurología Vascular, Departamento de Neurología y Psiquiatría. Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Departamento de Ciencias Neurológicas, Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
- Vera Monge Víctor MD. Neurólogo, Fellowship en neurología vascular, Universidad Complutense de Madrid. Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.

- Abanto Argomedo Carlos. Neurólogo. Jefe del Centro de Investigación en Enfermedad Cerebrovascular. Departamento de Enfermedades Neurovasculares. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima-Perú.
- Málaga Rodríguez Germán, Profesor principal de Medicina UPCH. Director de Centro de Estudios Clínicos Universidad Peruana Cayetano Heredia. Médico Asistente del departamento de Medicina, Hospital Cayetano Heredia.

### **Financiamiento**

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, Perú.

### **Citación**

Este documento debe ser citado como: “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 Extensa. Lima: EsSalud; 2018”

### **Agradecimientos**

Velasquez Rimachi Victor Andres.  
Rivera Torrejon Oscar Orlando.  
Stefany Salvador Salvador  
Karla Mansilla Caceres

### **Datos de contacto**

Raúl Timaná Ruiz  
Correo electrónico: raul.timana@essalud.gob.pe – rtimananar@gmail.com  
Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1978

**Tabla de Contenido**

Anexo N° 1: Búsqueda de guías de práctica clínica.....	7
Anexo N° 2: Búsqueda de la evidencia para cada pregunta clínica .....	8
Pregunta 1: En pacientes con déficit neurológico focal ¿Cuál es/son la(s) escala(s) más efectivas para establecer la sospecha inicial de ACVi? .....	9
Pregunta 2: En pacientes con sospecha del diagnóstico de ACVi ¿Cuáles son los estudios de imágenes más útiles para confirmar la presencia de enfermedad en pacientes mayores de 18 años? .....	13
Pregunta 3: En pacientes con ACVi ¿Cuál son las escalas mas útiles para evaluar la severidad del ataque cerebrovascular isquémico? .....	16
Pregunta 4: En pacientes con ACVi ¿cuál es la terapia de reperfusión arterial más efectiva y segura? .....	18
Pregunta 5: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son los tratamientos diferentes a la reperfusión (prevención secundaria) más efectivos y seguros?.....	21
Pregunta 6: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la neuro protección del paciente con ECV agudo? .....	25
Pregunta 7: En pacientes con ACVi extenso o maligno ¿es eficaz y seguro la intervención quirúrgica (craneotomía o hemicraniectomía) frente al tratamiento estándar? .....	27
Pregunta 8: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la rehabilitación del paciente con ataque cerebrovascular isquémico de origen arterial durante los primeros 15 días posteriores al inicio de los síntomas? .....	31
Anexo N° 3: Tablas de evaluación del riesgo de sesgo en los estudios.....	35
Pregunta 1: En pacientes con déficit neurológico focal ¿Cuál es/son la(s) escala(s) más efectivas para establecer la sospecha inicial de ACVi? .....	35
Pregunta 2: En pacientes con sospecha del diagnóstico de ACVi ¿Cuáles son los estudios de imágenes más útiles para confirmar la presencia de enfermedad en pacientes mayores de 18 años? .....	37
Pregunta 3: En pacientes con ACVi ¿Cuál son las escalas más útiles para evaluar la severidad del ataque cerebrovascular isquémico? .....	38
Pregunta 4: En pacientes con ACVi ¿cuál es la terapia de reperfusión arterial más efectiva y segura? .....	39
Pregunta 5: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son los tratamientos diferentes a la reperfusión (prevención secundaria) más efectivos y seguros?.....	40
Pregunta 6: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la neuro protección del paciente con ECV agudo? .....	41
Pregunta 7: En pacientes con ACVi extenso o maligno ¿es eficaz y seguro la intervención quirúrgica (craneotomía o hemicraniectomía) frente al tratamiento estándar? .....	43

Pregunta 8: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la rehabilitación del paciente con ataque cerebrovascular isquémico de origen arterial durante los primeros 15 días posteriores al inicio de los síntomas? .....	44
Anexo N° 4: Tablas de perfil de evidencias de GRADE .....	46
Pregunta 1: En pacientes con déficit neurológico focal ¿Cuál es/son la(s) escala(s) más efectivas para establecer la sospecha inicial de ACVi? .....	46
Pregunta 2: En pacientes con sospecha del diagnóstico de ACVi ¿Cuáles son los estudios de imágenes más útiles para confirmar la presencia de enfermedad en pacientes mayores de 18 años? .....	54
Pregunta 3: En pacientes con ACVi ¿Cuál son las escalas más útiles para evaluar la severidad del ACVi? .....	57
Pregunta 4: En pacientes con ACVi ¿cuál es la terapia de reperfusión arterial más efectiva y segura? .....	61
Pregunta 5: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son los tratamientos diferentes a la reperfusión (prevención secundaria) más efectivos y seguros?.....	64
Pregunta 6: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la neuro protección del paciente con ECV agudo? .....	81
Pregunta 7: En pacientes con ACVi extenso o maligno¿es eficaz y seguro la intervención quirúrgica (craneotomía o hemicraniectomia) frente al tratamiento estándar? .....	87
Pregunta 8: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la rehabilitación del paciente con ataque cerebrovascular isquémico de origen arterial durante los primeros 15 días posteriores al inicio de los síntomas? .....	89

**Anexo N° 1: Búsqueda de guías de práctica clínica**

Periodo de búsqueda: desde 2013 a febrero del 2018

Detalles de la búsqueda (base de datos, términos de búsqueda y número de resultados que abordaron el ámbito de la guía):

Base de datos	Link	Términos de búsqueda	Resultados que abordaron el ámbito de la guía
<b>Organismos recopiladores de GPC:</b>			
Trip database	<a href="https://www.tripdatabase.com">https://www.tripdatabase.com</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	2
Canadian Medical Association Infobase: Clinical Practice Guidelines (CPG)	<a href="https://www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx">https://www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	1
eGuidelines	<a href="http://www.eguidelines.co.uk">www.eguidelines.co.uk</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	0
Guidelines International Network (G-I-N)	<a href="http://www.g-i-n.net/">http://www.g-i-n.net/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	3
National Guideline Clearinghouse (NGC)	<a href="https://www.guideline.gov/">https://www.guideline.gov/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	1
National Health and Medical Research Council (NHMRC): Clinical Practice Guidelines	<a href="https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications">https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	0
National Institute for Health and Care Excellence - UK (NICE)	<a href="https://www.nice.org.uk/">https://www.nice.org.uk/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul> Filter: clinical guidelines	1
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	<a href="http://www.sign.ac.uk/">http://www.sign.ac.uk/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	0
Standards and Guidelines Evidence (SAGE)	<a href="http://www.cancerview.ca/TreatmentAndSupport/GRCMain/GRCSAGE/GRCSAGESearch/">http://www.cancerview.ca/TreatmentAndSupport/GRCMain/GRCSAGE/GRCSAGESearch/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	0
American College of Physicians Clinical Practice Guidelines	<a href="https://www.acponline.org/clinical-information/guidelines">https://www.acponline.org/clinical-information/guidelines</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	0
Best Practice Guidelines	<a href="http://rnao.ca/bpg">http://rnao.ca/bpg</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	0
<b>Organismos elaboradores de GPC:</b>			

New Zealand Guidelines Group	<a href="http://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group">http://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	0
CENETEC – Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud – Mexico	<a href="http://www.cenetec.salud.gob.mx/">http://www.cenetec.salud.gob.mx/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	0
GuíaSalud. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud de España	<a href="http://portal.guiasalud.es">http://portal.guiasalud.es</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	0
IETS Colombia	<a href="http://www.iets.org.co/">http://www.iets.org.co/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	1
<b>Bases de datos:</b>			
Medline	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ("Stroke"[Mesh] OR "cerebro vascular disease"[TIAB] OR acute ischemic stroke[TIAB]) AND (guideline[Publication Type] OR guideline*[TI] OR recommendation*[TI])</li> </ul>	2
Google Scholar	<a href="https://scholar.google.com.pe/">https://scholar.google.com.pe/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke Stroke Cerebro vascular disease stroke guideline guidelines</li> </ul>	3
Google	<a href="https://www.google.com">https://www.google.com</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke Stroke Cerebro vascular disease stroke guideline guidelines</li> </ul>	5
Epistemonikos GRADE guidelines repository	<a href="https://www.epistemonikos.org/en/groups/grade_guideline">https://www.epistemonikos.org/en/groups/grade_guideline</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acute ischemic stroke</li> <li>• Stroke</li> <li>• Cerebro vascular disease</li> </ul>	1
TOTAL			20

**Anexo N° 2: Búsqueda de la evidencia para cada pregunta clínica**



Para todas las preguntas, se buscaron documentos cuya versión a texto completo se encuentre en español o inglés.

**Pregunta 1: En pacientes con déficit neurológico focal ¿Cuál es/son la(s) escala(s) más efectivas para establecer la sospecha inicial de ACVi?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Nº	Pregunta PICO (criterios de elegibilidad de los estudios)	Tipo de estudio	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada base de datos	Número de citas evaluadas a texto completo/ Número de estudios incluidos
1.1	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> Escala diagnóstica / Diagnóstico del alta <b>O:</b> Sensibilidad, especificidad, RV+ y RV-, ORD y ABC.	RS de escalas diagnósticas	Enero 2014 a enero 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 579</li> <li>• CENTRAL: 54</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 631</li> </ul>	4/1
Pregunta PICO planteada para actualizar la búsqueda de la RS Rudd (2016) seleccionada.					
1.1.a	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> LAPSS, FAST, CPSS y OPSS / Diagnóstico del alta <b>O:</b> Sensibilidad, especificidad, RV+ y RV-, ORD y ABC.	Estudios primarios de test diagnóstico	Enero 2015 a enero 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 380</li> <li>• CENTRAL: 194</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 573</li> </ul>	10/3

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citas evaluadas:

Estrategia de búsqueda para la pregunta Pregunta Clínica N° 1.1:

Base de datos: Medline		
Fecha de búsqueda: Enero del 2018		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication dates: From: 2014/01/01 To: 2018/01/31</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	(((("Neurologic Manifestations" [Mesh] OR (neurologic*[tiab] AND manifestation*[tiab]) OR (neurologic*[tiab] AND disease*[tiab]) OR (neurologic*[tiab] AND symptom*[tiab]) OR (neurologic*[tiab] AND deficit*[tiab]) OR (neurologic*[tiab] AND finding*[tiab]) OR (neurologic*[tiab] AND sign*[tiab]) OR (neurologic*[tiab] AND dysfunction*[tiab]) OR (nervous*[tiab] AND disease*[tiab]) OR (nervous*[tiab] AND disorder*[tiab]) OR (neural*[tiab] AND disease*[tiab]) OR (neurogenic*[tiab] AND disease*[tiab]) OR (neurologic*[tiab] AND complaint*[tiab]) OR (neurologic*[tiab] AND complaint*[tiab]) OR (neurologic*[tiab] AND disturbance*[tiab]) OR (neurologic*[tiab] AND syndrome*[tiab]) OR (neurologic*[tiab] AND deficiency*[tiab]))) AND ("Adult"[Mesh] OR adult*[tiab] OR grown*[tiab]))
#2	Intervención	((prehospital*[tiab] AND stroke*[tiab] AND scale*[tiab]) OR "los angeles motor scale"[tiab] OR "lams"[tiab] OR "los angeles prehospital stroke screen"[tiab] OR "lapss"[tiab] OR "Cincinnati"[tiab] "cpss"[tiab] OR "face arm speech test"[tiab])

		OR "fast"[tiab] OR "recognition of stroke in the emergency room"[tiab] OR "rosier"[tiab] "kurashiki"[tiab] OR "kps"[tiab] OR "rapid arterial occlusion evaluation"[tiab] OR "race"[tiab] OR "medic prehospital assessment"[tiab] OR "med pacs"[tiab]OR "maria"[tiab] OR "mpss"[tiab] OR "national institutes of health stroke scale"[tiab] OR "national institute of health stroke scale"[tiab] OR "national institute of health stroke score"[tiab] OR "national institutes of health stroke score"[tiab] OR "nih stroke scale"[tiab] OR "nih stroke score" OR "nihss"[tiab] OR "emergency triage stroke scale"[tiab] OR "etts"[tiab] OR "birmingham regional emergency medical services system"[tiab] OR "bremss"[tiab] OR "miami emergency neurologic déficit"[tiab] OR "mend"[tiab] OR (frankfurt[tiab] AND stroke[tiab] AND scale[tiab]) OR (neurologic*[tiab] AND disease*[tiab] AND item[tiab] AND stroke[tiab] AND scale[tiab])) OR ("stroke recognition instrument"[TIAB] OR "stroke screening tool"[TIAB]))
#3	Tipo de estudio	(Systematic[sb])
#4	Desenlace	NO
#5	Término final	#1 AND #2 AND #3
<b>Base de datos: CENTRAL</b>		
Fecha de búsqueda: : 2014/01/01 To: 2018/01/31		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
	<b>Descripción</b>	<b>Término</b>
#1	Población	((MeSH descriptor: [Neurologic Manifestations] explode all trees OR (neurologic* TI.AB AND manifestation* TI.AB) OR (neurologic* TI.AB AND disease* TI.AB) OR (neurologic* TI.AB AND symptom* TI.AB) OR (neurologic* TI.AB AND deficit* TI.AB) OR (neurologic* TI.AB AND finding* TI.AB) OR (neurologic* TI.AB AND sign* TI.AB) OR (neurologic* TI.AB AND dysfunction* TI.AB) OR (nervous* TI.AB AND disease* TI.AB OR (nervous* TI.AB AND disorder* TI.AB) OR (neural* TI.AB AND disease* TI.AB) OR (neurogenic* TI.AB AND disease* TI.AB) OR (neurologic* TI.AB AND complaint* TI.AB) OR (neurologic* TI.AB AND disturbance* TI.AB) OR (neurologic* TI.AB AND syndrome* TI.AB) OR (neurologic* TI.AB AND deficiency* TI.AB))) AND (MeSH descriptor: [Adult] explode all trees OR adult* TI.AB OR grown* TI.AB))
#2	Intervención	((prehospital* TI.AB AND stroke* TI.AB AND scale* TI.AB) OR los angeles motor scale TI.AB OR lams TI.AB OR los angeles prehospital stroke screen TI.AB OR laps TI.AB OR Cincinnati TI.AB OR cpss TI.AB OR face arm speech test TI.AB OR fast TI.AB OR recognition of stroke in the emergency room TI.AB OR rosier TI.AB OR kurashiki TI.AB OR kps TI.AB OR rapid arterial occlusion evaluation TI.AB OR race TI.AB OR medic prehospital assessment TI.AB OR med pacs TI.AB OR maria TI.AB OR mpss TI.AB OR national institutes of health stroke scale TI.AB OR national institute of health stroke scale TI.AB OR national institute of health stroke score TI.AB OR national institutes of health stroke score TI.AB OR nih stroke scale TI.AB OR nih stroke score OR nihss TI.AB OR emergency triage stroke scale TI.AB OR etts TI.AB OR birmingham regional emergency medical services system TI.AB OR bremss TI.AB OR miami emergency neurologic deficit TI.AB OR mend TI.AB OR (Frankfurt TI.AB AND stroke TI.AB AND scale TI.AB) OR (neurologic* TI.AB AND disease* TI.AB AND ítem TI.AB AND stroke TI.AB AND scale TI.AB))) OR (stroke recognition instrument TI.AB OR stroke screening tool TI.AB)
#3	Término final	#1 AND #2

Estrategia de búsqueda para actualización de la pregunta PICO 1.1, actualización de la RS Rudd (2016) seleccionada:

<b>Base de datos: Medline</b>
Fecha de búsqueda: Enero del 2018

Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Publication dates: From: 2015/01/01 To: 2018/01/31</li> </ul>		
	<b>Descripción</b>	<b>Término</b>
#1	Población	((("stroke"[MeSh] OR stroke*[tiab] OR cerebrovascular accident*[tiab]) AND ((recogni*[tiab] or identi*[tiab] or strati*[tiab]))) AND ("Ambulances"[MeSh] OR Ambulance*[TIAB] OR "Air Ambulances"[MeSh] OR Air Ambulances*[TIAB] OR "Emergency Medical Services"[MeSh] OR Emergency Medical Services*[TIAB] OR "Emergency Medical Technicians"[MeSh] OR Emergency Medical Technicians*[TIAB] OR "Emergency Service, Hospital"[MeSh] OR Emergency Service, Hospital*[TIAB] OR "Transportation of Patients"[MeSh] OR Transportation of Patients*[TIAB] OR "Emergency Medicine"[MeSh] OR Emergency Medicine*[TIAB] OR "Triage"[MeSh] OR Triage*[TIAB]))
#2	Intervención	((("los angeles motor scale"[tiab] OR "lams"[tiab] OR "los angeles prehospital stroke screen"[tiab] OR "lapss"[tiab] OR "Cincinnati"[tiab] "cpss"[tiab] OR "face arm speech test"[tiab] OR "fast"[tiab] OR "recognition of stroke in the emergency room"[tiab] OR "rosier"[tiab] OR "kurashiki"[tiab] OR "kps"[tiab] OR "rapid arterial occlusion evaluation"[tiab] OR "race"[tiab] OR "medic prehospital assessment"[tiab] OR "med pacs"[tiab] OR "maria"[tiab] OR "mpss"[tiab] OR "Ontario"[tiab] OR "Melbourne"[tiab]) AND (prehospital AND stroke AND screen))
#3	Tipo de estudio	NO
#4	Desenlace	NO
#5	Término final	#1 OR #2
<b>Base de datos: CENTRAL</b>		
Fecha de búsqueda: Enero del 2015 a enero del 2018		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguno</li> </ul>		
	<b>Descripción</b>	<b>Término</b>
#1	Población	((MeSH descriptor: [Stroke] explode all trees OR stroke* TI.AB OR cerebrovascular accident* TI.AB) AND ((recogni* TI.AB or identi* TI.AB or strati* TI.AB)) AND (MeSH descriptor: [Ambulances] explode all trees OR Ambulance* TI.AB OR MeSH descriptor: [Air Ambulances] explode all trees OR Air Ambulances* TI.AB OR MeSH descriptor: [Emergency Medical Services] explode all trees OR Emergency Medical Services* TI.AB OR MeSH descriptor: [Emergency Medical Technicians] explode all trees OR Emergency Medical Technicians* TI.AB OR MeSH descriptor: [Emergency Service, Hospital] explode all trees OR Emergency Service, Hospital* TI.AB OR MeSH descriptor: [Transportation of Patients] explode all trees OR Transportation of Patients* TI.AB OR MeSH descriptor: [Emergency Medicine] explode all trees OR Emergency Medicine* TI.AB OR MeSH descriptor: [Triage] explode all trees OR Triage* TI.AB))
#2	Intervención	((("los angeles motor scale" TI.AB OR "lams" TI.AB OR "los angeles prehospital stroke screen" TI.AB OR "lapss" TI.AB OR "Cincinnati" TI.AB "cpss" TI.AB OR "face arm speech test" TI.AB OR "fast" TI.AB OR "recognition of stroke in the emergency room" TI.AB OR "rosier" TI.AB OR "kurashiki" TI.AB OR "kps" TI.AB OR "rapid arterial occlusion evaluation" TI.AB OR "race" TI.AB OR "medic prehospital assessment" TI.AB OR "med pacs" TI.AB OR "maria" TI.AB OR "mpss" TI.AB OR "Ontario" TI.AB OR "Melbourne" TI.AB) AND (prehospital AND stroke AND screen))
#3	Término final	#1 OR #2

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas** para la pregunta PICO N° 1.1:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Balucani C, Levine SR, Khoury JC, Khatri P, Saver JL, Broderick JP. Acute Ischemic Stroke with Very Early Clinical Improvement : A National Institute of Neurological Disorders and Stroke Recombinant Tissue Plasminogen Activator Stroke Trials Exploratory Analysis. J Stroke Cerebrovasc Dis [Internet]. 2015;1–8.	Análisis post-hoc de ECA	No se trataba de una RS
Goeggel B, Mono SM, Michel P, Odier C, Sztajzel R, Lyrer P, et al. Risk factors , aetiology and outcome of ischaemic stroke in young adults : the Swiss Young Stroke Study ( SYSS ). J Neurol. 2015;	EO	No se trataba de una RS
Oostema JA, Carle T, Talia N, Reeves M. Dispatcher Stroke Recognition Using a Stroke Screening Tool: A Systematic Review. Cerebrovasc Dis. 2016;42(5–6):370–7.	RS	Otra población de estudio

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas** para la pregunta PICO N° 1:

Estudios	Diseño
Rudd M, Buck D, Ford GA, Price CI. A systematic review of stroke recognition instruments in hospital and prehospital settings. Emerg Med J. 2016;33(11):818–22.	RS

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas** para la pregunta PICO N° 1.1.a:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Abboud M, et al. Recognition of Stroke by EMS is Associated with Improvement in Emergency Department Quality Measures. Prehospital Emergency Care. 2016; 20(6): 729 - 736.	EO	No usaba scores diagnósticos
Brandler ES, et al. Prehospital Stroke Identification: Factors Associated with Diagnostic Accuracy. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2015; 24(9): 2161 – 2166.	EO	No usaba scores diagnósticos
Madsen TE, et al. Potentially Missed Diagnosis of Ischemic Stroke in the Emergency Department in the Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study. Acad Emerg Med. 2016; 23(10): 1128 – 1135.	EO	No usaba scores diagnósticos
Viereck S, et al. Medical dispatchers recognise substantial amount of acute stroke during emergency calls. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2016; 24(1): 1 – 7.	EO	Diagnóstico realizado por despachados telefónicos
Andsberg G, et al. PreHospital Ambulance Stroke Test - pilot study of a novel stroke test. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2017; 25(1): 1 – 6.	EO	Uso de otro score diagnóstico
Goyal N, et al. FABS: An Intuitive Tool for Screening of Stroke Mimics in the Emergency Department. Stroke. 2016; 47: 2216 – 2220.	EO	Uso de otro score diagnóstico

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
McMullan JT, et al. Prospective Prehospital Evaluation of the Cincinnati Stroke Triage Assessment Tool. Prehospital Emergency Care. 2017; 21(4): 481 – 488.	EO	Uso de otro score diagnóstico

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas** para la pregunta PICO N° 1.1.a:

Estudios	Diseño
English SW, Rabinstein A, Mandrekar J y Klaas JP. Rethinking Prehospital Stroke Notification: Assessing Utility of Emergency Medical Services Impression and Cincinnati Prehospital Stroke Scale. 2018; 27(4): 919 – 925.	EO
Mao H, et al. Development of a new stroke scale in an emergency setting. BMC Neurology. 2016; 16(1): 1 – 9.	EO
Purrucker JC, et al. Comparison of stroke recognition and stroke severity scores for stroke detection in a single cohort. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2014; 0: 1 – 8.	EO

**Pregunta 2: En pacientes con sospecha del diagnóstico de ACV ¿Cuáles son los estudios de imágenes más útiles para confirmar la presencia de enfermedad en pacientes mayores de 18 años?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 2 preguntas PICO, cuyas características se resumen a continuación:

N°	Pregunta PICO (criterios de elegibilidad de los estudios)	Tipo de estudio	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada base de datos	Número de citas evaluadas a texto completo/ Número de estudios incluidos
2.1	<b>P:</b> Pacientes con sospecha de ACV <b>I/C:</b> RM/TAC <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECAs o de EO	Noviembre 2013 a noviembre 2017	Búsqueda de RS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 65</li> <li>• CENTRAL: 15</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 68</li> </ul> Búsqueda de actualización de RS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 365</li> <li>• CENTRAL: 128</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 366</li> </ul>	3/1
2.2	<b>P:</b> Pacientes con Sospecha de ACV <b>I/C:</b> TAC perfusión/RM <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECAs o de EO	Noviembre 2013 a noviembre 2017	Búsqueda de RS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 76</li> <li>• CENTRAL: 34</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 82</li> </ul> Búsqueda de actualización de RS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 301</li> <li>• CENTRAL: 117</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 301</li> </ul>	4/1

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citas evaluadas:

Estrategia de búsqueda para la pregunta PICO N° 2.1 y 2.2:

<b>Base de datos: Medline y Central</b>		
<b>Fecha de búsqueda: Desde noviembre 2013 hasta febrero 2018</b>		
	Descripción	Término
#1	Población	“Brain Ischemia”[MESH] or “ischemic stroke”[tiab] or “ischaemic stroke”[tiab] or (brain[tiab] and arterial[tiab] and insufficiency[tiab]) or (brain[tiab] and circulation[tiab] and disorder[tiab]) or (cerebral[tiab] and blood[tiab] and circulation[tiab] and disorder[tiab]) or (cerebral[tiab] and blood[tiab] and flow[tiab] and disorder[tiab]) or (cerebral[tiab] and circulat* and disorder[tiab]) or (cerebr*[tiab] and ischaemi*[tiab]) or (cerebr*[tiab] and ischemi*[tiab]) or (brain[tiab] and ischaemi*[tiab]) OR (cerebrovascular[tiab] and circulation[tiab] and disorder[tiab]) or “ischemic encephalopathy”[tiab] or “neural ischemia”[tiab]

#2	Intervención PICO 2.1	"Magnetic Resonance Imaging"[Mesh] OR "Magnetic Resonance Imaging"[TIAB] OR MR[tiab] OR "magnetic resonance"[tiab] OR NMR[tiab] OR MRI[tiab] OR (magnetic[tiab] and resonance[tiab] and brain[tiab]) OR "Tomography, X-Ray Computed"[Mesh] OR "Computed Tomography"[TIAB] OR (compute*[tiab] AND tomograph*[tiab]) OR (ct[tiab] OR cat[tiab]) OR (cat[tiab] and scan*[tiab] and skull[tiab] or (crani*[tiab] and tomography[tiab]) or (crani*[tiab] and scinti*[tiab]) or (cat[tiab] and scan*[tiab] and crani*[tiab]) or (cat[tiab] and scan*[tiab] and crani*[tiab])
#3	Intervención PICO 2.2	"Perfusion Imaging"[mesh] or (perfusion[tiab] and imaging*[tiab])
#4	Control	-
#5	Outcome	("Sensitivity and Specificity"[Mesh]) OR (sensitivity [TIAB]) OR (specificity [TIAB]) OR (probability [TIAB] AND ("pre test" [TIAB] OR pretest [TIAB] OR "post test" [TIAB] OR posttest [TIAB])) OR (predictive value* [TIAB]) OR (ppv[TIAB]) OR (npv[TIAB]) OR (likelihood ratio* [TIAB]) OR ("Likelihood Functions"[Mesh]) OR ("roc curve" [TIAB]) OR (auc [TIAB]) OR (diagnos* [TIAB] AND (performance* [TIAB] OR accurac* [TIAB] OR utilit* [TIAB] OR value* [TIAB] OR efficien* [TIAB] OR effectiveness)) OR (gold standard [TIAB])
#6	Término Final Pico 2.1	#1 AND #2 AND #5
#7	Término Final Pico 2.2	#1 AND #3 AND #5
<b>Base de datos: Central</b>		
<b>Fecha de búsqueda: Desde noviembre 2013 hasta febrero 2018</b>		
	Descripción	Término
#1	Población	"Brain Ischemia":MESH or "ischemic stroke":ti,ab or "ischaemic stroke"ti,ab or (brain:ti,ab and arterial:ti,ab and insufficiency:ti,ab) or (brain:ti,ab and circulation:ti,ab and disorder:ti,ab) or (cerebral:ti,ab and blood:ti,ab and circulation:ti,ab and disorder:ti,ab) or (cerebral:ti,ab and blood:ti,ab and flow:ti,ab and disorder:ti,ab) or (cerebral:ti,ab and circulat*:ti,ab and disorder:ti,ab) or (cerebr*:ti,ab and ischaemi*:ti,ab) or (cerebr*:ti,ab and ischemi*:ti,ab) or (brain:ti,ab and ischaemi*:ti,ab) OR (cerebrovascular:ti,ab and circulation:ti,ab and disorder:ti,ab) or "ischemic encephalopathy":ti,ab or "neural ischemia":ti,ab
#2	Intervención PICO 2.1	"Magnetic Resonance Imaging":Mesh OR "Magnetic Resonance Imaging":TI,AB OR MR:ti,ab OR "magnetic resonance":ti,ab OR NMR:ti,ab OR MRI:ti,ab OR (magnetic:ti,ab and resonance:ti,ab and brain:ti,ab) OR "Tomography, X-Ray Computed":Mesh OR "Computed Tomography":TI,AB OR (compute*:ti,ab AND tomograph*:ti,ab) OR

		(ct:ti,ab OR cat:ti,ab) OR (cat:ti,ab and scan*:ti,ab and skull:ti,ab or (crani*:ti,ab and tomography:ti,ab) or (crani*:ti,ab and scinti*:ti,ab) or (cat:ti,ab and scan*:ti,ab and crani*:ti,ab) or (cat:ti,ab and scan*:ti,ab and crani*:ti,ab)
#3	Intervención PICO 2.2	"Perfusion Imaging":mesh or (perfusion:ti,ab and imaging*:ti,ab)
#4	Control	-
#5	Outcome	Sensitivity:ti,ab or Specificity:ti,ab
#6	Termino Final PICO 2.1	#1 AND #2 AND #5
#7	Termino Final PICO 2.2	#1 AND #3 AND #5

**Lista de Excluidos:**

Excluidos PICO 2.1	Motivo
Mair et al. 2015	Evalúa la sensibilidad y especificidad de un signo específico en TAC o RM, el signo de la arteria hiperdensa.
Kang et al. 2017	Evalúa la sensibilidad y especificidad del signo del vaso hiperdenso en TAC o RM para predecir el tipo de ACV.
Excluidos PICO 2.2	Motivo
Li et al 2017	Evalúa predicción de volumen del infarto por medio de modelos matemáticos
Mokin et al 2017	No brinda información de precisión diagnóstica
Wouters et al 2016	No brinda información de precisión diagnóstica

**Pregunta 3: En pacientes con ACVi ¿Cuál son las escalas mas útiles para evaluar la severidad del ataque cerebrovascular isquémico?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

N°	Pregunta PICO (criterios de elegibilidad de los estudios)	Tipo de estudio	Fechas de búsqueda	Número de citaciones identificadas en	Número de citaciones evaluadas
----	---	-----------------	--------------------	---------------------------------------	--------------------------------



			(desde, hasta)	cada base de datos	a texto completo/ Número de estudios incluidos
3.1	<p><b>P:</b> Pacientes con ACV</p> <p><b>I/C:</b> Escala diagnóstica / Diagnóstico clínico de ECV</p> <p><b>O:</b> Sensibilidad, especificidad, VPP y VPN</p>	RS y EP de escalas diagnósticas	Enero 2014 a enero 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE RS: 56</li> <li>• MEDLINE EP: 196</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 77</li> </ul>	7/2

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Estrategia de búsqueda para la Pregunta Clínica N° 3.1:

Base de datos: Medline		
Fecha de búsqueda: Febrero del 2018		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication dates: From: 2014/01/01 To: 2018/02/17</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	((((((((((((Brain Ischemia[MeSH Terms]) OR ((ischemic*[tiab] AND stroke*[tiab]))) OR ((brain*[tiab] AND arterial*[tiab] AND insufficiency*[tiab]))) OR ((cerebral*[tiab] AND blood*[tiab] AND circulation*[tiab] AND disorder*[tiab]))) OR (neural ischemia*[tiab]) OR ((neurologic*[tiab] AND disturbance*[tiab]))) OR ((neurologic*[tiab] AND syndrome*[tiab]))) OR ((neurologic*[tiab] AND deficit*[tiab]))) OR ((neurologic*[tiab] AND finding*[tiab]))) OR ((neurologic*[tiab] AND sign*[tiab]))) OR ((neurologic*[tiab] AND deficiency*[tiab]))) OR Neurologic Manifestations [Mesh])) AND (((Adult [Mesh]) OR adult*[tiab]) OR grown*[tiab]))
#2	Intervención	((((((((((((("national institutes of health stroke scale"[tiab]) OR "national institute of health stroke scale"[tiab]) OR "national institutes of health stroke score"[tiab]) OR "national institute of health stroke score"[tiab]) OR "nih stroke scale"[tiab]) OR "nih stroke score"[tiab]) OR "nihss"[tiab]) OR "canadian neurological scale"[tiab]) OR "cns"[tiab]) OR (("copenhagen"[tiab] AND "scale"[tiab]))) OR (("scandinavian"[tiab] AND "stroke"[tiab] AND "scale"[tiab]))) OR "scandinavian neurological stroke scale"[tiab]) OR "unified neurological stroke scale"[tiab]
#3	Tipo de estudio	(Systematic[sb]), Clinical study[sb]
#4	Desenlace	NO
#5	Término final	#1 AND #2 AND #3

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas** para la pregunta PICO N° 3.1:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Scheitz JF, Abdul-Rahim AH, MacIsaac RL, Cooray C, Sucharew H, Kleindorfer D, et al. Clinical selection strategies to identify ischemic stroke patients with large anterior vessel occlusion. <i>Results From SITS-ISTR (Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke International Stroke Thrombolysis Registry)</i> . 2017;48:290-297	Cohorte	Limitado a vaso grande
Turc G, Maier B, Naggara O, Seners P, Isabel C, Tisserand M, et al. Clinical scales do not reliably identify acute ischemic stroke patients with large-artery occlusion. <i>Stroke</i> . 2016;47:1466-1472	Cohorte	Limitado a vaso grande
Heldner MR, Hsieh K, Broeg-Morvay A, Mordasini P, Bühlmann M, Jung S, et al. Clinical prediction of large vessel occlusion in anterior circulation stroke: Mission impossible? <i>Journal of neurology</i> . 2016;263:1633-1640	Cohorte	Limitado a vaso grande
De Raedt S, Brouns R, De Smedt A, Aries M, Uyttenboogaart M, Luijckx G, et al. The snihss-4 predicts outcome in right and left anterior circulation strokes. <i>Clinical neurology and neurosurgery</i> . 2013;115:729-731	Cohorte	Solo diferencias en topografía de la circulación, excede la antigüedad
Sato S, Toyoda K, Uehara T, Toratani N, Yokota C, Moriwaki H, et al. Baseline nih stroke scale score predicting outcome in anterior and posterior circulation strokes. <i>Neurology</i> . 2008;70:2371-2377	Cohorte	Diferencias en tipo de circulación, excede la antigüedad

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas** para la pregunta PICO N° 1:

Estudios	Diseño
Cooray C, Fekete K, Mikulik R, Lees KR, Wahlgren N, Ahmed N. Threshold for nih stroke scale in predicting vessel occlusion and functional outcome after stroke thrombolysis. <i>International Journal of Stroke</i> . 2015;10:822-829	Cohorte
Mansour OY, Megahed MM, Elghany E. Acute ischemic stroke prognostication, comparison between glasgow coma score, nihs scale and full outline of unresponsiveness score in intensive care unit. <i>Alexandria Journal of Medicine</i> . 2015;51:247-253	Cohorte

**Pregunta 4: En pacientes con ACVi ¿cuál es la terapia de reperfusión arterial más efectiva y segura?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo preguntas PICO, cuyas características se resumen a continuación:

N°	Pregunta PICO (criterios de elegibilidad de los estudios)	Tipo de estudio	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada base de datos	Número de citas evaluadas a texto completo/ Número de estudios incluidos
4.1	<b>P:</b> Pacientes con ACV isquémico <b>I/C:</b> Trombólisis endovenosa <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECAs	enero 2013 a enero 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 316</li> <li>• CENTRAL: 178</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 374</li> </ul>	4/1
4.2	<b>P:</b> Pacientes con ACV isquémico de vaso grande <b>I/C:</b> Trombectomía mecánica <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECAs	enero 2013 a enero 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 177</li> <li>• CENTRAL: 427</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 477</li> </ul>	3/3

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citas evaluadas:

Estrategia de búsqueda para la pregunta PICO N° 5:

<b>Base de datos: Medline</b>		
<b>Fecha de búsqueda: febrero 2013 hasta febrero 2018</b>		
	Descripción	Término
#1	Población	“Brain Ischemia”[MESH] or “ischemic stroke”[tiab] or “ischaemic stroke”[tiab] or (brain[tiab] and arterial[tiab] and insufficiency[tiab]) or (brain[tiab] and circulation[tiab] and disorder[tiab]) or (cerebral[tiab] and blood[tiab] and circulation[tiab] and disorder[tiab]) or (cerebral[tiab] and blood[tiab] and flow[tiab] and disorder[tiab]) or (cerebral[tiab] and circulat* and disorder[tiab]) or (cerebr*[tiab] and ischaemi*[tiab]) or (cerebr*[tiab] and ischemi*[tiab]) or (brain[tiab] and ischaemi*[tiab]) OR (cerebrovascular[tiab] and circulation[tiab] and disorder[tiab]) or “ischemic encephalopathy”[tiab] or “neural ischemia”[tiab]
#2	Intervención PICO 4.1	“IV Thrombolysis”[TIAB] OR Clot Disruption*[TIAB] or atepulse[tiab]
#3	Intervención PICO 4.2	Thrombectomy[MESH] OR Thrombectom*[TIAB] OR Percutaneous Aspiration Thrombectom*[TIAB] OR Aspiration Thrombectom*[TIAB] OR Mechanical Thrombolysis*[TIAB] OR Mechanical Clot Disruption*[TIAB]

#4	Control	-
#5	Outcome	("Mortality"[Mesh] OR "Survival Rate"[Mesh] OR "Survival Analysis"[Mesh] OR Mortality[tiab] OR Death[tiab] OR Deaths[tiab] OR Survival[tiab]) AND (Disability[tiab] OR rankin[tiab])
#6	Termino Final PICO 4.1	#1 AND #2 AND #5
#7	Termino Final PICO 4.2	#1 AND #3 AND #5
<b>Base de datos: Central</b>		
<b>Fecha de búsqueda: Desde noviembre 2013 hasta febrero 2018</b>		
	Descripción	Término
#1	Población	"Brain Ischemia":MESH or "ischemic stroke":ti,ab or "ischaemic stroke"ti,ab or (brain:ti,ab and arterial:ti,ab and insufficiency:ti,ab) or (brain:ti,ab and circulation:ti,ab and disorder:ti,ab) or (cerebral:ti,ab and blood:ti,ab and circulation:ti,ab and disorder:ti,ab) or (cerebral:ti,ab and blood:ti,ab and flow:ti,ab and disorder:ti,ab) or (cerebral:ti,ab and circulat*:ti,ab and disorder:ti,ab) or (cerebr*:ti,ab and ischaemi*:ti,ab) or (cerebr*:ti,ab and ischemi*:ti,ab) or (brain:ti,ab and ischaemi*:ti,ab) OR (cerebrovascular:ti,ab and circulation:ti,ab and disorder:ti,ab) or "ischemic encephalopathy":ti,ab or "neural ischemia":ti,ab
#2	Intervención PICO 4.1	Thrombolysis:ti,ab or atepulse:ti,ab
#3	Intervención PICO 4.2	Thrombectom*:ti,ab or Percutaneous Aspiration Thrombectom*:ti,ab or Aspiration Thrombectom*:ti,ab or Mechanical Thrombolysis*:ti,ab or Mechanical Clot Disruption*:ti,ab
#4	Control	-
#5	Outcome	Mortality:ti,ab OR Disability:ti,ab OR rankin:ti,ab
#6	Termino Final PICO 4.1	#1 AND #2 AND #5
#7	Termino Final PICO 4.2	#1 AND #3 AND #5

**Lista de Incluidos:**

**Lista de Excluidos:**

Excluidos PICO 4.1	Motivo
Emberson et al 2014	Evalúa la eficacia de trombólisis según tiempos
Nam et al. 2015	Evalúa trombólisis intraarterial versus endovenosa

Cheng et al. 2018	Evalúa dosis bajas de rTPA versus dosis estándares
Excluidos PICO 4.2	Motivo
Gerg et al 2017	Revisión narrativa de eficacia de trombectomía mecánica

**Pregunta 5: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son los tratamientos diferentes a la reperfusión (prevención secundaria) más efectivos y seguros?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 9 preguntas PICO, cuyas características se resumen a continuación:

N°	Pregunta PICO (criterios de elegibilidad de los estudios)	Tipo de estudio	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada base de datos	Número de citaciones evaluadas a texto completo/ Número de estudios incluidos
5.1	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> Monitoreo continuo / intermitente <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a diciembre 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 148</li> <li>• CENTRAL: 46</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 0</li> </ul>	0/0
5.2	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> Modificar la PA deliberadamente / no modificarla <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a diciembre 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 148</li> <li>• CENTRAL: 46</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 0</li> </ul>	1/1
5.3	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> Control glicémico estricto con insulina para mantener niveles de 72 a 135 mg/dL / no intervenir <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a diciembre 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 148</li> <li>• CENTRAL: 46</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 0</li> </ul>	0/0
5.4	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> Hipotermia terapéutica / normotermia <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a diciembre 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 148</li> <li>• CENTRAL: 46</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 0</li> </ul>	0/0
5.5	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> Antiagregantes / Placebo <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a diciembre 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 148</li> <li>• CENTRAL: 46</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 0</li> </ul>	0/0
5.6	<b>P:</b> Pacientes con ACV	RS de ECA	Enero 2014 a	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 148</li> <li>• CENTRAL: 46</li> </ul>	3/1

	<b>I/C:</b> Anti agregación doble / Anti agregación simple <b>O:</b> Desenlaces priorizados		diciembre 2017	• Citaciones después de excluir duplicados: 0	
5.7	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/Anticoagulación /</b> Placebo <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a diciembre 2017	• MEDLINE: 148 • CENTRAL: 46 • Citaciones después de excluir duplicados: 0	1/1
5.8	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> Anticoagulación / antiagregantes <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a diciembre 2017	• MEDLINE: 148 • CENTRAL: 46 • Citaciones después de excluir duplicados: 0	0/0
5.9	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> Estatinas / Placebo <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA y observacionales	Enero 2014 a diciembre 2017	• MEDLINE: 148 • CENTRAL: 46 • Citaciones después de excluir duplicados: 0	1/1

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Estrategia de búsqueda para la pregunta **Pregunta 5:**

<b>Base de datos: Medline</b>		
Fecha de búsqueda: de enero 2014 a diciembre 2017		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication dates: de enero 2014 a diciembre 2017</li> <li>• RS</li> </ul>		
	<b>Descripción</b>	<b>Término</b>
#1	Población	((Brain Ischemia[MeSH] OR “ischemic stroke”[tiab] OR “ischaemic stroke”[tiab] OR (brain[tiab] AND arterial[tiab] AND insufficiency[tiab]) OR (brain[tiab] AND circulatio*[tiab] AND disorder[tiab]) OR (cerebr*[tiab] AND blood[tiab] AND circulation[tiab] AND disorder[tiab]) OR (cerebr*[tiab] AND blood[tiab] AND flow AND disorder[tiab]) OR (cerebr*[tiab] AND circulat*[tiab] AND disorder[tiab]) OR (cerebr*[tiab] AND ischaemi*[tiab]) OR (cerebr*[tiab] AND ischemi*[tiab]) OR (brain[tiab] AND ischaemi*[tiab]) OR (brain[tiab] AND ischemi*[tiab]) OR (cerebrovascular[tiab] AND circulation[tiab] AND disorder[tiab]) OR “ischemic encephalopathy”[tiab] OR “neural ischemia”[tiab]) AND (Adult[MESH] OR Adult*[tiab] OR Grown*[tiab]))
#2	Intervención	((inhibitor*[tiab] AND platelet[tiab]) OR (antiplatelet[tiab] AND agent*[tiab]) OR (antiplatelet[tiab] AND drug*[tiab]) OR Aspirin[MeSH] OR Aspirin[tiab] OR “acetylsalicylic acid”[tiab] OR clopidogrel[tiab] OR Dipyridamole[MeSH] OR dipyridamole[tiab] OR tirofiban[tiab] OR eptifibatide[tiab] OR cilostazol[tiab] OR triflusal[tiab] OR ticagrelor[tiab] OR vorapaxar[tiab] OR prasugrel[tiab] OR Anticoagulants[MeSH] OR anticoagulant*[tiab] OR Heparin[MeSH] OR Heparin, Low-Molecular-Weight[MeSH] OR

		heparin[tiab] OR lmwh[tiab] OR (thrombin[tiab] AND inhibitor*[tiab]) OR Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors[MeSH] OR statin*[tiab] OR atorvastatin[tiab] OR Simvastatin[MeSH] OR simvastatin[tiab] OR “glycemic control”[tiab] OR “blood pressure regulation”[tiab] OR “blood pressure control”[tiab] OR Body Temperature Regulation[MeSH] OR thermoregulation[tiab] OR (temperatura[tiab] AND regulation[tiab]) OR (temperatura[tiab] AND manag*[tiab]) OR Antipyretics[MeSH] OR antipyretic*[tiab] OR Acetaminophen[MeSH] OR acetaminophen[tiab] OR paracetamol[tiab] OR Ibuprofen[MeSH] OR Ibuprofen[tiab] OR “heart monitoring”[tiab] OR (cardiac[tiab] AND monitoring[tiab]) OR (head[tiab] AND position*[tiab]) OR (early[tiab] AND onset[tiab] AND oral[tiab] AND route[tiab])
#3	Desenlace	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Discapacidad según escala modificada de Rankin</li> <li>• Efectos adversos</li> </ul>
#4	Término final	#1 AND #2
<b>Base de datos: CENTRAL</b>		
Fecha de búsqueda: de enero 2014 a diciembre 2017		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• RS</li> </ul>		
	<b>Descripción</b>	<b>Término</b>
#1	Población	((MeSH descriptor: [Brain Ischemia] explode all trees OR 'ischemic stroke':ti,ab OR 'ischaemic stroke':ti,ab OR (brain near/5 arterial near/5 insufficiency):ti,ab OR (brain near/5 circulation near/5 disorder):ti,ab OR (cerebral near/5 blood near/5 circulation near/5 disorder):ti,ab OR (cerebral near/5 blood near/5 flow near/5 disorder):ti,ab OR (cerebral near/5 circulat* near/5 disorder):ti,ab OR (cerebr*near/5 ischaemi*):ti,ab OR (cerebr* near/5 ischemi*):ti,ab OR (brain near/5 ischaemi*):ti,ab OR (brain near/5 ischemi*):ti,ab OR (cerebrovascular adj5 circulation near/5 disorder):ti,ab OR 'ischemic encephalopathy':ti,ab OR 'ischemic encephalopathy':ti,ab) AND (MeSH descriptor: [Adult] explode all trees OR adult*:ti,ab OR grown*:ti,ab))
#2	Intervención	(MeSH descriptor: [Aspirin] explode all trees OR (aspirin):ti,ab OR 'acetylsalicylic acid':ti,ab OR clopidogrel:ti,ab OR MeSH descriptor: [Dipyridamole] explode all trees OR dipyridamole:ti,ab OR tirofiban:ti,ab OR eptifibatide:ti,ab OR cilostazol:ti,ab OR triflusal:ti,ab OR ticagrelor:ti,ab OR vorapaxar:ti,ab OR prasugrel:ti,ab OR MeSH descriptor: [Anticoagulants] explode all trees OR anticoagulant*:ti,ab OR MeSH descriptor: [Heparin] explode all trees OR MeSH descriptor: [Heparin, Low-Molecular-Weight] explode all trees OR heparin:ti,ab OR lmwh:ti,ab OR (thrombin near/5 inhibitor*):ti,ab OR MeSH descriptor: [Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors] explode all trees OR statin*:ti,ab OR atorvastatin:ti,ab OR MeSH descriptor: [Simvastatin] explode all trees OR simvastatin:ti,ab OR MeSH descriptor: [Oxygen Inhalation Therapy] explode all trees OR (oxygen near/5 supply):ti,ab OR (o2 near/5 supply):ti,ab OR (oxygen near/5 therapy):ti,ab OR (o2 near/5 therapy):ti,ab OR (o2 near/5 administration):ti,ab OR (oxygen near/5 administration):ti,ab OR 'glycemic control':ti,ab OR 'blood pressure regulation':ti,ab OR 'blood

		pressure control':ti,ab OR (thrombosis near/5 prevention):ti,ab OR (prophylaxis near/5 thrombosis):ti,ab OR (antithrombotic near/5 prophylaxis):ti,ab OR MeSH descriptor: [Body Temperature Regulation] explode all trees OR thermoregulation:ti,ab OR (temperature near/5 regulation):ti,ab OR (temperature near/5 manag*):ti,ab OR MeSH descriptor: [Patient Positioning] explode all trees OR (patient near/5 position*):ti,ab OR (intravenous near/5 fluid*):ti,ab OR (iv near/5 fluid*):ti,ab OR (volemia near/5 manag*):ti,ab OR (volemia near/5 control):ti,ab OR (blood near/5 volume near/5 manag*):ti,ab OR (blood near/5 volume near/5 control):ti,ab OR MeSH descriptor:[Vasodilation] explode all trees OR vasodilation:ti,ab OR vasodilatation:ti,ab OR MeSH descriptor: [Serum Albumin] explode all trees OR albumin:ti,ab OR MeSH descriptor: [Interactive Ventilatory Support] explode all trees OR (ventilat* near/5 support):ti,ab OR (ventilat* near/5 assist*):ti,ab OR MeSH descriptor: [Antipyretics] explode all trees OR antipyretic*:ti,ab OR MeSH descriptor: [Acetaminophen] explode all trees OR acetaminophen:ti,ab OR paracetamol:ti,ab OR MeSH descriptor: [Ibuprofen] explode all trees OR ibuprofen:ti,ab OR 'heart monitoring':ti,ab OR (cardiac near/5 monitoring):ti,ab OR (head near/5 position*):ti,ab OR (early near/5 onset near/5 oral near/5 route):ti,ab)
#3	Término final	#1 AND #2

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas** para la pregunta 5:

Estudios	Diseño	Pregunta PICO Nº	Razón por la cual se excluyó
Lee M, Saver JL, Hong K-S, Rao NM, Wu Y-L, Ovbiagele B. Risk–Benefit Profile of Long-Term Dual- Versus Single-Antiplatelet Therapy Among Patients With Ischemic Stroke. Ann Intern Med. 2013 Oct 1 ;159(7):463.	RS	5.6	Posee desenlaces no significativos
Zhang Q, Wang C, Zheng M, Li Y, Li J, Zhang L, et al. Aspirin plus Clopidogrel as Secondary Prevention after Stroke or Transient Ischemic Attack: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cerebrovasc Dis. 2015;39(1):13–22.	RS	5.6	Posee desenlaces no significativos

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas** para la pregunta 5:

Estudios	Pregunta a PICO Nº	Diseño
Bath PM, Krishnan K. Interventions for deliberately altering blood pressure in acute stroke. The Cochrane database of systematic reviews. 2014(10):Cd000039.	5.2	RS
Liu Y, Fei Z, Wang W, Fang J, Zou M, Cheng G. Efficacy and safety of short-term dual-versus mono-antiplatelet therapy in patients with ischemic stroke or TIA: a meta-analysis of 10 randomized controlled trials. J Neurol. 2016 Nov 19;263(11):2247–59.	5.6	RS
Sandercock PA, Counsell C, Kane EJ. Anticoagulants for acute ischaemic stroke. The Cochrane database of systematic reviews. 2015(3):Cd000024.	5.7	RS



Estudios	Pregunta PICO N°	Diseño
Ni Chroinin D, Asplund K, Asberg S, Callaly E, Cuadrado-Godia E, Diez-Tejedor E, et al. Statin Therapy and Outcome After Ischemic Stroke: Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies and Randomized Trials. Stroke. 2013 Feb 1;44(2):448–56.	5.9	RS

**Pregunta 6: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la neuro protección del paciente con ECV agudo?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 5 preguntas PICO, cuyas características se resumen a continuación:

N°	Pregunta PICO (criterios de elegibilidad de los estudios)	Tipo de estudio	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada base de datos	Número de citas evaluadas a texto completo/ Número de estudios incluidos
6.1	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> citicolina / no uso <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 290</li> <li>• CENTRAL: 88</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 310</li> </ul>	3/1
6.2	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> sulfato de magnesio / no uso <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 290</li> <li>• CENTRAL: 88</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 310</li> </ul>	1/1
6.3	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> manitol / no uso <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 290</li> <li>• CENTRAL: 88</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 310</li> </ul>	1/1
6.4	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> hemodilución / no uso <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 290</li> <li>• CENTRAL: 88</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 310</li> </ul>	1/1
6.5	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> células madre / no uso <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 290</li> <li>• CENTRAL: 88</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 310</li> </ul>	1/1

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citas evaluadas:

Estrategia de búsqueda para la pregunta **Pregunta 6:**

<b>Base de datos: Medline</b>		
Fecha de búsqueda: marzo 2018		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication dates: From: 2000/01/01</li> <li>• RS</li> </ul>		
	<b>Descripción</b>	<b>Término</b>
#1	Población	Search (((((((stroke[MeSH Terms]) OR acute strokes[MeSH Terms]) OR acute stroke[MeSH Terms]) OR Brain ischemia[MeSH Major Topic])) NOT (((((((rodent[MeSH Terms]) OR animal model[MeSH Terms]) OR animal models[MeSH Terms]) OR animal model[Title/Abstract]) OR animal models[Title/Abstract]) OR neonatal[Title/Abstract]) OR newborn[Title/Abstract]) OR infant[Title/Abstract])))
#2	Intervención	((((((((((((((neuroprotection[Title/Abstract]) OR (recovery[Title/Abstract]) OR mannitol[Title/Abstract]) OR citicoline[Title/Abstract]) OR magnesium[Title/Abstract]) OR URIC[Title/Abstract]) OR nimodipine[Title/Abstract]) OR albumin[Title/Abstract]) OR hypervolemia[Title/Abstract]) OR sertraline[Title/Abstract]) OR Cerebrolysin[Title/Abstract]) OR fingolimod[Title/Abstract]) OR immune modulator[Title/Abstract]) OR minocycline[Title/Abstract]) OR natalizumab[Title/Abstract]) OR uric acid[Title/Abstract]))
#3	Tipo de estudio	((systematic review[Publication Type]) OR (meta-analysis[Publication Type]))
#4	Desenlace	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Discapacidad según escala modificada de Rankin</li> <li>• Efectos adversos</li> </ul>
#5	Término final	#1 AND #2 AND #3
<b>Base de datos: CENTRAL</b>		
Fecha de búsqueda: marzo 2018		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• RS</li> </ul>		
	<b>Descripción</b>	<b>Término</b>
#1	Población	Search (((((((stroke[MeSH Terms]) OR acute strokes[MeSH Terms]) OR acute stroke[MeSH Terms]) OR Brain ischemia[MeSH Major Topic])) AND ((adult[MeSH Terms]) OR adult[Title/Abstract])) NOT (('pregnant':ti,ab OR 'pregnancy':ti,ab OR 'rodent':ti,ab)
#2	Intervención	((((((((((((((neuroprotection[Title/Abstract]) OR (recovery[title/abstract]) OR mannitol[Title/Abstract]) OR citicoline[Title/Abstract]) OR magnesium[Title/Abstract]) OR URIC[Title/Abstract]) OR nimodipine[Title/Abstract]) OR albumin[Title/Abstract]) OR hypervolemia[Title/Abstract]) OR sertraline[Title/Abstract]) OR Cerebrolysin[Title/Abstract]) OR fingolimod[Title/Abstract]) OR immune modulator[Title/Abstract]) OR

		minocycline[Title/Abstract]) OR natalizumab[Title/Abstract]) OR uric acid[Title/Abstract]))
#3	Término final	#1 AND #2

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas** para la pregunta 6:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Dávalos A, Castillo J, Álvarez-Sabín J, Secades JJ, Mercadal J, López S, et al. Oral citicoline in acute ischemic stroke: An individual patient data pooling analysis of clinical trials. <i>Stroke</i> . 2002;33:2850-2857	RS	Contenido en el estudio elegido
Secades JJ, Alvarez-Sabín J, Castillo J, Díez-Tejedor E, Martínez-Vila E, Ríos J, et al. Citicoline for acute ischemic stroke: A systematic review and formal meta-analysis of randomized, double-blind, and placebo-controlled trials. <i>Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases</i> . 2016;25:1984-1996	RS	Alto riesgo de sesgo

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas** para la pregunta 6:

Estudios	Diseño	
Shi P-y, Zhou X-c, Yin X-x, Xu L-l, Zhang X-m, Bai H-y. Early application of citicoline in the treatment of acute stroke: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences]</i> . 2016;36:270-277	RS	Citicolina
Saver JL, Starkman S, Eckstein M, Stratton SJ, Pratt FD, Hamilton S, et al. Prehospital use of magnesium sulfate as neuroprotection in acute stroke. <i>New England Journal of Medicine</i> . 2015;372:528-536	ECA	Sulfato de magnesio
Bereczki D, Fekete I, Prado GF, Liu M. Mannitol for acute stroke. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> . 2007: Cd001153	RS	Manitol
Chang TS, Jensen MB. Haemodilution for acute ischaemic stroke. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> . 2014: Cd000103	RS	Hemodilución
Wang Q, Duan F, Wang MX, Wang XD, Liu P, Ma LZ. Effect of stem cell-based therapy for ischemic stroke treatment: A meta-analysis. <i>Clinical neurology and neurosurgery</i> . 2016;146:1-11	RS	Células madre

**Pregunta 7: En pacientes con ACVi extenso o maligno ¿es eficaz y seguro la intervención quirúrgica (craneotomía o hemicraniectomía) frente al tratamiento estándar?**

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 preguntas PICO, cuyas características se resumen a continuación:

N°	Pregunta PICO (criterios de elegibilidad de los estudios)	Tipo de estudio	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada base de datos	Número de citas evaluadas a texto completo/ Número de estudios incluidos
7.1	<p><b>P:</b> Pacientes con ACV con infarto extenso o maligno complicado con edema cerebral</p> <p><b>I/C:</b> Cirugía descompresiva/ Tratamiento médico o placebo</p> <p><b>O:</b> Mortalidad, discapacidad, calidad de vida, eventos adversos</p>	RS de ECA o de estudios observacionales	Búsqueda realizada desde el 1 mayo del 2008 hasta mayo del 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 319</li> <li>• CENTRAL: 194</li> <li>• Citaciones después de excluir duplicados: 373</li> </ul>	17/1

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citas evaluadas:

Estrategia de búsqueda para la pregunta clínica 7:

Base de datos: Medline		
Fecha de búsqueda: hasta mayo 2018		
Filtros: Fecha de publicación desde:2008, Revisiones sistemáticas y Meta-análisis		
	Descripción	Término
1	Población	“cerebrovascular disorders”[MeSH] OR “stroke”[MeSH]) OR (stroke*[tw] OR cerebral vascular[tw] OR cerebrovasc*[tw] OR cva[tw]) OR ((brain[tw] OR cerebr*[tw] OR hemisph*[tw] OR intracranial[tw] OR mca[tw] OR anterior circulat*[tw]) AND (ischemi*[tw] OR infarct*[tw] OR emboli*[tw] OR thrombo*[tw] OR oclus*[tw] OR hypoxi*[tw] OR apople*[tw]
2	Intervención	“decompression, surgical”[MeSH] OR “neurosurgical procedures”[MeSH] OR “craniotomy”[MeSH] OR “trephining”[MeSH]) OR (decompress*[tw] OR craniectom*[tw] OR craniotom*[tw] OR hemicraniect*[tw] OR trepa*[tw] OR treph*[tw]) OR (hippocampectom*[tw] OR lobectom*[tw] OR strokectom*[tw]
3	Comparador	Se seleccionó manualmente

4	Tipo de estudio	Revisión sistemática o Meta-análisis
5	Desenlace	Mortalidad, discapacidad, calidad de vida, eventos adversos
	Término final	#1 AND #2

Base de datos: The Cochrane Library (CENTRAL)

Fecha de búsqueda: hasta mayo 2018

Filtros: Fecha de publicación desde: selección manual de los últimos 10 años; Revisiones sistemáticas y Meta-análisis

	Descripción	Término
1	Población	"cerebrovascular disorders"/ OR "stroke"/) OR (stroke*TI.AB OR cerebral vascularTI.AB OR cerebrovasc*TI.AB OR cvaTI.AB) OR ((brainTI.AB OR cerebr*TI.AB OR hemisph*TI.AB OR intracranialTI.AB OR mcaTI.AB OR anterior circulat*TI.AB) AND (ischemi*TI.AB OR infarct*TI.AB OR emboli*TI.AB OR thrombo*TI.AB OR occlus*TI.AB OR hypoxi*TI.AB OR apople*TI.AB
2	Intervención	"decompression, surgical"/ OR "neurosurgical procedures"/ OR "craniotomy"/ OR "trephining"/) OR (decompress*TI.AB OR craniectom*TI.AB OR craniotom*TI.AB OR hemicraniect*TI.AB OR trepa*TI.AB OR treph*TI.AB) OR (hippocampectom*TI.AB OR lobectom*TI.AB OR strokectom*TI.AB
3	Comparador	Se seleccionó manualmente
4	Tipo de estudio	Revisión sistemática o Meta-análisis
5	Desenlace	Mortalidad, discapacidad, calidad de vida, eventos adversos
	Término final	#1 AND #2

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas** para la pregunta PICO N° 8:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Back L, Nagaraja V, Kapur A, Eslick GD. Role of decompressive hemicraniectomy in extensive middle cerebral artery strokes: a meta-analysis of randomised trials. <i>Intern Med J.</i> 2015 Jul; 45(7):711–7 (1)	RS	Baja calidad post evaluación AMSTAR II
Green TL, Newcommon N, Demchuk A. Quality of life and caregiver outcomes following decompressive hemicraniectomy for severe stroke: a narrative literature review. <i>Can J Neurosci Nurs.</i> 2010;32(2):24–33 (2)	RS	No posee desenlaces de interés
Güresir E, Schuss P, Seifert V, Vatter H. Decompressive Craniectomy in Children. <i>Neurosurgery.</i> 2012 Apr;70(4):881–9 (3)	RS	La población fue pediátrica
Hofmeijer J, Kappelle LJ, Algra A, Amelink GJ, van Gijn J, van der Worp HB, et al. Surgical decompression for space-occupying cerebral infarction (the Hemicraniectomy After Middle Cerebral Artery infarction with Life-threatening Edema Trial [HAMLET]): a multicentre, open, randomised trial. <i>Lancet Neurol.</i> 2009 Apr;8(4):326–33 (4)	ECA	No se trataba de una RS
Li Y-P, Hou M-Z, Lu G-Y, Ciccone N, Wang X-D, Dong L, et al. Neurologic Functional Outcomes of Decompressive Hemicraniectomy Versus Conventional Treatment for Malignant Middle Cerebral Artery Infarction: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>World Neurosurg.</i> 2017 Mar;99:709–725.e3 (5)	RS	No posee desenlaces de interés. Baja calidad post evaluación AMSTAR II
Lu X, Huang B, Zheng J, Tao Y, Yu W, Tang L, et al. Decompressive craniectomy for the treatment of malignant infarction of the middle cerebral artery. <i>Sci Rep.</i> 2015 May 17;4(1):7070 (6)	RS	Baja calidad post evaluación AMSTAR II
Omay SB, Carrión-Grant GM, Kuzmik GA, Fu M, Grant R, Schindler JL, et al. Decompressive hemicraniectomy for ischemic stroke in the pediatric population. <i>Neurosurg Rev.</i> 2013 Jan 11;36(1):21–5 (7)	Revisión	No se trataba de una RS
Qureshi AI, Ishfaq MF, Rahman HA, Thomas AP. Hemicraniectomy versus Conservative Treatment in Large Hemispheric Ischemic Stroke Patients: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. <i>J Stroke Cerebrovasc Dis.</i> 2016 Sep;25(9):2209–14 (8)	RS	No posee desenlaces de interés. Baja calidad post evaluación AMSTAR II
Sahuquillo J, Arikan F. Decompressive craniectomy for the treatment of refractory high intracranial pressure in traumatic brain injury. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2006 Jan 25;(1):CD003983 (9)	RS	Publicado en el año 2006
Shah S, Murthy SB, Whitehead WE, Jea A, Nassif LM. Decompressive Hemicraniectomy in Pediatric Patients with Malignant Middle Cerebral Artery Infarction: Case Series and Review of the Literature. <i>World Neurosurg.</i> 2013 Jul;80(1–2):126–33 (10)	Serie de casos	No se trataba de una RS
van Middelaar T, Nederkoorn PJ, van der Worp HB, Stam J, Richard E. Quality of Life after Surgical Decompression for Space-	RS	No posee desenlaces de

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Occupying Middle Cerebral Artery Infarction: Systematic Review. <i>Int J Stroke</i> . 2015 Feb 15;10(2):170–6 (11)		interés. Baja calidad post evaluación AMSTAR II
Yang M-H, Lin H-Y, Fu J, Roodrajeetsing G, Shi S-L, Xiao S-W. Decompressive hemicraniectomy in patients with malignant middle cerebral artery infarction: A systematic review and meta-analysis. <i>Surg</i> . 2015 Aug;13(4):230–40 (12)	RS	Baja calidad post evaluación AMSTAR II
Yao Z, Ma L, You C, He M. Decompressive Craniectomy for Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>World Neurosurg</i> . 2018 Feb;110:121–8 (13)	RS	La población no fue pacientes con ACV isquémico, sino con ACV hemorrágico
Ye Z, Ai X, Hu X, Fang F, You C. Comparison of neuroendoscopic surgery and craniotomy for supratentorial hypertensive intracerebral hemorrhage. <i>Medicine (Baltimore)</i> . 2017 Sep;96(35):e7876 (14)	RS	No posee desenlaces de interés
Zweckberger K, Juettler E, Bösel J, Unterberg WA. Surgical Aspects of Decompression Craniectomy in Malignant Stroke: Review. <i>Cerebrovasc Dis</i> . 2014;38(5):313–23 (15)	Revisión	No se trataba de una RS
Wang J-W, Li J-P, Song Y-L, Tan K, Wang Y, Li T, et al. Stereotactic Aspiration versus Craniotomy for Primary Intracerebral Hemorrhage: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Janigro D, editor. <i>PLoS One</i> . 2014 Sep 19;9(9):e107614 (16)	RS	No posee desenlaces de interés

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas** para la pregunta PICO N° 8:

Estudios	Diseño
Alexander P, Heels-Ansdell D, Siemieniuk R, Bhatnagar N, Chang Y, Fei Y, et al. Hemicraniectomy versus medical treatment with large MCA infarct: a review and meta-analysis. <i>BMJ Open</i> . 2016 Nov 24; 6(11):e014390 (17)	RS

**Pregunta 8:** En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la rehabilitación del paciente con ataque cerebrovascular isquémico de origen arterial durante los primeros 15 días posteriores al inicio de los síntomas?

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 5 preguntas PICO, cuyas características se resumen a continuación:

N°	Pregunta PICO (criterios de elegibilidad de los estudios)	Tipo de estudio	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada base de datos	Número de citas evaluadas a texto completo/ Número de estudios incluidos
8.1	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> uso sistemático de SNG / uso restrictivo <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 369</li> <li>• CENTRAL: 74</li> </ul> Citaciones después de excluir duplicados: 411	1/1
8.2	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> complementos nutricionales / no uso <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 369</li> <li>• CENTRAL: 74</li> </ul> Citaciones después de excluir duplicados: 411	1/1
8.3	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> terapia lenguaje y habla / no uso <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 369</li> <li>• CENTRAL: 74</li> </ul> Citaciones después de excluir duplicados: 411	2/1
8.4	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> manejo de la disfagia/ no uso <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 369</li> <li>• CENTRAL: 74</li> </ul> Citaciones después de excluir duplicados: 411	4/1
8.5	<b>P:</b> Pacientes con ACV <b>I/C:</b> inicio de la rehabilitación/ no uso <b>O:</b> Desenlaces priorizados	RS de ECA	Enero 2014 a marzo 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDLINE: 369</li> <li>• CENTRAL: 74</li> </ul> Citaciones después de excluir duplicados: 411	2/2

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citas evaluadas:

Estrategia de búsqueda para la pregunta **Pregunta 8:**



Base de datos: Medline		
Fecha de búsqueda: marzo 2018		
Filtros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication dates: From: 2010/01/01</li> <li>• RS</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	Search (((((((stroke[MeSH Terms]) OR acute strokes[MeSH Terms]) OR acute stroke[MeSH Terms]) OR Brain ischemia[MeSH Major Topic])) NOT (((((((rodent[MeSH Terms]) OR animal model[MeSH Terms]) OR animal models[MeSH Terms]) OR animal model[Title/Abstract]) OR animal models[Title/Abstract]) OR neonatal[Title/Abstract]) OR newborn[Title/Abstract]) OR infant[Title/Abstract])))
#2	Intervención	(((((((Rehabilitation[MeSH Terms]) OR Motor Activity[MeSH Terms]) OR Aphasia[MeSH Terms]) OR dysphagia[MeSH Terms]) OR nutritional support[MeSH Terms]) OR physical therapy specialty[MeSH Terms]) OR Send to: Physical Therapy Modalities[MeSH Terms]) OR Speech Therapy[MeSH Terms]) OR Early Ambulation[MeSH Terms]) AND Therapeutics[MeSH Terms]
#3	Tipo de estudio	((systematic review[Publication Type]) OR (meta-analysis[Publication Type]))
#4	Desenlace	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Discapacidad según escala modificada de Rankin</li> <li>• Efectos adversos</li> </ul>
#5	Término final	#1 AND #2 AND #3

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas** para la pregunta 8:

Estudios	Diseño	Pregunta PICO Nº	Razón por la cual se excluyó
Gomes F, Hookway C, Weekes CE. Royal college of physicians intercollegiate stroke working party evidence-based guidelines for the nutritional support of patients who have had a stroke. <i>Journal of human nutrition and dietetics : the official journal of the British Dietetic Association</i> . 2014;27:107-121	Guía clínica	8.2	
Stephens M. The effectiveness of speech and language therapy for poststroke aphasia. <i>Am J Nurs</i> . 2017;117:19	Review	8.3	Resumen de recomendaciones Cochrane
Liao X, Xing G, Guo Z, Jin Y, Tang Q, He B, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation as an alternative therapy for dysphagia after stroke: A systematic review and meta-analysis. <i>Clinical rehabilitation</i> . 2017;31:289-298	RS	8.4	Terapia no considerada como prioritaria
Chen YW, Chang KH, Chen HC, Liang WM, Wang YH, Lin YN. The effects of surface neuromuscular electrical stimulation on post-stroke dysphagia: A systemic review and meta-analysis. <i>Clinical rehabilitation</i> . 2016;30:24-35	RS	8.4	Terapia no considerada como prioritaria

<b>Estudios</b>	<b>Diseño</b>	<b>Pregunta PICO Nº</b>	<b>Razón por la cual se excluyó</b>
Yang SN, Pyun SB, Kim HJ, Ahn HS, Rhyu BJ. Effectiveness of non-invasive brain stimulation in dysphagia subsequent to stroke: A systemic review and meta-analysis. <i>Dysphagia</i> . 2015;30:383-391	RS	8.4	Terapia no considerada como prioritaria

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas** para la pregunta 8:

<b>Estudios</b>	<b>Diseño</b>	<b>Pregunta PICO Nº</b>
The FOOD Trial Collaboration. Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (food): A multicentre randomised controlled trial. <i>The Lancet</i> . 2005;365:764-772	ECA	8.1
Kelly H, Brady MC, Enderby P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> . 2010:Cd000425	RS	8.3
Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PM. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> . 2012;10:Cd000323	RS	8.2 y 8.4
Lynch E, Hillier S, Cadilhac D. When should physical rehabilitation commence after stroke: A systematic review. <i>International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society</i> . 2014;9:468-478	RS	8.5
Li Z, Zhang X, Wang K, Wen J. Effects of early mobilization after acute stroke: A meta-analysis of randomized control trials. <i>Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association</i> . 2018;27:1326-1337	RS	8.5

**Anexo N° 3: Tablas de evaluación del riesgo de sesgo en los estudios**

**Pregunta 1: En pacientes con déficit neurológico focal ¿Cuál es/son la(s) escala(s) más efectivas para establecer la sospecha inicial de ACVi?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

Ítems del instrumento	Rudd (2015)
1. Si la pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyen los componentes PICO	X
2. Diseño a priori y justificación a alguna desviación del protocolo	X
3. Explicación de la selección de los diseños para la inclusión en la revisión	X
4. Utilización de una estrategia de búsqueda bibliográfica comprensiva	
5. Se realizó una selección de estudios duplicados	X
6. Se realizó una extracción de data duplicada	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y la justificación	
8. Descripción de estudios incluidos en detalle	
9. Uso de técnica satisfactoria para evaluación de sesgos de los estudios individuales seleccionados	
10. Reporte del origen de los financiamientos de los estudios incluidos	X
11. Uso de métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados	
12. Evaluación del potencial impacto del riesgo de los sesgos de estudios individuales en los resultados del meta-análisis	
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados;	
14. Explicación satisfactoria y discusión de alguna heterogeneidad observada en los resultados	
15. Evaluación adecuada de los sesgos de publicación y discusión del probable impacto en los resultados	
16. Declaración de conflicto de intereses	X
<b>Puntaje</b>	<b>7</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Bajo</b>

Evaluación de las estudios primarios\* de test diagnóstico con el instrumento -Quadas-2

estudio	selección de individuos				prueba indice			prueba de referencia			flujos y tiempos			aplicabilidad			
	Pctes correlativos o muestra	Diseño caso control evitado	Exclusiones evitadas	Sesgo	Ciego a los resultados de la prueba de referencia	Se preespecificó un umbral	Sesgo	Es un buen GS Q4	Ciego a los resultados de prueba indice	Sesgo	Intervalo entre prueba de referencia y la prueba de referencia	Todos recibieron y la prueba de referencia	Todos los pacientes incluidos	seguimiento	Aplicabilidad en selección de individuos	Aplicabilidad de la prueba indice	Aplicabilidad de la prueba de referencia
Nor (Prospectivo) 2005	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Bray 2005	NO	SI	NO	SI	IN	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Asimos 2014(retróspectivo)	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Mingfeng 2012	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	IN	NO	SI	SI	SI	SI
Frendl 2009	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Studneck 2013(retróspectivo)	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	IN	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Bray 2010 (transversal)	SI	NO	NO	SI	IN	IN	SI	IN	IN	SI	IN	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Ramanujam 2008 (retrospectivo)	SI	SI	SI	NO	IN	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Kidwell 2000(Prospectivo)	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Mohd 2004 (Prospectivo)	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Harbison 2003(Prospectivo)	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	IN	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
Whiteley 2011 (Transversal)	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Fothergill 2013(Prospectivo)	SI	SI	SI	NO	IN	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Purrucker 2014 (Retrospectivo)	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Mao 2016 (Prospectivo)	SI	SI	SI	NO	IN	SI	SI	SI	IN	SI	IN	SI	SI	SI	SI	SI	SI
English 2017 (Retrospectivo)	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	IN	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Chenkin 2009 (Retrospectivo)	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	IN	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Chen 2009 (Prospectivo)	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI

\*En esta tabla se incluye tanto los estudios aportados por la RS de Rudd (2016) como los que se seleccionaron en la actualización.

**Pregunta 2: En pacientes con sospecha del diagnóstico de ACVi ¿Cuáles son los estudios de imágenes más útiles para confirmar la presencia de enfermedad en pacientes mayores de 18 años?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

<b>Ítems del instrumento</b>	<b>Brazzelli (2009)</b>	<b>Biesbroek (2013)</b>
1. Si la pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyen los componentes PICO	X	X
2. Diseño a priori y justificación a alguna desviación del protocolo	X	X
3. Explicación de la selección de los diseños para la inclusión en la revisión	X	X
4. Utilización de una estrategia de búsqueda bibliográfica comprensiva	X	X
5. Se realizó una selección de estudios duplicados	X	X
6. Se realizó una extracción de data duplicada	X	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y la justificación		
8. Descripción de estudios incluidos en detalle	X	X
9. Uso de técnica satisfactoria para evaluación de sesgos de los estudios individuales seleccionados	X	X
10. Reporte del origen de los financiamientos de los estudios incluidos		
11. Uso de métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados	X	X
12. Evaluación del potencial impacto del riesgo de los sesgos de estudios individuales en los resultados del metaanálisis	X	X
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados;	X	X
14. Explicación satisfactoria y discusión de alguna heterogeneidad observada en los resultados	X	
15. Evaluación adecuada de los sesgos de publicación y discusión del probable impacto en los resultados	X	X
16. Declaración de conflicto de intereses	X	X
<b>Puntaje</b>	<b>14</b>	<b>13</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>

**Pregunta 3: En pacientes con ACVi ¿Cuál son las escalas más útiles para evaluar la severidad del ataque cerebrovascular isquémico?**

Evaluación de las cohortes con el instrumento NCO:

Ítems del instrumento	Cooray (2015)	Mansour (2014)
Representatividad de la cohorte expuesta	SI	NO
Selección de la cohorte no expuesta	SI	SI
Determinación de la exposición	SI	SI
Demostración de que el resultado de interés no estuvo presente al inicio del estudio	SI	SI
Comparabilidad de cohortes sobre la base del diseño o análisis	NO	NO
Evaluación del resultado	SI	SI
¿El seguimiento fue suficiente para que ocurrieran los resultados?	SI	SI
Adecuación del seguimiento de las cohortes	SI	NO
<b>Confianza General</b>	<b>Buena</b>	<b>moderada</b>

**Pregunta 4: En pacientes con ACVi ¿cuál es la terapia de reperfusión arterial más efectiva y segura?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

Ítems del instrumento	Wardlaw et al. (2015)	Lambrinos et al. (2016)
1. Si la pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyen los componentes PICO	X	X
2. Diseño a priori y justificación a alguna desviación del protocolo	X	X
3. Explicación de la selección de los diseños para la inclusión en la revisión	X	X
4. Utilización de una estrategia de búsqueda bibliográfica comprensiva	X	X
5. Se realizó una selección de estudios duplicados	X	X
6. Se realizó una extracción de data duplicada	X	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y la justificación		
8. Descripción de estudios incluidos en detalle	X	X
9. Uso de técnica satisfactoria para evaluación de sesgos de los estudios individuales seleccionados	X	X
10. Reporte del origen de los financiamientos de los estudios incluidos		
11. Uso de métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados	X	X
12. Evaluación del potencial impacto del riesgo de los sesgos de estudios individuales en los resultados del metaanálisis	X	X
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados;		
14. Explicación satisfactoria y discusión de alguna heterogeneidad observada en los resultados	X	X
15. Evaluación adecuada de los sesgos de publicación y discusión del probable impacto en los resultados	X	X
16. Declaración de conflicto de intereses	X	X
<b>Puntaje</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
<b>Confianza</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>

Evaluación de las ECA con el instrumento para evaluar riesgo de sesgo de Cochrane:

Tipo de sesgo	Ítems del instrumento	Albers et al (2018)	Nogueira et al (2017)
Sesgo de selección	Generación de la secuencia de aleatorización	bajo riesgo	bajo riesgo
	Ocultamiento de la asignación	poco claro	poco claro
Sesgo de realización	Cegamiento de los participantes y del personal	Alto riesgo	alto riesgo
Sesgo de detección	Cegamiento de los evaluadores del resultado	bajo riesgo	alto riesgo
Sesgo de desgaste	Manejo de los datos de resultado incompletos	bajo riesgo	alto riesgo
Sesgo de notificación	Notificación selectiva de resultados	bajo riesgo	Bajo riesgo
Otros sesgos	Otros sesgos	bajo riesgo	alto riesgo

**Pregunta 5: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son los tratamientos diferentes a la reperfusión (prevención secundaria) más efectivos y seguros?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

Ítems del instrumento	Ciccone (2013)	Bath (2014)	Geeganage (2008)	Bellolio (2014)	Den Hertog (2009)	Sandercoc k (2014)	Liu (2016)	Sandercoc k (2015)	Berge (2002)	Ni Chroinin (2013)	Squizzia to (2011)
1. Si la pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyen los componentes PICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Diseño a priori y justificación a alguna desviación del protocolo	X	X	X	X	X	X	X	-	X	-	X
3. Explicación de la selección de los diseños para la inclusión en la revisión	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4. Utilización de una estrategia de búsqueda bibliográfica comprensiva	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5. Se realizó una selección de estudios duplicados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6. Se realizó una extracción de data duplicada	X	-	X	X	X	X	X	X	X	-	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y la justificación	X	X	X	X	X	X	-	X	X	-	X
8. Descripción de estudios incluidos en detalle	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9. Uso de técnica satisfactoria para evaluación de sesgos de los estudios individuales seleccionados	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	X
10. Reporte del origen de los financiamientos de los estudios incluidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Uso de métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12. Evaluación del potencial impacto del riesgo de los sesgos de estudios individuales en los resultados del meta-análisis	X	-	-	X	-	-	X	X	-	-	X
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados;	X	X	-	X	-	-	-	X	-	-	X
14. Explicación satisfactoria y discusión de alguna heterogeneidad observada en los resultados	X	X	-	X	X	X	X	X	-	-	X
15. Evaluación adecuada de los sesgos de publicación y discusión del probable impacto en los resultados	X	-	-	X	-	X	X	X	-	X	X
16. Declaración de conflicto de intereses	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Puntaje</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>15</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Alta</b>	<b>moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Alta</b>	<b>Moderada</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Alta</b>



**Pregunta 6: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la neuro protección del paciente con ECV agudo?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

Ítems del instrumento	Shi (2016)	Bereckzi (2007)	Chang (2014)	Wang (2016)
1. Si la pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyen los componentes PICO	X	X	X	X
2. Diseño a priori y justificación a alguna desviación del protocolo	X	X	X	X
3. Explicación de la selección de los diseños para la inclusión en la revisión	X	X	X	X
4. Utilización de una estrategia de búsqueda bibliográfica comprensiva		X	X	
5. Se realizó una selección de estudios duplicados	X	X	X	X
6. Se realizó una extracción de data duplicada	X		X	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y la justificación		X	X	
8. Descripción de estudios incluidos en detalle	X	X	X	X
9. Uso de técnica satisfactoria para evaluación de sesgos de los estudios individuales seleccionados	X	X	X	X
10. Reporte del origen de los financiamientos de los estudios incluidos				
11. Uso de métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados	X	X	X	X
12. Evaluación del potencial impacto del riesgo de los sesgos de estudios individuales en los resultados del metaanálisis	X	X	X	X
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados;		X	X	
14. Explicación satisfactoria y discusión de alguna heterogeneidad observada en los resultados	X	X	X	X
15. Evaluación adecuada de los sesgos de publicación y discusión del probable impacto en los resultados	X	X	X	X
16. Declaración de conflicto de intereses		X	X	
<b>Puntaje</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>11</b>
<b>Confianza General</b>	<b>moderada</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>	<b>moderada</b>

Evaluación de las ECA con el instrumento para evaluar riesgo de sesgo de Cochrane:

<b>Tipo de sesgo</b>	<b>Ítems del instrumento</b>	<b>Saver (2015)</b>
Sesgo de selección	Generación de la secuencia de aleatorización	bajo riesgo
	Ocultamiento de la asignación	claro
Sesgo de realización	Cegamiento de los participantes y del personal	bajo riesgo
Sesgo de detección	Cegamiento de los evaluadores del resultado	bajo riesgo
Sesgo de desgaste	Manejo de los datos de resultado incompletos	alto riesgo
Sesgo de notificación	Notificación selectiva de resultados	bajo riesgo
Otros sesgos	Otros sesgos	bajo riesgo

**Pregunta 7: En pacientes con ACVi extenso o maligno ¿es eficaz y seguro la intervención quirúrgica (craneotomía o hemicraniectomía) frente al tratamiento estándar?**

Evaluación AMSTAR de la RS incluida:

<b>Ítems del instrumento</b>	<b>Alexander (2017)</b>
1. Si la pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyen los componentes PICO	X
2. Diseño a priori y justificación a alguna desviación del protocolo	-
3. Explicación de la selección de los diseños para la inclusión en la revisión	X
4. Utilización de una estrategia de búsqueda bibliográfica comprensiva	X
5. Se realizó una selección de estudios duplicados	X
6. Se realizó una extracción de data duplicada	X
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y la justificación	X
8. Descripción de estudios incluidos en detalle	X
9. Uso de técnica satisfactoria para evaluación de sesgos de los estudios individuales seleccionados	X
10. Reporte del origen de los financiamientos de los estudios incluidos	X
11. Uso de métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados	X
12. Evaluación del potencial impacto del riesgo de los sesgos de estudios individuales en los resultados del meta-análisis	X
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados;	X
14. Explicación satisfactoria y discusión de alguna heterogeneidad observada en los resultados	X
15. Evaluación adecuada de los sesgos de publicación y discusión del probable impacto en los resultados	X
16. Declaración de conflicto de intereses	X
<b>Puntaje</b>	<b>15</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Alta</b>

**Pregunta 8: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la rehabilitación del paciente con ataque cerebrovascular isquémico de origen arterial durante los primeros 15 días posteriores al inicio de los síntomas?**

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2:

Ítems del instrumento	Geegan age (2012)	Brady (2010)	Lynch (2014)	Li (2018)
1. Si la pregunta de investigación y los criterios de inclusión incluyen los componentes PICO	X	X	X	X
2. Diseño a priori y justificación a alguna desviación del protocolo	X	X	X	X
3. Explicación de la selección de los diseños para la inclusión en la revisión	X	X	X	X
4. Utilización de una estrategia de búsqueda bibliográfica comprensiva	X	X	X	X
5. Se realizó una selección de estudios duplicados	X	X	X	X
6. Se realizó una extracción de data duplicada				
7. Se proporcionó una lista de estudios excluidos y la justificación	X	X		
8. Descripción de estudios incluidos en detalle	X	X	X	X
9. Uso de técnica satisfactoria para evaluación de sesgos de los estudios individuales seleccionados	X	X	X	X
10. Reporte del origen de los financiamientos de los estudios incluidos	X	X		X
11. Uso de métodos estadísticos apropiados para la combinación de resultados	X	X	X	X
12. Evaluación del potencial impacto del riesgo de los sesgos de estudios individuales en los resultados del metaanálisis	X	X	X	X
13. Se tomó en cuenta el riesgo de sesgo de los estudios individuales cuando se interpretó o discutió los resultados;	X	X	X	X
14. Explicación satisfactoria y discusión de alguna heterogeneidad observada en los resultados	X	X	X	X
15. Evaluación adecuada de los sesgos de publicación y discusión del probable impacto en los resultados	X	X	X	X
16. Declaración de conflicto de intereses	X	X		X
<b>Puntaje</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>14</b>
<b>Confianza General</b>	<b>Alta</b>	<b>Alta</b>	<b>Moderada</b>	<b>Alta</b>

Evaluación de las ECA con el instrumento para evaluar riesgo de sesgo de Cochrane:

<b>Tipo de sesgo</b>	<b>Ítems del instrumento</b>	<b>Food (2005)</b>
Sesgo de selección	Generación de la secuencia de aleatorización	bajo riesgo
	Ocultamiento de la asignación	claro
Sesgo de realización	Cegamiento de los participantes y del personal	bajo riesgo
Sesgo de detección	Cegamiento de los evaluadores del resultado	bajo riesgo
Sesgo de desgaste	Manejo de los datos de resultado incompletos	bajo riesgo
Sesgo de notificación	Notificación selectiva de resultados	bajo riesgo
Otros sesgos	Otros sesgos	bajo riesgo

**Anexo N° 4: Tablas de perfil de evidencias de GRADE**

**Pregunta 1: En pacientes con déficit neurológico focal ¿Cuál es/son la(s) escala(s) más efectivas para establecer la sospecha inicial de ACVi?**

Autor(es): Carlos Alva Díaz y Oscar Rivera

PICO 1.1: ¿Debería usarse LAPPS vs. diagnóstico de alta para diagnosticar ACV en adultos mayores de 18 años?

Bibliografía: Elaboración propia

LAPPS		diagnóstico de alta		Prevalencias				Effect per 1.000 patients tested						Test accuracy CoE	
Sensibilidad	0.70 (95% CI: 0.60 a 0.78)	Sensibilidad	-- (95% CI: -- a --)	6.5%		5.7%		probabilidad pre-test de 6.5%		probabilidad pre-test de 5.7%		probabilidad pre-test de 19.9%			
Especificidad	0.89 (95% CI: 0.77 a 0.95)	Especificidad	-- (95% CI: -- a --)	LAPPS		diagnóstico de alta		LAPPS		diagnóstico de alta		LAPPS			diagnóstico de alta
Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested						Test accuracy CoE	
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	de 6.5%		de 5.7%		de 19.9%			
<b>verdaderos positivos</b> (pacientes con )	9 Estudios 4379 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	46 (39 a 51)	0 (0 a 0)	40 (34 a 44)	0 (0 a 0)	139 (119 a 155)	0 (0 a 0)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
<b>Falsos negativos</b>							<b>46 más TP en LAPPS</b>		<b>40 más TP en LAPPS</b>		<b>139 más TP en LAPPS</b>				
							19 (14 a 26)	65 (65 a 65)	17 (13 a 23)	57 (57 a 57)	60 (44 a 80)	199 (199 a 199)			

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested						Test accuracy CoE
								probabilidad pre-test de 6.5%		probabilidad pre-test de 5.7%		probabilidad pre-test de 19.9%		
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	LAPPS	diagnóstico de alta	LAPPS	diagnóstico de alta	LAPPS	diagnóstico de alta	
(pacientes incorrectamente clasificados de no tener)														
<b>Verdaderos negativos</b> (pacientes sin)	9 Estudios 4379 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	no es serio <sup>c</sup>	ninguno	832 (720 a 888)	0 (0 a 0)	839 (726 a 896)	0 (0 a 0)	713 (617 a 761)	0 (0 a 0)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
							<b>832 más TN en LAPPS</b>		<b>839 más TN en LAPPS</b>		<b>713 más TN en LAPPS</b>			
<b>Falsos positivos</b> (pacientes clasificados incorrectamente como)							103 (47 a 215)	935 (935 a 935)	104 (47 a 217)	943 (943 a 943)	88 (40 a 184)	801 (801 a 801)		
							<b>832 menos FP en LAPPS</b>		<b>839 menos FP en LAPPS</b>		<b>713 menos FP en LAPPS</b>			

Explicaciones

a. Algunas limitaciones en cuanto a riesgo de sesgo de selección y de detección (por las pruebas índices o el estándar de referencia)

b. Heterogeneidad en estudios observacionales > 70%

c. El IC95% de la sensibilidad atraviesa el punto de imprecisión de 70%

Autor(es): Carlos Alva Diaz y Oscar Rivera

PICO 1.2: ¿Debería usarse CPSS vs. diagnóstico al alta para diagnosticar ACV en pacientes mayores a 18 años?

Bibliografía: Elaboración propia

CPSS		diagnóstico al alta	
Sensibilidad	0.82 (95% CI: 0.73 a 0.88)	Sensibilidad	-- (95% CI: -- a --)
Especificidad	0.58 (95% CI: 0.45 a 0.70)	Especificidad	-- (95% CI: -- a --)

Prevalencias	5.7%	6.5%	19.9%
--------------	------	------	-------

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested						Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 5.7%		probabilidad pre-test de 6.5%		probabilidad pre-test de 19.9%		
								CPSS	diagnóstico al alta	CPSS	diagnóstico al alta	CPSS	diagnóstico al alta	
<b>verdaderos positivos</b> (pacientes con )	10 Estudios 4575 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	47 (42 a 50)	0 (0 a 0)	53 (47 a 57)	0 (0 a 0)	163 (145 a 175)	0 (0 a 0)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>47 más TP en CPSS</b>								<b>53 más TP en CPSS</b>		<b>163 más TP en CPSS</b>				
10 (7 a 15)								57 (57 a 57)	12 (8 a 18)	65 (65 a 65)	36 (24 a 54)	199 (199 a 199)		
<b>47 menos FN en CPSS</b>								<b>53 menos FN en CPSS</b>		<b>163 menos FN en CPSS</b>				
<b>Falsos negativos</b> (pacientes incorrectamente clasificados de no tener )														
<b>Verdaderos negativos</b> (pacientes sin )	10 Estudios	corte transversal (estudio)	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	547 (424 a 660)	0 (0 a 0)	542 (421 a 655)	0 (0 a 0)	465 (360 a 561)	0 (0 a 0)	



Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes )	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested						Test accuracy CoE
								probabilidad pre-test de 5.7%		probabilidad pre-test de 6.5%		probabilidad pre-test de 19.9%		
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	CPSS	diagnóstico al alta	CPSS	diagnóstico al alta	CPSS	diagnóstico al alta	
	4575 pacientes	preciso de tipo cohorte)												⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>Falsos positivos</b> (pacientes clasificados incorrectamente como )														

Explicaciones

- a. Algunas limitaciones en cuanto a riesgo de sesgo de selección y de detección (por las pruebas índices o el estándar de referencia)
- b. Heterogeneidad en estudios observacionales > 70%
- c. El IC95% de la sensibilidad atraviesa el punto de imprecisión de 70%

Autor(es): Carlos Alva Diaz

PICO 1.3: ¿Debería usarse FAST vs. diagnóstico al alta para diagnosticar ACV en pacientes mayores de 18 años?

Bibliografía: Elaboración propia

FAST		diagnóstico al alta	
Sensibilidad	0.85 (95% CI: 0.79 a 0.89)	Sensibilidad	-- (95% CI: -- a --)
Especificidad	0.49 (95% CI: 0.25 a 0.74)	Especificidad	-- (95% CI: -- a --)

Prevalencias	5.7%	6.5%	19.9%
--------------	------	------	-------

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested						Test accuracy CoE
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 5.7%		probabilidad pre-test de 6.5%		probabilidad pre-test de 19.9%		
								FAST	diagnóstico al alta	FAST	diagnóstico al alta	FAST	diagnóstico al alta	
<b>verdaderos positivos</b> (pacientes con )	8 Estudios 2605 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	48 (45 a 51)	0 (0 a 0)	55 (51 a 58)	0 (0 a 0)	169 (157 a 177)	0 (0 a 0)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>48 más TP en FAST</b>								<b>55 más TP en FAST</b>		<b>169 más TP en FAST</b>				
9 (6 a 12)								57 (57 a 57)	10 (7 a 14)	65 (65 a 65)	30 (22 a 42)	199 (199 a 199)		
<b>48 menos FN en FAST</b>								<b>55 menos FN en FAST</b>		<b>169 menos FN en FAST</b>				
<b>Falsos negativos</b> (pacientes incorrectamente clasificados de no tener )	8 Estudios 2605 pacientes	corte transversal (estudio)	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	462 (236 a 698)	0 (0 a 0)	458 (234 a 692)	0 (0 a 0)	392 (200 a 593)	0 (0 a 0)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>48 menos FN en FAST</b>								<b>55 menos FN en FAST</b>		<b>169 menos FN en FAST</b>				
<b>48 menos FN en FAST</b>								<b>55 menos FN en FAST</b>		<b>169 menos FN en FAST</b>				
<b>48 menos FN en FAST</b>								<b>55 menos FN en FAST</b>		<b>169 menos FN en FAST</b>				
<b>Verdaderos negativos</b> (pacientes sin )	8 Estudios 2605 pacientes	corte transversal (estudio)	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	462 (236 a 698)	0 (0 a 0)	458 (234 a 692)	0 (0 a 0)	392 (200 a 593)	0 (0 a 0)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>48 menos FN en FAST</b>								<b>55 menos FN en FAST</b>		<b>169 menos FN en FAST</b>				
<b>48 menos FN en FAST</b>								<b>55 menos FN en FAST</b>		<b>169 menos FN en FAST</b>				
<b>48 menos FN en FAST</b>								<b>55 menos FN en FAST</b>		<b>169 menos FN en FAST</b>				

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes )	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested						Test accuracy CoE
								probabilidad pre-test de 5.7%		probabilidad pre-test de 6.5%		probabilidad pre-test de 19.9%		
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	FAST	diagnóstico al alta	FAST	diagnóstico al alta	FAST	diagnóstico al alta	
		preciso de tipo cohorte)												
<b>Falsos positivos</b> (pacientes clasificados incorrectamente como )														
							<b>462 más TN en FAST</b>		<b>458 más TN en FAST</b>		<b>392 más TN en FAST</b>			
							481 (245 a 707)	943 (943 a 943)	477 (243 a 701)	935 (935 a 935)	409 (208 a 601)	801 (801 a 801)		
							<b>462 menos FP en FAST</b>		<b>458 menos FP en FAST</b>		<b>392 menos FP en FAST</b>			

Explicaciones

- a. Algunas limitaciones en cuanto a riesgo de sesgo de selección y de detección (por las pruebas índices o el estándar de referencia)
- b. Heterogeneidad en estudios observacionales > 70%
- c. El IC95% de la sensibilidad atraviesa el punto de imprecisión de 70%

Autor(es): Carlos Alva Diaz

PICO 1.4: ¿Debería usarse OPSS vs. diagnóstico al alta para diagnosticar ACV en pacientes mayores de 18 años?

Bibliografía: Elaboración propia

OPSS		diagnóstico al alta	
Sensibilidad	0.89 (95% CI: 0.85 a 0.92)	Sensibilidad	-- (95% CI: -- a --)
Especificidad	0.80 (95% CI: 0.63 a 0.90)	Especificidad	-- (95% CI: -- a --)

Prevalencias	5.7%	6.5%	19.9%
--------------	------	------	-------

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested						Test accuracy CoE
								probabilidad pre-test de 5.7%		probabilidad pre-test de 6.5%		probabilidad pre-test de 19.9%		
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	OPSS	diagnóstico al alta	OPSS	diagnóstico al alta	OPSS	diagnóstico al alta	
<b>verdaderos positivos</b> (pacientes con )	1 Estudios 325 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	no es serio	ninguno	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>0 menos TP en OPSS</b>								<b>0 menos TP en OPSS</b>		<b>0 menos TP en OPSS</b>				
0 (0 a 0)								0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)		
<b>0 menos FN en OPSS</b>								<b>0 menos FN en OPSS</b>		<b>0 menos FN en OPSS</b>				
<b>Falsos negativos</b> (pacientes incorrectamente clasificados de no tener )		corte transversal	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested						Test accuracy CoE
								probabilidad pre-test de 5.7%		probabilidad pre-test de 6.5%		probabilidad pre-test de 19.9%		
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	OPSS	diagnóstico al alta	OPSS	diagnóstico al alta	OPSS	diagnóstico al alta	
<b>Verdaderos negativos</b> (pacientes sin)	1 Estudios 325 pacientes	(estudio preciso de tipo cohorte)												⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>Falsos positivos</b> (pacientes clasificados incorrectamente como)			0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)						
<b>0 menos TN en OPSS</b>			<b>0 menos TN en OPSS</b>	<b>0 menos TN en OPSS</b>	<b>0 menos TN en OPSS</b>	<b>0 menos TN en OPSS</b>	<b>0 menos TN en OPSS</b>							
						<b>0 menos FP en OPSS</b>	<b>0 menos FP en OPSS</b>	<b>0 menos FP en OPSS</b>	<b>0 menos FP en OPSS</b>	<b>0 menos FP en OPSS</b>	<b>0 menos FP en OPSS</b>			

Explicaciones

- a. Algunas limitaciones en cuanto a riesgo de sesgo de selección y de detección (por las pruebas índices o el estándar de referencia)
- b. Heterogeneidad en estudios observacionales > 70%
- c. El IC95% de la sensibilidad atraviesa el punto de imprecisión de 70%

**Pregunta 2: En pacientes con sospecha del diagnóstico de ACVi ¿Cuáles son los estudios de imágenes más útiles para confirmar la presencia de enfermedad en pacientes mayores de 18 años?**

**Pregunta 2.1 :** Debería usarse Resonancia Magnética Cerebral para diagnosticar ACV en Adultos con sospecha de ACV?

Sensibilidad	0.99 (95% CI: 0.23 a 1.00)
Especificidad	0.92 (95% CI: 0.83 a 0.97)

Prevalencias	5.7%	6.5%	19.9%
--------------	------	------	-------

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes )	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1,000 patients tested			Test accuracy CoE	
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 5.7%	probabilidad pre-test de 6.5%	probabilidad pre-test de 19.9%		
<b>verdaderos positivos</b> (pacientes con )	7 Estudios 226 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	serio <sup>a</sup>	muy serio <sup>b</sup>	no es serio	no es serio	ninguno	56 (13 a 57)	64 (15 a 65)	197 (46 a 199)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
<b>Falsos negativos</b> (pacientes incorrectamente clasificados de no tener )								1 (0 a 44)	1 (0 a 50)	2 (0 a 153)		
<b>Verdaderos negativos</b> (pacientes sin )	7 Estudios 226 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	serio <sup>a</sup>	muy serio <sup>b</sup>	no es serio	no es serio	ninguno	868 (783 a 915)	860 (776 a 907)	737 (665 a 777)		⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>Falsos positivos</b> (pacientes clasificados incorrectamente como )								75 (28 a 160)	75 (28 a 159)	64 (24 a 136)		

Explicaciones

a. En tres estudios la inclusion de pacientes fue retrospectiva

b. La mayoría de pacientes tenia diagnostico de Stroke leve, no inclusion de pacientes latinoamericanos.

**Pregunta 2.2:** Debería usarse Tomografía Cerebral Computarizada para diagnosticar ACV en Adultos con sospecha de ACV?

Sensibilidad	0.39 (95% CI: 0.16 a 0.69)
Especificidad	1.00 (95% CI: 0.94 a 1.00)

Prevalencias	5.7%	6.5%	19.9%
--------------	------	------	-------

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes )	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1,000 patients tested			Test accuracy CoE	
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 5.7%	probabilidad pre-test de 6.5%	probabilidad pre-test de 19.9%		
<b>verdaderos positivos</b> (pacientes con )	909 Estudios 8 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio <sup>a</sup>	serio <sup>b</sup>	no es serio	no es serio	ninguno	22 (9 a 39)	25 (10 a 45)	78 (32 a 137)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
<b>Falsos negativos</b> (pacientes incorrectamente clasificados de no tener )								35 (18 a 48)	40 (20 a 55)	121 (62 a 167)		
<b>Verdaderos negativos</b> (pacientes sin )	909 Estudios 8 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio <sup>a</sup>	serio <sup>b</sup>	no es serio	no es serio	ninguno	943 (886 a 943)	935 (879 a 935)	801 (753 a 801)		⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>Falsos positivos</b> (pacientes clasificados incorrectamente como )								0 (0 a 57)	0 (0 a 56)	0 (0 a 48)		

Explicaciones

a. Información poco clara sobre seleccion de pacientes y diseño del estudio

b. No población latinoamericana

**Pregunta 2.2 :** Debería usarse Tomografía Cerebral con Perfusión para detectar penumbra/isquemia en Adultos con sospecha de ACV?

Sensibilidad	0.80 (95% CI: 0.72 a 0.86)
Especificidad	0.95 (95% CI: 0.86 a 0.98)

Prevalencias	5.7%	6.5%	19.9%
--------------	------	------	-------

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes )	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1,000 patients tested			Test accuracy CoE	
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 5.7%	probabilidad pre-test de 6.5%	probabilidad pre-test de 19.9%		
<b>verdaderos positivos</b> (pacientes con )	15 Estudios 1107 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	serio <sup>a</sup>	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	no es serio	ninguno	46 (41 a 49)	52 (47 a 56)	159 (143 a 171)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
<b>Falsos negativos</b> (pacientes incorrectamente clasificados de no tener )								11 (8 a 16)	13 (9 a 18)	40 (28 a 56)		
<b>Verdaderos negativos</b> (pacientes sin )	15 Estudios 1107 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	serio <sup>a</sup>	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	no es serio	ninguno	896 (811 a 924)	888 (804 a 916)	761 (689 a 785)		⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>Falsos positivos</b> (pacientes clasificados incorrectamente como )								47 (19 a 132)	47 (19 a 131)	40 (16 a 112)		

Explicaciones

- a. 5 Estudios fueron retrospectivos y 2 no reportaron claramente el diseño de estudio
- b. No población latinoamericana
- c. Variación marcada de IC



**Pregunta 3: En pacientes con ACVi ¿Cuál son las escalas más útiles para evaluar la severidad del ACVi?**

**Pregunta 3.1:** Debería usarse NIHSS para diagnosticar no discapacidad mayor (mRS <3) a los 3 meses en adultos con ECV trombolizados? (NIHSS <12 puntos)

Sensibilidad	0.69 (95% CI: 0.69 a 0.70)
Especificidad	0.73 (95% CI: 0.73 a 0.74)

Prevalencias	5.7%	6.5%	19.9%
--------------	------	------	-------

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes )	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested			Test accuracy CoE	
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 5.7%	probabilidad pre-test de 6.5%	probabilidad pre-test de 19.9%		
<b>verdaderos positivos</b> (pacientes con )	1 Estudios 44331 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio <sup>a,b</sup>	serio <sup>a,c</sup>	serio <sup>a,d</sup>	muy serio <sup>b</sup>	asociación muy fuerte	39 (39 a 40)	45 (45 a 46)	137 (137 a 139)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
<b>Falsos negativos</b> (pacientes incorrectamente clasificados de no tener )								18 (17 a 18)	20 (19 a 20)	62 (60 a 62)		
<b>Verdaderos negativos</b> (pacientes sin )	1 Estudios 44331 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio <sup>a,c</sup>	serio <sup>a,d</sup>	serio <sup>d</sup>	muy serio <sup>b</sup>	asociación muy fuerte	688 (687 a 697)	683 (681 a 691)	585 (584 a 592)		⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>Falsos positivos</b> (pacientes clasificados incorrectamente como )								255 (246 a 256)	252 (244 a 254)	216 (209 a 217)		

**Explicaciones**

- a. Estudio de base de datos secundaria
- b. No se muestran los intervalos de confianza
- c. Datos de resultados incompletos
- d. Estudio realizado con otro objetivo

**Pregunta 3.2:** Debería usarse la escala NIHSS para diagnosticar no discapacidad mayor (mRS <3) a los 3 meses en adultos con ECV NO trombolizados? (NIHSS <22 puntos)

Sensibilidad	0.76 (95% CI: 0.62 a 0.86)
Especificidad	0.87 (95% CI: 0.78 a 0.96)

Prevalencias	5.7%	6.5%	19.9%
--------------	------	------	-------

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested			Test accuracy CoE	
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 5.7%	probabilidad pre-test de 6.5%	probabilidad pre-test de 19.9%		
<b>verdaderos positivos</b> (pacientes con )	1 Estudios 127 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio	serio	serio	muy serio	ninguno	43 (35 a 49)	49 (40 a 56)	152 (123 a 172)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
<b>Falsos negativos</b> (pacientes incorrectamente clasificados de no tener )								14 (8 a 22)	16 (9 a 25)	47 (27 a 76)		
<b>Verdaderos negativos</b> (pacientes sin )	1 Estudios 127 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio	serio	serio	muy serio	ninguno	823 (738 a 908)	816 (732 a 901)	699 (627 a 772)		⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>Falsos positivos</b> (pacientes clasificados incorrectamente como )								120 (35 a 205)	119 (34 a 203)	102 (29 a 174)		

**Pregunta 3.3:** Debería usarse la escala NIHSS para diagnosticar mortalidad a los 3 días en adultos con ECV no trombolizados? (NIHSS >25 puntos)

Sensibilidad	0.84 (95% CI: 0.74 a 0.94)
Especificidad	0.69 (95% CI: 0.57 a 0.81)

Prevalencias	5.7%	6.5%	19.9%
--------------	------	------	-------

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested			Test accuracy CoE	
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 5.7%	probabilidad pre-test de 6.5%	probabilidad pre-test de 19.9%		
<b>verdaderos positivos</b> (pacientes con )	1 Estudios 127 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio	serio	serio	muy serio	ninguno	48 (42 a 54)	55 (48 a 61)	167 (148 a 187)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
<b>Falsos negativos</b> (pacientes incorrectamente clasificados de no tener )								9 (3 a 15)	10 (4 a 17)	32 (12 a 51)		
<b>Verdaderos negativos</b> (pacientes sin )	1 Estudios 127 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio	serio	serio	muy serio	ninguno	648 (534 a 763)	643 (529 a 756)	551 (453 a 648)		⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>Falsos positivos</b> (pacientes clasificados incorrectamente como )								295 (180 a 409)	292 (179 a 406)	250 (153 a 348)		

**Pregunta 3.4:** Debería usarse la escala NIHSS para diagnosticar mortalidad a los 3 días en adultos con ECV no trombolizados? (NIHSS >29 puntos)

Sensibilidad	1.00 (95% CI: 0.99 a 1.00)
Especificidad	0.89 (95% CI: 0.82 a 0.96)

Prevalencias	5.7%	6.5%	19.9%
--------------	------	------	-------

Resultado	Nº de estudios (Nº de pacientes)	Diseño de estudio	Factors that may decrease certainty of evidence					Effect per 1.000 patients tested			Test accuracy CoE	
			Riesgo de sesgo	Evidencia indirecta	Inconsistencia	Imprecisión	Sesgo de publicación	probabilidad pre-test de 5.7%	probabilidad pre-test de 6.5%	probabilidad pre-test de 19.9%		
<b>verdaderos positivos</b> (pacientes con )	1 Estudios 127 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio	serio	serio	muy serio	ninguno	57 (56 a 57)	65 (64 a 65)	199 (197 a 199)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
<b>Falsos negativos</b> (pacientes incorrectamente clasificados de no tener )								0 (0 a 1)	0 (0 a 1)	0 (0 a 2)		
<b>Verdaderos negativos</b> (pacientes sin )	1 Estudios 127 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio	serio	serio	muy serio	ninguno	839 (770 a 909)	832 (763 a 901)	713 (654 a 772)		⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
<b>Falsos positivos</b> (pacientes clasificados incorrectamente como )								104 (34 a 173)	103 (34 a 172)	88 (29 a 147)		

**Pregunta 4: En pacientes con ACVi ¿cuál es la terapia de reperfusión arterial más efectiva y segura?**

**Autor(es):** Kevin Pacheco-Barrios

**Pregunta 4.1:** Trombolisis endovenosa comparado con estándar en en pacientes con ACV

**Bibliografía:** Wardlaw JM, Murray V, Berge E, del Zoppo GJ. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. The Cochrane database of systematic reviews. 2014;7:CD000213. doi:10.1002/14651858.CD000213.pub3.

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	trombolisis endovenosa	estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad o dependencia: SRm 5 a 6 (seguimiento: rango 1 meses a 18 meses ; evaluado con : Escala de rankin)												
22	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	2496/4613 (54.1%)	2465/4211 (58.5%)	<b>OR 0.85</b> (0.78 a 0.93)	<b>40 menos por 1,000</b> (de 18 menos a 61 menos )	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	CRÍTICO
Dependencia: SRm 3 a 5 (seguimiento: rango 1 meses a 18 meses )												
22	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>a</sup>	ninguno	1649/4891 (33.7%)	1761/4427 (39.8%)	<b>OR 0.75</b> (0.69 a 0.82)	<b>67 menos por 1,000</b> (de 46 menos a 85 menos )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO
Muerte por todas las causas (seguimiento: rango 1 meses a 18 meses ; evaluado con : registro de mortalidad)												
22	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	1043/5372 (19.4%)	865/4815 (18.0%)	<b>OR 1.18</b> (1.06 a 1.30)	<b>26 más por 1,000</b> (de 9 más a 42 más )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO
Hemorragia intracerebral sintomática (seguimiento: rango 1 meses a 18 meses )												

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	trombolisis endovenosa	estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
22	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	no es serio	ninguno	402/5372 (7.5%)	84/4814 (1.7%)	<b>OR 3.75</b> (3.11 a 4.51)	<b>45 más por 1,000</b> (de 35 más a 57 más)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. IC incluye el 0.75

b. Diferentes tipos de trombolíticos y criterios de inclusión heterogeneos

c. IC incluye 1.25

**Autor(es):** Kevin Pacheco-Barrios

**Pregunta 4.2:** Trombectomía mecánica comparado con Trombolisis IV en pacientes con ACV de vasos grandes

**Bibliografía:** Lombrinos et al 2016

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Trombectomía mecánica	Trombólisis IV	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Discapacidad: SRm 1 a 2 (evaluado con: Rankin modificado)												
5	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	292/633 (46.1%)	170/645 (26.4%)	<b>OR 2.39</b> (1.88 a 3.04)	<b>197 más por 1,000</b> (de 139 más a 258 más)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	CRÍTICO
Mortalidad												

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Trombectomía mecánica	Trombólisis IV	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
5	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>a</sup>	ninguno	97/633 (15.3%)	122/649 (18.8%)	<b>OR 0.80</b> (0.60 a 1.07)	<b>32 menos por 1,000</b> (de 11 más a 66 menos)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO
Hemorragia intracerebral												
5	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	292/633 (46.1%)	170/645 (26.4%)	<b>OR 2.39</b> (1.88 a 3.04)	<b>197 más por 1,000</b> (de 139 más a 258 más)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. IC incluye 0.75

**Pregunta 5: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son los tratamientos diferentes a la reperfusión (prevención secundaria) más efectivos y seguros?**

Autor(es): Carlos Alva Diaz, Victor Velásquez Rimachi

PICO 5.1: ¿La monitorización fisiológica continua comparado con monitorización fisiológica intermitente en pacientes mayores de 18 años con ACV?

Bibliografía: Ciccone A, Celani MG, Chiaramonte R, Rossi C, Righetti E. Continuous versus intermittent physiological monitoring for acute stroke. The Cochrane database of systematic reviews. 2013(5):Cd008444.

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	la monitorización fisiológica continua	monitorización fisiológica intermitente	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Muerte o discapacidad (seguimiento: media 3 meses )												
3	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	34/177 (19.2%)	83/177 (46.9%)	OR 0.27 (0.13 a 0.56)	276 menos por 1.000 (de 138 menos a 366 menos)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO
Muerte por cualquier causa (seguimiento: media 3 meses )												
3	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	8/177 (4.5%)	11/177 (6.2%)	OR 0.72 (0.28 a 1.85)	17 menos por 1.000 (de 44 menos a 47 más)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO
Muerte por causa cardiovascular (seguimiento: media 3 meses )												



Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	la monitorización fisiológica continua	monitorización fisiológica intermitente	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
3	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	2/177 (1.1%)	5/177 (2.8%)	OR 0.48 (0.10 a 2.39)	14 menos por 1.000 (de 25 menos a 37 más )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO
Duración de la hospitalización (seguimiento: media 3 meses )												
3	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	serio <sup>c</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	177	177	-	MD 5.24 menos (10.51 menos a 0.03 más )	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MUY BAJA	IMPORTANTE

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios; MD: Diferencia media  
Explicaciones

a. Algunas limitaciones en la ocultación de la asignación y la generación de secuencias en Caballini 2003

b. IC95% atraviesa por uno o dos puntos de imprecisión para variables categóricas (0.75, 1.25), o las variables continuas (0), o la tasa de eventos es baja (<300).

c. Heterogeneidad: I<sup>2</sup> > 50%

Autor(es): Carlos Alva Diaz; Victor Velásquez Rimachi

Pregunta 5.2: Reducir la PA comparado con no modificar la PA para pacientes mayores de 18 años con ACV

Configuración: Variación de la presión arterial

Bibliografía: Bath PMW, Krishnan K. Interventions for deliberately altering blood pressure in acute stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD000039. DOI: 10.1002/14651858.CD000039.pub3

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Reducir la PA	no modificar la PA	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Muerte o dependencia (seguimiento: 1 meses ; evaluado con : Escala de Rankin modificada)												
8	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	2253/5477 (41.1%)	2270/5538 (41.0%)	OR 1.00 (0.92 a 1.08)	0 menos por 1,000 (de 19 más a 20 menos )	⊕⊕⊕⊖ MODERADO	CRÍTICO
Muerte temprana (<1 mes)												
6	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	75/4375 (1.7%)	76/4469 (1.7%)	OR 1.00 (0.73 a 1.38)	0 menos por 1,000 (de 5 menos a 6 más )	⊕⊕⊖⊖ BAJA	CRÍTICO
Muerte tardía (>1 mes)												
10	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación <sup>c</sup>	336/5572 (6.0%)	357/5666 (6.3%)	OR 0.95 (0.78 a 1.16)	3 menos por 1,000 (de 9 más a 13 menos )	⊕⊕⊖⊖ BAJA	CRÍTICO
Deterioro neurológico temprano (<1 mes)												

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Reducir la PA	no modificar la PA	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
2	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	serio <sup>d</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	111/1660 (6.7%)	96/1689 (5.7%)	OR 0.58 (0.09 a 3.82)	23 menos por 1,000 (de 51 menos a 130 más )	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Algunas limitaciones en el dominio de cegamiento y el resultado de datos incompletos.

b. El IC95% atraviesa uno o dos de los puntos de imprecisión (0.75;1.25).

c. por asimetría en el gráfico funnel plot

d. Heterogeneidad elevada (i<sup>2</sup>=75%)

Autor(es): Carlos Alva Diaz, Victor Velásquez Rimachi

PICO 5.3: Insulina comparado con ninguna intervención para mantener un rango de glicemia entre 72 a 135 mg/dL en pacientes con ACV > 18 años

Bibliografía: Bellolio MF, Gilmore RM, Ganti L. Insulin for glycaemic control in acute ischaemic stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD005346. DOI: 10.1002/14651858.CD005346.pub4.

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	insulina	ninguna intervención	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Muerte o dependencia mayor severa (seguimiento: rango 30 días a 90 días ; evaluado con : escala de Barthel > 60 o Rankin > 3)												
9	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	492/751 (65.5%)	503/765 (65.8%)	OR 0.99 (0.79 a 1.23)	2 menos por 1.000 (de 45 más a 55 menos )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO
Déficit neurológico (seguimiento: rango 30 días a 90 días ; evaluado con : Escala de NIHSS o ESS)												
8	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	196/599 (32.7%)	198/625 (31.7%)	OR 1.03 (0.81 a 1.32)	6 más por 1.000 (de 44 menos a 63 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ BAJA	CRÍTICO
Eventos adversos: hipoglicemia (seguimiento: media 2 días ; evaluado con : Glucosa sérica < 55 mg/dL)												
10	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	serio <sup>c</sup>	no es serio	no es serio	ninguno	87/730 (11.9%)	3/725 (0.4%)	OR 14.6 (6.6 a 32.2)	53 más por 1.000 (de 23 más a 114 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ BAJA	CRÍTICO

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	insulina	ninguna intervención	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Eventos adversos: hipoglicemia sintomática (seguimiento: media 2 días )												
10	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	130/730 (17.8%)	7/725 (1.0%)	OR 18.4 (9.1 a 37.3)	142 más por 1.000 (de 72 más a 257 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

Explicaciones

- a. Algunas limitaciones en el cegamiento, la generación de la secuencia, la ocultación de la asignación, o datos con resultados incompletos.
- b. El IC-95% de la medida de efecto atraviesa por algunos de los puntos de imprecisión (0.75,1.25)
- c. Heterogeneidad > 50%

Autor(es): Carlos Alva Diaz, Víctor Velásquez Rimachi

PICO 5.4: Reducción de la temperatura corporal comparado con no reducirla para pacientes mayores de 18 años con ACV

Bibliografía: Den Hertog HM, van der Worp HB, Tseng MC, Dippel DWJ. Cooling therapy for acute stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD001247. DOI: 10.1002/14651858.CD001247.pub2.

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Reducción de la temperatura corporal	no reducirla	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Muerte o dependencia mayor (seguimiento: rango 1 meses a 6 meses )												
9	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	104/200 (52.0%)	82/150 (54.7%)	OR 0.92 (0.59 a 1.42)	21 menos por 1.000 (de 85 más a 131 menos )	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO
Muerte (seguimiento: rango 1 meses a 6 meses )												
10	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	27/217 (12.4%)	36/206 (17.5%)	OR 0.9 (0.5 a 1.5)	15 menos por 1.000 (de 66 más a 79 menos )	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO
Evento adverso: infecciones (seguimiento: rango 1 meses a 6 meses )												
10	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	34/217 (15.7%)	25/206 (12.1%)	OR 1.46 (0.82 a 2.61)	46 más por 1.000 (de 20 menos a 144 más )	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Algunas limitaciones en la ocultación de la asignación

b. Algunos estudios incluyeron participantes con hemorragia intracerebral.

c. Baja tasa de eventos o el IC95% de la medida de resultado atraviesa por puntos de imprecisión.

Autor(es): Carlos Alva Diaz, Victor Velásquez Rimachi

PICO 5.5: Antiagregación simple comparado con placebo para pacientes mayores de 18 años con ACV

Bibliografía: Sandercock PAG, Counsell C, Tseng MC, Cecconi E. Oral antiplatelet therapy for acute ischaemic stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD000029. DOI: 10.1002/14651858.CD000029.pub3.

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Antiagregación simple	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Muerte o dependencia mayor (seguimiento: rango 5 días a 180 días )												
4	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	no es serio	ninguno	9285/20647 (45.0%)	9529/20644 (46.2%)	OR 0.95 (0.91 a 0.99)	13 menos por 1.000 (de 2 menos a 23 menos )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO
Muertes por cualquier causa (seguimiento: rango 5 días a 180 días )												
7	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	no es serio	ninguno	2502/20744 (12.1%)	2670/20739 (12.9%)	OR 0.92 (0.87 a 0.98)	9 menos por 1.000 (de 2 menos a 15 menos )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO
Recurrencia de ACV (seguimiento: rango 5 días a 180 días )												

Certainty assessment							№ de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
№ de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Antiagregación simple	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
7	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	496/20524 (2.4%)	636/20518 (3.1%)	OR 0.77 (0.69 a 0.87)	7 menos por 1.000 (de 4 menos a 9 menos )	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MUY BAJA	CRÍTICO
Evento adverso: hemorragia intracraneal (seguimiento: rango 5 días a 180 días )												
7	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	210/20524 (1.0%)	171/20518 (0.8%)	OR 1.23 (1.00 a 1.50)	2 más por 1.000 (de 0 menos a 4 más )	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MUY BAJA	CRÍTICO
Evento Adverso: hemorragia extracraneal masiva (seguimiento: rango 5 días a 180 días )												
7	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	no es serio	ninguno	196/20524 (1.0%)	115/20518 (0.6%)	OR 1.69 (1.35 a 2.11)	4 más por 1.000 (de 2 más a 6 más )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Algunas limitaciones en el cegamiento o por presentar resultado de datos incompletos

b. Los intervenciones fueron fármacos antiagregantes de diferentes tipos (aspirina, ticlopidina, clopidogrel; dipiridamol, cilostazol; ozagrel)

c. Baja tasa de eventos o IC-95% de la medida de resultado atraviesa puntos de imprecisión (0.75,1.25)



Autor(es): Carlos Alva Diaz, Víctor Velásquez Rimachi

PICO 5.6: Doble antiagregación comparado con Antiagregación simple para Pacientes mayores de 18 años con ACV

Bibliografía: Liu Y, Fei Z, Wang W, Fang J, Zou M, Cheng G. Efficacy and safety of short-term dual-versus mono-antiplatelet therapy in patients with ischemic stroke or TIA: a meta-analysis of 10 randomized controlled trials. Journal of neurology. 2016;263(11):2247-59.

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Doble antiagregación	Antiagregación simple	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Recurrencia de ACV (seguimiento: rango 7 días a 6 meses ; evaluado con : ECV de cualquier tipo)												
10	ensayos aleatorios	serio <sup>b</sup>	no es serio	no es serio	serio <sup>c</sup>	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación <sup>d</sup>	260/4481 (5.8%)	399/4488 (8.9%)	RR 0.65 (0.56 a 0.76)	31 menos por 1.000 (de 21 menos a 39 menos )	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MUY BAJA	CRÍTICO
Desarrollo de eventos vasculares mayores (seguimiento: rango 7 días a 3 meses )												
5	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	serio <sup>e</sup>	serio <sup>c</sup>	ninguno	272/3788 (7.2%)	387/3784 (10.2%)	RR 0.70 (0.60 a 0.81)	31 menos por 1.000 (de 19 menos a 41 menos )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO
Evento adverso: hemorragia intracraneal (seguimiento: rango 7 días a 6 meses )												
8	ensayos aleatorios	serio <sup>b</sup>	no es serio	no es serio	muy serio <sup>c,f</sup>	ninguno	12/4176 (0.3%)	9/4206 (0.2%)	RR 1.29 (0.56 a 2.93)	1 más por 1.000 (de 1 menos a 4 más )	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MUY BAJA	CRÍTICO
Evento adverso: Hemorragia extracraneal masiva (seguimiento: rango 7 días a 3 meses )												

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Doble antiagregación	Antiagregación simple	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
8	ensayos aleatorios	serio <sup>b</sup>	no es serio	no es serio	muy serio <sup>c,f</sup>	ninguno	19/4439 (0.4%)	13/4448 (0.3%)	RR 1.44 (0.72 a 2.88)	1 más por 1.000 (de 1 menos a 5 más)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MUY BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; RR: Razón de riesgo

Explicaciones

- a. la intervención fue con diferentes tipos de combinación de antiagregantes
- b. Los métodos de asignación y seguimiento fueron poco claros para algunos de los estudios (3/10)
- c. El intervalo de confianza al 95% atraviesa uno o dos de los puntos de imprecisión (0.75 y 1.25)
- d. sospecha de sesgo de publicación por asimetría en el funnel plot.
- e. El desenlace es un resultado compuesto (IMA, ACV, otros)
- f. numero de eventos < 300

Autor(es): Carlos Alva Diaz, Víctor Velásquez Rimachi

Fecha:

PICO 5.7: Anticoagulación comparado con placebo para pacientes mayores de 18 años con ACV

Bibliografía: Sandercock PAG, Counsell C, Kamal AK. Anticoagulants for acute ischaemic stroke (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD000024. DOI: 10.1002/14651858.CD000024.pub4.

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	anticoagulación	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Muerte o dependencia mayor (seguimiento: rango 14 días a 30 días )												
8	ensayos aleatorios	no es serio	serio	no es serio	no es serio	ninguno	6698/11269 (59.4%)	6502/10856 (59.9%)	OR 0.99 (0.93 a 1.04)	2 menos por 1.000 (de 9 más a 18 menos )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO
Muerte por cualquier causa (seguimiento: rango 14 días a 30 días )												
11	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	2469/11613 (21.3%)	2284/11613 (19.7%)	OR 1.05 (0.98 a 1.12)	8 más por 1.000 (de 3 menos a 19 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	CRÍTICO
Recurrencia de ACV (seguimiento: rango 14 días a 30 días )												
11	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	300/10866 (2.8%)	388/10739 (3.6%)	OR 0.76 (0.65 a 0.85)	8 menos por 1.000 (de 5 menos a 12 menos )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO
Evento adverso: síntomas de hemorragia intracraneal (seguimiento: rango 14 días a 30 días ; evaluado con : tomografía computarizada o autopsia)												

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	anticoagulación	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
16	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	168/11701 (1.4%)	54/11242 (0.5%)	OR 2.55 (1.95 a 3.33)	7 más por 1.000 (de 5 más a 11 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	CRÍTICO
Evento adverso: hemorragia extracraneal masiva (seguimiento: rango 14 días a 30 días ; evaluado con : sangrado suficientemente grave como para causar la muerte o requerir hospitalización o transfusión)												
18	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	143/11255 (1.3%)	42/11000 (0.4%)	OR 2.99 (2.24 a 3.99)	8 más por 1.000 (de 5 más a 11 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Limitaciones en el cegamiento

b. Baja tasa de eventos o el IC95% a travesía puntos de imprecisión (0.75,1.25)

Autor(es): Carlos Alva Diaz, Víctor Velásquez Rimachi

PICO 5.8: Anticoagulación comparado con antiagregación para pacientes mayores de 18 años con ACV

Bibliografía: Berge E, Sandercock PAG. Anticoagulants versus antiplatelet agents for acute ischaemic stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 4. Art. No.: CD003242. DOI: 10.1002/14651858.CD003242.

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Anticoagulación	Antiagregación	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Muerte o dependencia mayor (seguimiento: rango 10 días a 180 días )												
4	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	3802/5996 (63.4%)	3430/5531 (62.0%)	OR 1.07 (0.99 a 1.15)	16 más por 1.000 (de 2 menos a 32 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO
Muertes durante el período de tratamiento.												
4	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	533/6112 (8.7%)	492/5609 (8.8%)	OR 1.04 (0.92 a 1.19)	3 más por 1.000 (de 6 menos a 15 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	CRÍTICO
Recurrencia de ACV												
4	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	223/6072 (3.7%)	118/5574 (2.1%)	OR 1.09 (0.89 a 1.33)	2 más por 1.000 (de 2 menos a 7 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO
Evento adverso: hemorragia intracraneal												
3	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	75/6072 (1.2%)	31/5574 (0.6%)	OR 2.27 (1.49 a 3.46)	7 más por 1.000 (de 3 más a 13 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Anticoagulación	Antiagregación	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Evento adverso: hemorragia extracraneal maasiva												
4	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	muy serio <sup>b</sup>	ninguno	52/6112 (0.9%)	25/5609 (0.4%)	OR 1.94 (1.20 a 3.12)	4 más por 1.000 (de 1 más a 9 más )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Algunas limitaciones en el dominio de cegamiento y dominios de seguimiento,

b. Baja tasa de eventos o el IC 95% amplio y que atraviesa los puntos de imprecisión(0.75,1.25).

Autor(es): Carlos Alva Diaz, Víctor Velásquez Rimachi

PICO 5.9: Estatinas frente a placebo

Bibliografía:

1. Ni Chroinin D, Asplund K, Asberg S, Callaly E, Cuadrado-Godia E, Diez-Tejedor E, et al. Statin Therapy and Outcome After Ischemic Stroke: Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies and Randomized Trials. Stroke [Internet]. 2013 Feb 1 ;44(2):448–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23287777>

2. Squizzato A, Romualdi E, Dentali F, Ageno W. Statins for acute ischemic stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 8. Art. No.: CD007551. DOI: 10.1002/14651858.CD007551.pub2. // 2. High-Dose Atorvastatin after Stroke or Transient Ischemic Attack The Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) Investigators Pierre Amarenco, M.D

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	estatinas	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Muerte por cualquier causa (seguimiento: 30 días ) <sup>1</sup>												
18	estudios observacionales	serio <sup>a</sup>	serio <sup>b</sup>	no es serio	serio <sup>c</sup>	ninguno	OR 0.63; IC95%, 0.54 a 0.74; 109837 pacientes				⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO
Muerte por cualquier causa (seguimiento: 90 días ) <sup>1</sup>												
11	estudios observacionales	serio <sup>a</sup>	serio <sup>b</sup>	no es serio	serio <sup>c</sup>	ninguno	OR 0.71; IC95%, 0.62 a 0.82; 101 615 pacientes				⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO
Buen resultado funcional (Escala modificada de Rankin 0-2) (seguimiento: 30 días ) <sup>1</sup>												
9	estudios observacionales	serio <sup>a</sup>	serio <sup>b</sup>	no es serio	serio <sup>c</sup>	ninguno	OR 1,64; IC95%, 1,14 a 2,36; 17 512 pacientes				⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO
Buen resultado funcional (Escala modificada de Rankin 0-2) (seguimiento: 90 días ) <sup>1</sup>												
9	estudios observacionales	serio <sup>a</sup>	serio <sup>b</sup>	no es serio	no es serio	ninguno	OR 1.41; IC95%, 1.29 a 2.56; 17 606 pacientes				⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	CRÍTICO

Certainty assessment							No de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
No de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	estatinas	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Recurrencia de ACV o AIT (seguimiento: mediana 4.9 años ) <sup>2</sup>												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio <sup>c</sup>	ninguno	375/2365 (15.9%)	476/2366 (20.1%)	HR 0.77 (0.67 a 0.88)	42 menos por 1,000 (de 22 menos a 61 menos )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; HR: Razón de riesgos instantáneos; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. limitaciones en el cegamiento

b. Gran heterogeneidad al realizar el metaanálisis

c. IC 95% atraviesa un punto de imprecisión ( 0,75-1,25)



**Pregunta 6: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la neuro protección del paciente con ECV agudo?**

**6.1. CITICOLINA**

**Pregunta:** Citicolina comparado con placebo para la neuroproteccion del ECV isquémico en su fase aguda

**Bibliografía:** Shi P-y, Zhou X-c, Yin X-x, Xu L-l, Zhang X-m, Bai H-y. Early application of citicoline in the treatment of acute stroke: A meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences]. 2016;36:270-277

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Citicolina	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad (evaluado con : muerte)												
5	ensayos aleatorios	no es serio <sup>a</sup>	muy serio <sup>a,b</sup>	no es serio	muy serio <sup>b,c</sup>	todos los posibles factores de confusión residuales podrían reducir el efecto demostrado	315/2080 (15.1%)	314/1934 (16.2%)	<b>OR 0.91</b> (0.77 a 1.09)	<b>12 menos por 1.000</b> (de 12 más a 32 menos )	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	IMPORTANTE
Dependencia (evaluado con : Rankin)												
4	ensayos aleatorios	no es serio	muy serio <sup>b</sup>	no es serio	muy serio <sup>b,c</sup>	todos los posibles factores de confusión residuales podrían reducir el efecto demostrado	950/1626 (58.4%)	909/1484 (61.3%)	<b>OR 1.02</b> (0.87 a 1.19)	<b>5 más por 1.000</b> (de 34 menos a 40 más )	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
Efectos adversos en cualquier sistema (comparado con placebo y edaravone)												
4	ensayos aleatorios	no es serio	muy serio <sup>b</sup>	no es serio	muy serio <sup>b,c</sup>	todos los posibles factores de confusión residuales podrían reducir el efecto demostrado	1746/11555 (15.1%)	1630/10419 (15.6%)	<b>OR 1.04</b> (0.96 a 1.13)	<b>5 más por 1.000</b> (de 5 menos a 17 más )	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Estudios antiguos donde el efecto terapéutico tradicional era de menor calidad que el actual, por lo que el efecto de la intervención podría ser mayor

- b. Los efectos más grandes se ven en los estudios de menor población y antiguos
- c. Los intervalos de confianza son marginales, los estudios más grandes no muestran significancia

6.2. SULFATO DE MAGNESIO

**Pregunta:** Sulfato de magnesio comparado con placebo para la neuroprotección en pacientes con ECV isquémico en la fase aguda

**Bibliografía:** Saver JL, Starkman S, Eckstein M, Stratton SJ, Pratt FD, Hamilton S, et al. Prehospital use of magnesium sulfate as neuroprotection in acute stroke. New England Journal of Medicine. 2015;372:528-536

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Sulfato de magnesio	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Independencia funcional (evaluado con : Rankin <=2)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	toda confusion residual plausible sugiere efecto espurio, mientras que no se observó ningún efecto.	445/843 (52.8%)	313/857 (36.5%)	<b>OR 0.98</b> (0.81 a 1.20)	<b>5 menos por 1.000</b> (de 43 más a 47 menos )	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	
Efectos adversos (seguimiento: 3 meses ; evaluado con : N° de eventos adversos)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	422/843 (50.1%)	439/857 (51.2%)	<b>OR 1.05</b> (0.87 a 1.27)	<b>12 más por 1.000</b> (de 35 menos a 59 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

6.3. MANITOL

**Pregunta:** Manitol con la terapia estándar comparado con tratamiento estándar para neuroprotección en ECV isquémico en la fase aguda

**Bibliografía:** Bereczki D, Fekete I, Prado GF, Liu M. Mannitol for acute stroke. The Cochrane database of systematic reviews. 2007: Cd001153

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Manitol con la terapia estándar	tratamiento estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad												
2	ensayos aleatorios	serio	serio	serio	serio	todos los posibles factores de confusión residuales podrían reducir el efecto demostrado	17/77 (22.1%)	16/72 (22.2%)	<b>OR 1.03</b> (0.47 a 2.25)	<b>5 más por 1.000</b> (de 104 menos a 169 más )	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
Empeoramiento de la condición clínica												
2	ensayos aleatorios	serio	serio	serio	serio	ninguno	18/48 (37.5%)	18/50 (36.0%)	<b>OR 1.20</b> (0.51 a 2.82)	<b>43 más por 1.000</b> (de 137 menos a 253 más )	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

### 6.4. HEMODILUCIÓN

**Pregunta:** La hemodilución comparado con cuidado estándar para neuroprotección en ECV isquémico en la fase aguda

**Bibliografía:** Chang TS, Jensen MB. Haemodilution for acute ischaemic stroke. The Cochrane database of systematic reviews. 2014;Cd000103

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	la hemodilución	cuidado estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad (durante el primer mes)												
16	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	serio	ninguno	190/1938 (9.8%)	173/1928 (9.0%)	<b>RR 1.10</b> (0.90 a 1.34)	<b>9 más por 1.000</b> (de 9 menos a 31 más )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	
Muerte o dependencia (3 a 6 meses)												
8	ensayos aleatorios	serio	no es serio	no es serio	serio	ninguno	654/1259 (51.9%)	648/1232 (52.6%)	<b>RR 0.96</b> (0.85 a 1.07)	<b>21 menos por 1.000</b> (de 37 más a 79 menos )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	

CI: Intervalo de confianza ; RR: Razón de riesgo

6.5. CÉLULAS MADRE

**Pregunta:** Células madre comparado con placebo para neuroprotección en ECV isquémico en la fase aguda

**Bibliografía:** Wang Q, Duan F, Wang MX, Wang XD, Liu P, Ma LZ. Effect of stem cell-based therapy for ischemic stroke treatment: A meta-analysis. Clinical neurology and neurosurgery. 2016;146:1-11

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	células madre	placebo	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad (todas las causas)												
2	ensayos aleatorios	muy serio	serio <sup>a</sup>	no es serio	muy serio <sup>b</sup>	todos los posibles factores de confusión residuales podrían reducir el efecto demostrado			In(RR) 0.54 (-0.18 a 1.25)	-- por 1.000 (de -- a --)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
Mejoría clínica (evaluado con : NIHSS)												
3	ensayos aleatorios	serio	serio <sup>a</sup>	no es serio	muy serio <sup>b</sup>	ninguno			-	SMD 0.94 SD más alto. (0.31 menor a 2.01 más alto.)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	

CI: Intervalo de confianza ; SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

a. Resultados inconsistentes en el tiempo

b. Alta heterogeneidad en las intervenciones

**Pregunta 7: En pacientes con ACVi extenso o maligno ¿es eficaz y seguro la intervención quirúrgica (craneotomía o hemicraniectomía) frente al tratamiento estándar?**

**Autor(es):** Carlos Alva, Victor Velásquez.

**Bibliografía:** Alexander P, Heels-Ansdell D, Siemieniuk R, Bhatnagar N, Chang Y, Fei Y, et al. Hemicraniectomy versus medical treatment with large MCA infarct: a review and meta-analysis. BMJ Open [Internet]. 2016 Nov 24 [cited 2018 Jun 1];6(11):e014390. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27884858>

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	craneotomía descompresiva (hemicraneotomía)	tratamiento médico estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Supervivencia (seguimiento: media 12 meses ; evaluado con : Escala modificada de Rankin < 6)												
7	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	115/165 (69.7%)	53/173 (30.6%)	<b>RR 2.05</b> (1.54 a 2.72)	<b>322 más por 1,000</b> (de 165 más a 527 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	CRÍTICO
Discapacidad leve a moderada (seguimiento: media 12 meses ; evaluado con : Escala modificada de Rankin < 4)												
7	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	44/165 (26.7%)	24/173 (13.9%)	<b>RR 1.58</b> (1.02 a 2.46)	<b>80 más por 1,000</b> (de 3 más a 203 más )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO
Discapacidad moderada a severa (seguimiento: media 12 meses ; evaluado con : Escala modificada de Rankin < 5)												

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	craneotomía descompresiva (hemicraneotomía)	tratamiento médico estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
7	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	97/165 (58.8%)	41/173 (23.7%)	<b>RR 2.25</b> (1.51 a 3.35)	<b>296 más por 1,000</b> (de 121 más a 557 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo

Explicaciones

a. En alguno de los ECAs no se realizó asignación al azar (4), ciego (3), y en 2 hubo terminación anticipada por beneficio.

b. Por muestra y tasa de eventos total fue pequeña, además que el IC95% atraviesa puntos de imprecisión (0.75 o 1.25)



**Pregunta 8: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas y seguras para la rehabilitación del paciente con ataque cerebrovascular isquémico de origen arterial durante los primeros 15 días posteriores al inicio de los síntomas?**

**8.1. USO DE SONDA NASOGÁSTRICA**

**Pregunta:** SNG antes de los 7 días de forma sistemática comparado con evitar el uso de SNG por 7 días para garantizar la alimentación en pacientes con ECV isquémico

**Bibliografía:** The FOOD Trial Collaboration. Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (food): A multicentre randomised controlled trial. The Lancet. 2005;365:764-772

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	SNG antes de los 7 días de forma sistemática	evitar el uso de SNG por 7 días	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Mortalidad o pobre resultado (seguimiento: 6 meses ; evaluado con : muerte o rankin 4-5)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	serio <sup>a</sup>	no es serio <sup>b</sup>	no es serio	ninguno	339/429 (79.0%)	344/429 (80.2%)	<b>OR 0.93</b> (0.67 a 1.30)	<b>12 menos por 1.000</b> (de 38 más a 71 menos )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	
Mortalidad (seguimiento: 6 meses ; evaluado con : muerte)												
1	ensayos aleatorios	no es serio	serio	no es serio <sup>b</sup>	no es serio	ninguno	182/429 (42.4%)	207/429 (48.3%)	<b>OR 0.79</b> (0.60 a 1.03)	<b>58 menos por 1.000</b> (de 7 más a 124 menos )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Estudios similares previos no demostraron significancia

b. Incluye a los ECV, sean hemorrágicos o isquémicos

## 8.2. COMPLEMENTOS NUTRICIONALES

**Pregunta:** Soporte nutricional suplementario comparado con dieta habitual para pacientes con ECV isquemico en fase aguda

**Bibliografía:** Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PM. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012;10:Cd000323

Certainty assessment							Efecto		Certainty
No de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)	
Mortalidad (evaluado con : muerte)									
7	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	serio <sup>b</sup>	no es serio	no es serio	ninguno	<b>OR 0.58</b> (0.28 a 1.21)	<b>1 menos por 1.000</b> (de 0 menos a 1 menos )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA
Úlceras por presión (evaluado con : desarrollo de úlceras por presión)									
2	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	<b>OR 0.56</b> (0.32 a 0.96)	<b>1 menos por 1.000</b> (de 0 menos a 1 menos )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Alto riesgo de cegamiento

b. Metodologías heterogéneas

**8.3. TERAPIA DEL LENGUAJE Y HABLA**

**Pregunta:** Terapia del lenguaje comparado con no terapia para recuperacion del habla en pacientes con ECV isquémico

**Bibliografía:** Kelly H, Brady MC, Enderby P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010:Cd000425

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	terapia del lenguaje	no terapia	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Comunicación funcional												
5	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	210	166	-	SMD <b>0.28 SD más</b> (0.06 más a 0.49 más )	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	
Comprensión lectora												
5	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	serio <sup>c</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	149	104	-	SMD <b>0.29 SD más alto.</b> (0.03 más alto. a 0.55 más alto.)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MUY BAJA	
Nominacion												
6	ensayos aleatorios	serio <sup>a</sup>	serio <sup>c</sup>	no es serio	serio <sup>b</sup>	ninguno	131	144	-	SMD <b>0.14 SD más alto.</b> (0.1 menor a 0.38 más alto.)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MUY BAJA	

CI: Intervalo de confianza ; SMD: Diferencia media estandarizada

Explicaciones

a. Riesgo por cegamiento

b. Estudios pequeños con intervalos amplios

c. Resultados neutros frente a otros con ligera significancia

8.4. DISFAGIA

**Pregunta:** Intervenciones conductuales comparado con terapia habitual para la recuperación de la disfagia en pacientes con ECV isquémico

**Bibliografía:** Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PM. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;10:Cd000323

Certainty assessment							Efecto		Certainty
No de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)	
Disfagia									
5	estudios observacionales	no es serio	serio <sup>a</sup>	no es serio	no es serio	ninguno	<b>OR 0.52</b> (0.30 a 0.88)	<b>1 menos por 1.000</b> (de 0 menos a 1 menos )	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Neumonía									
5	estudios observacionales	no es serio	muy serio	no es serio	no es serio	ninguno	<b>OR 0.50</b> (0.24 a 1.04)	<b>1 menos por 1.000</b> (de 0 menos a 1 menos )	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Mortalidad									
2	estudios observacionales	serio	muy serio <sup>a</sup>	serio	serio	ninguno	<b>OR 0.83</b> (0.46 a 1.51)	<b>1 menos por 1.000</b> (de 0 menos a 2 menos )	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

Explicaciones

a. Alta heterogeneidad en los estudios

### 8.5. INICIO DE LA MOVILIZACIÓN

**Pregunta:** Movilización precoz (<24 horas) comparado con inicio de movilización habitual (más de 24h) para ECV isquémico en la fase aguda

**Bibliografía:** Li Z, Zhang X, Wang K, Wen J. Effects of early mobilization after acute stroke: A meta-analysis of randomized control trials. Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association. 2018;27:1326-1337

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	movilización precoz (<24 horas)	inicio de movilización habitual (más de 24h)	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
Independencia (Rankin 0 a 2) a los 3 meses												
3	ensayos aleatorios	no es serio	serio	no es serio	no es serio	ninguno	563/1180 (47.7%)	621/1193 (52.1%)	RR 0.80 (0.58 a 1.02)	104 menos por 1.000 (de 10 más a 219 menos )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	
Mortalidad a los 3 meses												
4	ensayos aleatorios	no es serio	serio	no es serio	no es serio	ninguno	99/1214 (8.2%)	82/1232 (6.7%)	RR 1.21 (0.76 a 1.65)	14 más por 1.000 (de 16 menos a 43 más )	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	

CI: Intervalo de confianza ; RR: Razón de riesgo