Material suplementario N°2: 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 Diaz 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	
Sensibilidad	0.70 (95% CI: 0.60 a 0.78)	Sensibilidad	-- (95% CI: -- a --)
Especificidad	0.89 (95% CI: 0.77 a 0.95)	Especificidad	-- (95% CI: -- a --)

Prevalencias	6.5%	5.7%	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 6.5%		probabilidad pre-test de 5.7%		probabilidad pre-test de 19.9%		
								LAPPS	diagnóstico de alta	LAPPS	diagnóstico de alta	LAPPS	diagnóstico de alta	
verdaderos positivos (pacientes con)	8 estudios 4379 pacientes	Corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	serio ^b	serio ^c	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
46 más TP en LAPPS								40 más TP en LAPPS		139 más TP en LAPPS				
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								19 (14 a 26)	65 (65 a 65)	17 (13 a 23)	57 (57 a 57)	60 (44 a 80)	199 (199 a 199)	
							46 menos FN en LAPPS	40 menos FN en LAPPS	139 menos FN en LAPPS					

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	9 estudios 4379 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	serio ^b	no es serio ^c	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
832 más TN en LAPPS								839 más TN en LAPPS		713 más TN en LAPPS				
Falsos positivos (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)	
832 menos FP en LAPPS		839 menos FP en LAPPS		713 menos FP en LAPPS										

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%

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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
								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	
verdaderos positivos (pacientes con)	10 Estudios 4575 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	serio ^b	serio ^c	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
								47 más TP en CPSS		53 más TP en CPSS		163 más TP en CPSS		
								10 (7 a 15)	57 (57 a 57)	12 (8 a 18)	65 (65 a 65)	36 (24 a 54)	199 (199 a 199)	
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)														
Verdaderos negativos (pacientes sin)	10 Estudios 4575 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	serio ^b	serio ^c	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)	

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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	
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)													⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
							547 más TN en CPSS	542 más TN en CPSS	465 más TN en CPSS					
							396 (283 a 519)	943 (943 a 943)	393 (280 a 514)	935 (935 a 935)	336 (240 a 441)	801 (801 a 801)		
							547 menos FP en CPSS	542 menos FP en CPSS	465 menos FP en CPSS					

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%

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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
								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	
verdaderos positivos (pacientes con)	8 Estudios 2605 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	serio ^b	serio ^c	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
48 más TP en FAST								55 más TP en FAST		169 más TP en FAST				
9 (6 a 12)								57 (57 a 57)	10 (7 a 14)	65 (65 a 65)	30 (22 a 42)	199 (199 a 199)		
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)														
Verdaderos negativos (pacientes sin)	8 Estudios 2605 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	serio ^b	serio ^c	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
48 menos FN en FAST								55 menos FN en FAST		169 menos FN en FAST				

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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	
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)														
							462 más TN en FAST		458 más TN en FAST		392 más TN en FAST			
							481 (245 a 707)	943 (943 a 943)	477 (243 a 701)	935 (935 a 935)	409 (208 a 601)	801 (801 a 801)		
							462 menos FP en FAST		458 menos FP en FAST		392 menos FP en FAST			

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%

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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
			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%		
								OPSS	diagnóstico al alta	OPSS	diagnóstico al alta	OPSS	diagnóstico al alta	
verdaderos positivos (pacientes con)	1 Estudios 325 pacientes	corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)	serio ^a	no es serio	serio ^b	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
							0 menos TP en OPSS	0 menos TP en OPSS	0 menos TP en OPSS	0 menos TP en OPSS	0 menos TP en OPSS	0 menos TP en OPSS		
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)							0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)		
							0 menos FN en OPSS	0 menos FN en OPSS	0 menos FN en OPSS	0 menos FN en OPSS	0 menos FN en OPSS	0 menos FN en OPSS		
Verdaderos negativos (pacientes sin)	1 Estudios 325 pacientes		serio ^a	no es serio	serio ^b	serio ^c	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)	

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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	
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)		corte transversal (estudio preciso de tipo cohorte)												
							0 menos TN en OPSS	0 menos TN en OPSS	0 menos TN en OPSS					
							0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	0 (0 a 0)	
							0 menos FP en OPSS	0 menos FP en OPSS	0 menos FP en OPSS	0 menos FP en OPSS	0 menos FP en OPSS	0 menos FP en OPSS	0 menos FP en OPSS	

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%

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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%		
verdaderos positivos (pacientes con)	7 Estudios 226 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	serio ^a	muy serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	56 (13 a 57)	64 (15 a 65)	197 (46 a 199)	⊕⊕⊕⊕ MUY BAJA	
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								1 (0 a 44)	1 (0 a 50)	2 (0 a 153)		
Verdaderos negativos (pacientes sin)	7 Estudios 226 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	serio ^a	muy serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	868 (783 a 915)	860 (776 a 907)	737 (665 a 777)		⊕⊕⊕⊕ MUY BAJA
Falsos positivos (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%	
verdaderos positivos (pacientes con)	909 Estudios 8 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio ^a	serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	22 (9 a 39)	25 (10 a 45)	78 (32 a 137)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								35 (18 a 48)	40 (20 a 55)	121 (62 a 167)	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	909 Estudios 8 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio ^a	serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	943 (886 a 943)	935 (879 a 935)	801 (753 a 801)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								0 (0 a 57)	0 (0 a 56)	0 (0 a 48)	

Explicaciones

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

b. No población latinoamericana

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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%		
verdaderos positivos (pacientes con)	15 Estudios 1107 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	serio ^a	serio ^b	serio ^c	no es serio	ninguno	46 (41 a 49)	52 (47 a 56)	159 (143 a 171)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								11 (8 a 16)	13 (9 a 18)	40 (28 a 56)		
Verdaderos negativos (pacientes sin)	15 Estudios 1107 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	serio ^a	serio ^b	serio ^c	no es serio	ninguno	896 (811 a 924)	888 (804 a 916)	761 (689 a 785)		⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA
Falsos positivos (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

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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%	
verdaderos positivos (pacientes con)	1 Estudios 44331 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio ^{a,b}	serio ^{a,c}	serio ^{a,d}	muy serio ^b	asociación muy fuerte	39 (39 a 40)	45 (45 a 46)	137 (137 a 139)	⊕⊕⊕⊕ MUY BAJA
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								18 (17 a 18)	20 (19 a 20)	62 (60 a 62)	
Verdaderos negativos (pacientes sin)	1 Estudios 44331 pacientes	Estudios de tipo cohorte y casos y controles	muy serio ^{a,c}	serio ^{a,d}	serio ^d	muy serio ^b	asociación muy fuerte	688 (687 a 697)	683 (681 a 691)	585 (584 a 592)	⊕⊕⊕⊕ MUY BAJA
Falsos positivos (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

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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%	
verdaderos positivos (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
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								14 (8 a 22)	16 (9 a 25)	47 (27 a 76)	
Verdaderos negativos (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
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								120 (35 a 205)	119 (34 a 203)	102 (29 a 174)	

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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)						Prevalencias			5.7%	6.5%	19.9%
Especificidad		0.69 (95% CI: 0.57 a 0.81)											
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%			
verdaderos positivos (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		
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								9 (3 a 15)	10 (4 a 17)	32 (12 a 51)			
Verdaderos negativos (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	
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								295 (180 a 409)	292 (179 a 406)	250 (153 a 348)			

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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%	
verdaderos positivos (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
Falsos negativos (pacientes incorrectamente clasificados de no tener)								0 (0 a 1)	0 (0 a 1)	0 (0 a 2)	
Verdaderos negativos (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
Falsos positivos (pacientes clasificados incorrectamente como)								104 (34 a 173)	103 (34 a 172)	88 (29 a 147)	

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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%)	OR 0.85 (0.78 a 0.93)	40 menos por 1,000 (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 ^a	ninguno	1649/4891 (33.7%)	1761/4427 (39.8%)	OR 0.75 (0.69 a 0.82)	67 menos por 1,000 (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 ^b	serio ^c	ninguno	1043/5372 (19.4%)	865/4815 (18.0%)	OR 1.18 (1.06 a 1.30)	26 más por 1,000 (de 9 más a 42 más)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO
Hemorragia intracerebral sintomática (seguimiento: rango 1 meses a 18 meses)												
22	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	serio ^b	no es serio	ninguno	402/5372 (7.5%)	84/4814 (1.7%)	OR 3.75 (3.11 a 4.51)	45 más por 1,000 (de 35 más a 57 más)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; OR: Razón de momios

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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	Trombolisis 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%)	OR 2.39 (1.88 a 3.04)	197 más por 1,000 (de 139 más a 258 más)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	CRÍTICO
Mortalidad												
5	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^a	ninguno	97/633 (15.3%)	122/649 (18.8%)	OR 0.80 (0.60 a 1.07)	32 menos por 1,000 (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%)	OR 2.39 (1.88 a 3.04)	197 más por 1,000 (de 139 más a 258 más)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	CRÍTICO

CI: Intervalo de confianza ; **OR:** Razón de momios

Explicaciones

a. IC incluye 0.75

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

Pregunta 5: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son los tratamientos diferentes a la reperusión (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, Chiamonte 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 ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	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 ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	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)												

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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 ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	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 ^a	serio ^c	no es serio	serio ^b	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: I² > 50%

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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 ^a	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 ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	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 ^a	no es serio	no es serio	no es serio	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación ^c	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)												

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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 ^a	serio ^d	no es serio	serio ^b	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 (i2=75%)

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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							№ de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
№ 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 ^a	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 ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	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 ^a	serio ^c	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
Eventos adversos: hipoglicemia sintomática (seguimiento: media 2 días)												

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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)		
10	ensayos aleatorios	serio ^a	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%

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

Autor(es): Carlos Alva Diaz, Victor 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 ^a	no es serio	serio ^b	serio ^c	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 ^a	no es serio	serio ^b	serio ^c	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 ^a	no es serio	serio ^b	serio ^c	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.

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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 ^a	no es serio	serio ^b	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 ^a	no es serio	serio ^b	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)												
7	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	serio ^b	serio ^c	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)												

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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)		
7	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	serio ^b	serio ^c	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 extracranial masiva (seguimiento: rango 5 días a 180 días)												
7	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	serio ^b	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, Victor 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 ^b	no es serio	no es serio	serio ^c	se sospechaba fuertemente sesgo de publicación ^d	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 ^e	serio ^c	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 ^b	no es serio	no es serio	muy serio ^{c,f}	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)												
8	ensayos aleatorios	serio ^b	no es serio	no es serio	muy serio ^{c,f}	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

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

- 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. número de eventos < 300

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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

Fecha:

PICO 5.7.1: 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 ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	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)												
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

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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)		
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 traviesa puntos de imprecisión (0.75,1.25)

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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

PICO 5.7.2: 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 ^a	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
Reurrencia de ACV												
4	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^b	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 ^b	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

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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 masiva												
4	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	muy serio ^b	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, Victor Velásquez Rimachi

PICO 5.8: 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 Amarencu, 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) ¹												
18	estudios observacionales	serio ^a	serio ^b	no es serio	serio ^c	ninguno	OR 0.63; IC95%, 0.54 a 0.74; 109837 pacientes				⊕⊕⊕⊕ MUY BAJA	CRÍTICO
Muerte por cualquier causa (seguimiento: 90 días) ¹												
11	estudios observacionales	serio ^a	serio ^b	no es serio	serio ^c	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) ¹												
9	estudios observacionales	serio ^a	serio ^b	no es serio	serio ^c	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) ¹												
9	estudios observacionales	serio ^a	serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	OR 1.41; IC95%, 1.29 a 2.56; 17 606 pacientes				⊕⊕⊕⊕ MUY BAJA	CRÍTICO
Recurrencia de ACV o AIT (seguimiento: mediana 4.9 años) ²												

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). *Acta Med Peru.* 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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)		
1	ensayos aleatorios	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^c	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 neuroprotección 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 ^a	muy serio ^{a,b}	no es serio	muy serio ^{b,c}	todos los posibles factores de confusión residuales podrían reducir el efecto demostrado	315/2080 (15.1%)	314/1934 (16.2%)	OR 0.91 (0.77 a 1.09)	12 menos por 1.000 (de 12 más a 32 menos)	⊕⊕⊕⊕ MUY BAJA	IMPORTANTE
Dependencia (evaluado con : Rankin)												
4	ensayos aleatorios	no es serio	muy serio ^b	no es serio	muy serio ^{b,c}	todos los posibles factores de confusión residuales podrían reducir el efecto demostrado	950/1626 (58.4%)	909/1484 (61.3%)	OR 1.02 (0.87 a 1.19)	5 más por 1.000 (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 ^b	no es serio	muy serio ^{b,c}	todos los posibles factores de confusión residuales podrían reducir el efecto demostrado	1746/11555 (15.1%)	1630/10419 (15.6%)	OR 1.04 (0.96 a 1.13)	5 más por 1.000 (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

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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 confusión residual plausible sugiere efecto espurio, mientras que no se observó ningún efecto.	445/843 (52.8%)	313/857 (36.5%)	OR 0.98 (0.81 a 1.20)	5 menos por 1.000 (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%)	OR 1.05 (0.87 a 1.27)	12 más por 1.000 (de 35 menos a 59 más)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ALTA	

CI: Intervalo de confianza ; **OR:** Razón de momios

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). *Acta Med Peru*. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

6.3. MANITOL

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

Bibliografía: Berezcki 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%)	OR 1.03 (0.47 a 2.25)	5 más por 1.000 (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%)	OR 1.20 (0.51 a 2.82)	43 más por 1.000 (de 137 menos a 253 más)	⊕⊖⊖⊖ MUY BAJA	

CI: Intervalo de confianza ; **OR:** Razón de momios

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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%)	RR 1.10 (0.90 a 1.34)	9 más por 1.000 (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%)	RR 0.96 (0.85 a 1.07)	21 menos por 1.000 (de 37 más a 79 menos)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	

CI: Intervalo de confianza ; RR: Razón de riesgo

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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 ^a	no es serio	muy serio ^b	todos los posibles factores de confusión residuales podrían reducir el efecto demostrado			ln(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 ^a	no es serio	muy serio ^b	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

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, *et al.* Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). *Acta Med Peru*. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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%)	RR 2.05 (1.54 a 2.72)	322 más por 1,000 (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 ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	ninguno	44/165 (26.7%)	24/173 (13.9%)	RR 1.58 (1.02 a 2.46)	80 más por 1,000 (de 3 más a 203 más)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA	CRÍTICO
Discapacidad moderada a severa (seguimiento: media 12 meses ; evaluado con : Escala modificada de Rankin < 5)												

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). *Acta Med Peru.* 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

Certainty assessment							Nº de pacientes		Efecto		Certainty	Importancia
Nº de estudios	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	craneotomía descomprensiva (hemicraneotomía)	tratamiento médico estándar	Relativo (95% CI)	Absoluto (95% CI)		
7	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	97/165 (58.8%)	41/173 (23.7%)	RR 2.25 (1.51 a 3.35)	296 más por 1,000 (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 ^a	no es serio ^b	no es serio	ninguno	339/429 (79.0%)	344/429 (80.2%)	OR 0.93 (0.67 a 1.30)	12 menos por 1.000 (de 38 más a 71 menos)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODERADO	
Mortalidad (seguimiento: 6 meses ; evaluado con : muerte)												

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaringa-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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)		
1	ensayos aleatorios	no es serio	serio	no es serio ^b	no es serio	ninguno	182/429 (42.4%)	207/429 (48.3%)	OR 0.79 (0.60 a 1.03)	58 menos por 1.000 (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 isquémico 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 ^a	serio ^b	no es serio	no es serio	ninguno	OR 0.58 (0.28 a 1.21)	1 menos por 1.000 (de 0 menos a 1 menos)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ BAJA
Úlceras por presión (evaluado con : desarrollo de úlceras por presión)									
2	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	ninguno	OR 0.56 (0.32 a 0.96)	1 menos por 1.000 (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)		
Comunicacion funcional												

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barríos K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). *Acta Med Peru*. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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)		
5	ensayos aleatorios	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	ninguno	210	166	-	SMD 0.28 SD más (0.06 más a 0.49 más)	⊕⊕⊖ ⊖ BAJA	
Comprensión lectora												
5	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^c	no es serio	serio ^b	ninguno	149	104	-	SMD 0.29 SD más alto. (0.03 más alto. a 0.55 más alto.)	⊕⊕⊕ ⊖ MUY BAJA	
Nominación												
6	ensayos aleatorios	serio ^a	serio ^c	no es serio	serio ^b	ninguno	131	144	-	SMD 0.14 SD más alto. (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

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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 ^a	no es serio	no es serio	ninguno	OR 0.52 (0.30 a 0.88)	1 menos por 1.000 (de 0 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕⊕ MUY BAJA
Neumonía									
5	estudios observacionales	no es serio	muy serio	no es serio	no es serio	ninguno	OR 0.50 (0.24 a 1.04)	1 menos por 1.000 (de 0 menos a 1 menos)	⊕⊕⊕⊕ MUY BAJA
Mortalidad									
2	estudios observacionales	serio	muy serio ^a	serio	serio	ninguno	OR 0.83 (0.46 a 1.51)	1 menos por 1.000 (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

Citar como: Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní-Saldaña Ch, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). Acta Med Peru. 2020;37(1):54-73. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>

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