

Pregunta 5: En pacientes con ACVi ¿Cuáles son los tratamientos diferentes a la reperusión y de prevención secundaria más efectivos y seguros?

Conceptos previos:

Las personas que sobreviven a un ACVi o AIT presentan un mayor riesgo de un nuevo evento, que a menudo es más grave, discapacitante y costoso que el evento inicial. (76) El riesgo de ACV recurrente después de un ACVi o AIT es de aproximadamente 1% a las 6 h, 2% a las 12 h, 3% a los 2 días, 5% a los 7 días y 10% a las 14 días. Los tratamientos que podrían reducir este riesgo, que denominamos prevención secundaria, incluyen la terapia antitrombótica y el control de los factores de riesgo causales según corresponda en cada paciente. (76-78)

- La atención de los pacientes con ACVi requieren de un equipo multidisciplinario entrenado específicamente para este tipo de pacientes debido al conjunto de evaluaciones e intervenciones que se realizan, su creciente complejidad y elevado costo, incluso en algunas instituciones pueden realizarse en espacios físicos exclusivos para este propósito.
- *El monitoreo continuo* de las funciones vitales (presión arterial, frecuencia y ritmo cardiaco, frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, la temperatura y glicemia) permitirá identificar variaciones de estos parámetros que podrían requerir intervenciones dirigidas a mantenerlos dentro de su rango fisiológico (homeostasis) que podrían beneficiar al paciente con ACVi. (79)
- Se postula *modificar la Presión Arterial (PA) deliberadamente durante el episodio* de ACVi, debido a que durante el evento se suele encontrar la PA elevada, sin que se precise el mecanismo que puede ser debido a hipertensión crónica o a una respuesta simpática aguda u otros mecanismos mediados por el evento. (80) Sin embargo, en muchos casos la presión arterial agudamente elevada es necesaria para mantener la perfusión cerebral en los límites de las áreas isquémicas o zona de penumbra (teoría de protección). (81) La PA tiene un comportamiento en forma de U con desenlaces de morbimortalidad durante el evento, con mayor riesgo de recurrencia de ACVi con PA sistólica > 200 mmHg frente a 130 mmHg, mientras que la PAS <120 mmHg se asoció con un mayor riesgo de muerte por enfermedad coronaria. (82)
- La *hiperglicemia*, (glicemia >126 mg/dL o >7,0 mmol/L), es frecuente en pacientes con o sin diabetes que presentan ACVi y se asocia con peores resultados (83, 84) y se asocia con una reducción del rescate de área de penumbra y un mayor tamaño final del infarto. (85) Por todo esto es razonable *tratar la hiperglicemia*, siendo recomendada por la “American Heart Association/American Stroke Association” para mantener niveles de entre 140 a 180 mg/dL (7.8 to 10 mmol/L) (67) y la “European Stroke Initiative” para glicemia >180 mg/dL (>10 mmol/L) [23] (86).
- La *fiebre* puede contribuir a empeorar la lesión cerebral en pacientes con ACVi a través de mecanismos como mayor liberación de neurotransmisores, mayor liberación de radicales libres, proteólisis, inhibición de proteínas quinasas, entre otros. (87)
- La mayoría de los ACVi son causados por una obstrucción arterial súbita, frecuentemente secundaria a que las plaquetas se activan y pueden causar la formación de trombos o coágulos de sangre. El *tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes* podría prevenir la formación de nuevos coágulos, mejorando la recuperación y disminuyendo las recurrencias

de un ACVi. Sin embargo, los diferentes terapias antiagregante plaquetarias o anticoagulantes también se asocian a aumento del riesgo de hemorragia cerebral y gastrointestinal. (88) Es importante resaltar que la terapia anticoagulante inmediata se diferencia a la terapia anticoagulante para ECV de causa cardioembólica la cual suele indicarse luego de la primera semana de iniciado el cuadro clínico tomando en cuenta la severidad y extensión del infarto y que estaría fuera del ámbito de esta GPC.

- Los niveles elevados de colesterol en sangre son un factor de riesgo para los ACVi. Las *estatinas* son medicamentos frecuentemente indicados para el tratamiento de la hipercolesterolemia y su uso se asocia con disminución de la morbimortalidad cardio y cerebrovascular. (89) Esto se produciría por aumento de la biodisponibilidad de óxido nítrico que regula la perfusión cerebral y mejora la función endotelial, propiedades antioxidantes, la inhibición de respuestas inflamatorias, acciones inmunomoduladoras, la regulación de células progenitoras y la estabilización de placas ateroscleróticas. En pacientes con ACVi, las estatinas podrían actuar mediante un efecto neuroprotector, limitando el daño e incentivando la recuperación del ACVi o mediante un efecto endotelial antitrombótico que podría prevenir la recurrencia temprana de nuevos eventos vasculares. (90)

Justificación de la pregunta:

- Para los pacientes que presentan un diagnóstico de ACVi que no han recibido tratamiento con reperfusión o en los que sí han recibido tratamiento con reperfusión es necesario saber cuáles serían las alternativas terapéuticas diferentes a la reperfusión más efectivas y seguras.
- Sin embargo, los tratamientos efectivos no siempre se implementan óptimamente en la práctica clínica. Los ACVi recurrentes se representan hasta en 25-30% de todos los ACVi y reflejan una prevención secundaria fallida. La implementación inmediata y sostenida de estrategias de prevención secundaria eficaces y apropiadas en pacientes con accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio por primera vez tiene el potencial de reducir la recurrencia del accidente cerebrovascular hasta en una cuarta parte. (76)
- Por lo tanto, en pacientes con ACVi a quienes se les haya aplicado o no terapia de reperfusión es necesario contar con intervenciones efectivas y seguras para prevenir la recurrencia de ACVi y proteger la zona de penumbra. El GEG local consideró que estas intervenciones podrían ser: 1) *el monitoreo continuo*, 2) *modificar la PA*, 3) *mantener la glicemia entre 70 a 135mg/dL*, 4) *reducir la temperatura corporal (hipotermia terapéutica)*, 5) *antiagregación simple*, 6) *antiagregación dual*, 7) *anticoagulación* 8) *uso de estatinas*. En ese sentido, el GEG consideró pertinente evaluar las intervenciones antes mencionadas con la intención de evaluar los distintos perfiles de eficacia y seguridad.

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), como se detalla en la sección de métodos.

La Guía Colombiana realizó RS con respecto a esta pregunta. Se realizó una actualización de la GC encontrándose algunas RS publicadas como artículo científico que actualizan la evidencia

para algunas de las intervenciones: Bath (2014) (91), Liu (2016) (92), Sandercock (2015) (93) y Ni Chroinin (2013) (94).

RS	Puntaje en AMSTAR 2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por la RS	Observaciones
Ciccone (2013) (95)	15	Noviembre 2012	3	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte o discapacidad • Muerte por cualquier causa • Muerte por causas cardiovasculares • Duración de la hospitalización 	
Bath (2014) (91)	12	Mayo 2014	26	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte o dependencia al final del seguimiento • Muerte temprana • Muerte tardía • Déficit neurológico temprano 	RS que incluye ECA tanto de población de ECV isquémico como hemorrágico
Bellolio (2014) (96)	15	Septiembre 2013	11	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte o dependencia mayor severa • Déficit neurológico • Evento Adverso: Hipoglicemia • Evento Adverso: Hipoglicemia sintomática 	
Den Hertog (2009) (97)	12	Diciembre 2007	5	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte o dependencia mayor • Muerte • Evento Adverso: infecciones 	
Sandercock (2014) (88)	13	Octubre 2013	8	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte o dependencia mayor • Muerte por cualquier causa • Recurrencia de ACV • Evento Adverso: Hemorragia intracraneal • Evento Adverso: Hemorragia extracraneal masiva 	
Liu 2016 (92)	13	Julio 2016	10	<ul style="list-style-type: none"> • Recurrencia de ACV • Desarrollo de eventos vasculares mayores • Evento adverso: hemorragia intracraneal 	
Sandercock (2015)(93)	14	Junio 2014	24	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte o dependencia mayor • Muerte por cualquier causa • Recurrencia de ACV • Evento Adverso: Hemorragia intracraneal • Evento Adverso: Hemorragia extracraneal masiva 	
Ni Chroinin (2013) (94)	8	Agosto 2011	27	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte a los 30 días • Muerte a los 90 días • Buen estado funcional a los 30 días • Buen estado funcional a los 90 días 	RS que incluye ECA y EO.

Squizzato (2011) (98)	15	Noviembre 2010	8	• Recurrencia de ACV	
-----------------------	----	----------------	---	----------------------	--

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Intervenciones	Paciente/Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces de la intervención
5.1	Pacientes con ACVi	Monitoreo continuo /intermitente	Muerte o discapacidad Muerte por cualquier causa Muerte por causas cardiovasculares Duración de la hospitalización
5.2	Pacientes con ACVi	Modificar la PA deliberadamente / no modificarla	Muerte o dependencia mayor al final del seguimiento Muerte temprana Muerte tardía Déficit neurológico temprano
5.3	Pacientes con ACVi	Control glicémico estricto con insulina para mantener niveles de 72 a 135 mg/dL/ no intervenir	Muerte o dependencia mayor severa Déficit neurológico Evento Adverso: Hipoglicemia Evento Adverso: Hipoglicemia sintomática
5.4	Pacientes con ACVi	Reducir la temperatura corporal (hipotermia)/no reducirla	Muerte o dependencia mayor Muerte Evento Adverso: infecciones
5.5	Pacientes con ACVi	Antiagregación simple/Placebo	Muerte o dependencia mayor Muerte por cualquier causa Recurrencia de ACV Evento Adverso: Hemorragia intracraneal Evento Adverso: Hemorragia extracraneal masiva
5.6	Pacientes con ACVi	Antiagregación dual/ Antiagregación simple	Recurrencia de ACV Desarrollo De eventos vasculares mayores Evento Adverso: Hemorragia intracraneal Evento Adverso: Hemorragia extracraneal masiva
5.7	Pacientes con ACVi	Anticoagulación inmediata/placebo	Muerte o dependencia mayor Muerte por cualquier causa Recurrencia de ACV Evento Adverso: Hemorragia intracraneal Evento Adverso: Hemorragia extracraneal masiva
5.8	Pacientes con ACV	Anticoagulación inmediata /antiagregantes	Muerte o dependencia mayor Muerte durante el periodo de tratamiento Recurrencia de ACV Evento Adverso: Hemorragia intracraneal Evento Adverso: Hemorragia extracraneal masiva
5.9	Pacientes con ACVi	Estatinas/placebo	Muerte a los 30 días Muerte a los 30 días

			Buen resultado funcional a los 30 días Buen resultado funcional a los 90 días Recurrencia de ACV
--	--	--	--

Resumen de la evidencia:

PICO 5.1 Monitoreo continuo frente a intermitente

Debido a que no se encontró ninguna nueva evidencia que actualice la RS seleccionada en la búsqueda de la guía colombiana, el GEG local considero adecuado utilizar la RS de Ciccone (2013), puesto que esta RS realizó un MA considerado adecuado, y a pesar que la búsqueda fue realizada con una antigüedad mayor de 5 años se considera que en este tema la producción científica es limitada, y finalmente los resultados reportados son precisos para los desenlaces priorizados en nuestra pregunta clínica.

- ***Muerte o discapacidad***

En el metaanálisis realizado (n=354, 3 estudios), se encontró una reducción en la muerte o discapacidad posteriores a la monitorización fisiológica continua en comparación con la monitorización intermitente (OR 0.27; IC del 95%: 0.13 a 0.56; efecto absoluto: 276 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia baja**).

- ***Muerte por cualquier causa***

En el metaanálisis realizado (n=354, 3 estudios), se encontró una reducción en la muerte con resultados no significativos e imprecisos, posteriores a la monitorización fisiológica continua en comparación con la monitorización intermitente (OR 0.72; IC del 95%: 0.28 a 1.25; efecto absoluto: 17 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia baja**).

- ***Muerte por causa cardiovascular***

En el metaanálisis realizado (n=354, 3 estudios), se encontró una reducción en la muerte con resultados no significativos e imprecisos, posteriores a la monitorización fisiológica continua en comparación con la monitorización intermitente (OR 0.48; IC del 95%: 0.10 a 2.39; efecto absoluto: 14 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia baja**).

• ***Duración de la hospitalización***

En el metaanálisis realizado (n=354, 3 estudios), se encontró una menor duración de la hospitalización con resultados no significativos e imprecisos, en el grupo de pacientes a quienes se les aplicó monitorización fisiológica continua en comparación con la monitorización intermitente (DM 5.24; IC del 95%: -10.51 a 0.03, **calidad de la evidencia muy baja**).

PICO 5.2 modificar la PA deliberadamente frente a no modificarla

Se encontró nueva evidencia que actualizó la RS utilizada en la guía colombiana. El GEG local considero adecuado utilizar la nueva RS de Bath (2014), puesto que esta RS realizó un MA

considerado adecuado, y la búsqueda fue realizada con una antigüedad no mayor de 5 años y se considera que en este tema la producción científica es limitada, y finalmente los resultados reportados son precisos para los desenlaces priorizados en nuestra pregunta clínica.

- ***Muerte o dependencia (seguimiento:30 días)***

En el metaanálisis realizado (n=11015, 8 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados para modificar su presión arterial en comparación con el grupo al que no se intervino (OR 1.00; IC del 95%: 0.92 a 1.08; efecto absoluto: 0 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia moderada**).

- ***Muerte temprana (menor a 1 mes)***

En el metaanálisis realizado (n=8844, 8 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados para modificar su presión arterial en comparación con el grupo al que no se intervino (OR 1.00; IC del 95%: 0.73 a 1.38; efecto absoluto: 0 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia baja**).

- ***Muerte tardía (mayor a 1 mes)***

En el metaanálisis realizado (n=11238, 10 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados para modificar su presión arterial en comparación con el grupo al que no se intervino (OR 0.95; IC del 95%: 0.78 a 1.16; efecto absoluto: 3 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia baja**).

- ***Deterioro neurológico temprano (menor a 1 mes)***

En el metaanálisis realizado (n=3349, 2 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados para modificar su presión arterial en comparación con el grupo al que no se intervino (OR 0.58; IC del 95%: 0.09 a 3.82; efecto absoluto: 23 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia muy baja**).

PICO 5.3 Control glicémico estricto con insulina para mantener niveles de 72 a 135 mg/dL frente a no intervenir

Debido a que no se encontró ninguna nueva evidencia que actualice la RS seleccionada en la búsqueda de la guía colombiana, el GEG local considero adecuado utilizar la RS de Bellolio (2014), puesto que esta RS realizó un MA considerado adecuado, la búsqueda fue realizada con una antigüedad no mayor de 5 años y se considera que en este tema la producción científica es limitada, y finalmente los resultados reportados son precisos para los desenlaces priorizados en nuestra pregunta clínica.

- ***Muerte o dependencia mayor severa***

En el metaanálisis realizado (n=1516, 9 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados con insulina en comparación con el grupo al que no se intervino (OR 0.99; IC del 95%: 0.79 a 1.23; efecto absoluto: 2 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia moderada**).

-

- **Déficit neurológico**

En el metaanálisis realizado (n=1224, 8 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados con insulina en comparación con el grupo al que no se intervino (OR 1.03; IC del 95%: 0.81 a 1.32; efecto absoluto: 6 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, *calidad de la evidencia baja*).

- **Evento adverso: Hipoglicemia**

En el metaanálisis realizado (n=1455, 10 estudios), se encontró una mayor presencia de hipoglicemia entre los pacientes tratados con insulina en comparación con el grupo al que no se intervino (OR 14.06; IC del 95%: 6.6 a 32.2; efecto absoluto: 53 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, *calidad de la evidencia baja*).

- **Evento adverso: Hipoglicemia sintomática**

En el metaanálisis realizado (n=1455, 10 estudios), se encontró una gran elevación del riesgo de hipoglicemia sintomática entre los pacientes tratados con insulina en comparación con el grupo al que no se intervino (OR 18.4; IC del 95%: 9.1 a 37.3; efecto absoluto: 142 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, *calidad de la evidencia moderada*).

PICO 5.4 Hipotermia terapéutica frente a no reducir la temperatura

Debido a que no se encontró ninguna nueva evidencia que actualice la RS seleccionada en la búsqueda de la guía colombiana, el GEG local considero adecuado utilizar la RS de Den Hertog (2009), puesto que esta RS realizó un MA considerado adecuado, y a pesar que la búsqueda fue realizada con una antigüedad mayor de 5 años, se considera que en este tema los resultados son relativamente concluyentes.

- **Muerte o dependencia mayor**

En el metaanálisis realizado (n=350, 9 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados con hipotermia terapéutica en comparación con el grupo sin intervención (OR 0.92; IC del 95%: 0.59 a 1.42; efecto absoluto: 21 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, *calidad de la evidencia muy baja*).

- **Muerte por cualquier causa**

En el metaanálisis realizado (n=423, 10 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados con hipotermia terapéutica en comparación con el grupo sin intervención (OR 0.9; IC del 95%: 0.5 a 1.5; efecto absoluto: 15 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, *calidad de la evidencia muy baja*).

- **Evento adverso: Infecciones**

En el metaanálisis realizado (n=423, 10 estudios), no se encontró diferencias, pero hubo un mayor riesgo de infecciones con resultados no significativos e imprecisos, entre los pacientes tratados con hipotermia terapéutica en comparación con el grupo sin intervención (OR 1.46; IC del 95%: 0.82 a 2.61; efecto absoluto: 46 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, *calidad de la evidencia muy baja*).

PICO 5.5 Antiagregación simple frente a placebo

Debido a que no se encontró ninguna nueva evidencia que actualice la RS seleccionada en la búsqueda de la guía colombiana, el GEG local considero adecuado utilizar la RS de Sandercock (2014), puesto que esta RS realizó un MA considerado adecuado, la búsqueda fue realizada con una antigüedad no mayor de 5 años, y finalmente los resultados reportados son precisos para los desenlaces priorizados en nuestra pregunta clínica.

- ***Muerte o dependencia mayor***

En el metaanálisis realizado (n=41291, 4 estudios), se encontró una menor mortalidad entre los pacientes tratados con antiagregación simple en comparación con el grupo placebo (OR 0.95; IC del 95%: 0.91 a 0.99; efecto absoluto: 13 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, ***calidad de la evidencia baja***).

- ***Muerte por cualquier causa***

En el metaanálisis realizado (n=41483, 7 estudios), se encontró una menor mortalidad entre los pacientes tratados con antiagregación simple en comparación con el grupo placebo (OR 0.92; IC del 95%: 0.87 a 0.98; efecto absoluto: 9 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, ***calidad de la evidencia baja***).

- ***Recurrencia de ACV***

En el metaanálisis realizado (n=41042, 7 estudios), se encontró una menor recurrencia de ACV entre los pacientes tratados con antiagregación simple en comparación con el grupo placebo (OR 0.77; IC del 95%: 0.69 a 0.87; efecto absoluto: 7 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACV tratados, ***calidad de la evidencia muy baja***).

- ***Evento adverso: Hemorragia intracraneal***

En el metaanálisis realizado (n=41042, 7 estudios), no se encontró una diferencia entre los pacientes tratados con antiagregación simple en comparación con el grupo placebo (OR 1.23; IC del 95%: 1.00 a 1.50; efecto absoluto: 2 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, ***calidad de la evidencia muy baja***).

- ***Evento adverso: Hemorragia extracraneal masiva***

En el metaanálisis realizado (n=41042, 7 estudios), se encontró una mayor presencia de hemorragia extracraneal masiva entre los pacientes tratados con antiagregación simple en comparación con el grupo placebo (OR 1.69; IC del 95%: 1.35 a 2.11; efecto absoluto: 4 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, ***calidad de la evidencia baja***).

PICO 5.6 Antiagregación dual frente a simple

Debido a que se encontró nueva evidencia que actualizó la RS seleccionada en la búsqueda de la guía colombiana, el GEG local considero adecuado utilizar la RS de Liu (2016), debido a que esta RS realizó un MA considerado adecuado, y la búsqueda fue realizada con una antigüedad no mayor de 5 años y reporta resultados para los desenlaces priorizados en nuestra pregunta clínica.

- **Recurrencia de ECV**
En el metaanálisis realizado (n=8969, 10 estudios), se encontró una menor recurrencia, con resultados imprecisos, de ACVi entre los pacientes tratados con antiagregación doble en comparación con la antiagregación simple (OR 0.65; IC del 95%: 0.56 a 0.76; efecto absoluto: 31 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia muy baja**).
- **Eventos vasculares mayores**
En el metaanálisis realizado (n=7572, 5 estudios), se encontró un menor riesgo, con resultados imprecisos, de eventos vasculares mayores entre los pacientes tratados con antiagregación doble en comparación con la antiagregación simple (OR 0.70; IC del 95%: 0.60 a 0.81; efecto absoluto: 31 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia baja**).
- **Evento adverso: Hemorragia intracraneal**
En el metaanálisis realizado (n=8382, 8 estudios), no se encontró una diferencia, entre los pacientes tratados con antiagregación dual en comparación con la antiagregación simple (OR 1.29; IC del 95%: 0.56 a 2.93; efecto absoluto: 1 evento más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia muy baja**).
- **Evento adverso: Hemorragia extracraneal masiva**
En el metaanálisis realizado (n=8382, 8 estudios), no se encontró una diferencia, entre los pacientes tratados con antiagregación doble en comparación con la antiagregación simple (OR 1.44; IC del 95%: 0.72 a 2.88; efecto absoluto: 1 evento más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia muy baja**).

PICO 5.7 Anticoagulación inmediata frente a placebo

Debido a que se encontró nueva evidencia que actualizó la RS seleccionada en la búsqueda de la guía colombiana, el GEG local considero adecuado utilizar la RS de Sandercock (2015), ya que a que esta RS realizó un MA considerado adecuado, y la búsqueda fue realizada con una antigüedad no mayor de 5 años, y finalmente los resultados reportados son precisos para los desenlaces priorizados en nuestra pregunta clínica.

- **Muerte o dependencia mayor**
En el metaanálisis realizado (n=22125, 8 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados con anticoagulación en comparación con el grupo placebo (OR 0.99; IC del 95%: 0.93 a 1.04 ; efecto absoluto: 2 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia moderada**).
- **Muerte por cualquier causa**
En el metaanálisis realizado (n=23226, 11 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados con anticoagulación en comparación con el grupo placebo (OR 1.05; IC del 95%: 0.98 a 1.12; efecto absoluto: 8 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia alta**).
- **Recurrencia de ACV**

En el metaanálisis realizado (n=21605, 11 estudios), se encontró una menor recurrencia de ACV entre los pacientes tratados con anticoagulación en comparación con el grupo placebo (OR 0.76; IC del 95%: 0.65 a 0.85; efecto absoluto: 8 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia baja**).

- **Evento adverso: Hemorragia intracraneal**

En el metaanálisis realizado (n=22943, 16 estudios), se encontró un gran incremento del riesgo de hemorragia intracraneal entre los pacientes tratados con anticoagulación en comparación con el grupo placebo (OR 2.55; IC del 95%: 1.95 a 3.33; efecto absoluto: 7 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia alta**).

- **Evento adverso: Hemorragia extracraneal masiva**

En el metaanálisis realizado (n=22255, 18 estudios), se encontró un gran incremento del riesgo de hemorragia extracraneal masiva entre los pacientes tratados con anticoagulación en comparación con el grupo placebo (OR 2.99; IC del 95%: 2.24 a 3.99; efecto absoluto: 8 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia alta**).

PICO 5.8 Anticoagulación inmediata frente a antiagregación

Debido a que no se encontró ninguna nueva evidencia que actualice la RS seleccionada en la búsqueda de la guía colombiana, el GEG local considero adecuado utilizar la RS de Berge (2002), puesto que esta RS realizó un MA considerado adecuado, y aunque la búsqueda fue realizada con una antigüedad mayor de 5 años, la producción científica en este tema se considera limitada puesto que las nuevas investigaciones en anticoagulación se realizan en pacientes con ECV de causa cardioembólica y no en pacientes con ACVi, finalmente los resultados reportados son precisos para los desenlaces priorizados en nuestra pregunta clínica.

- **Muerte o dependencia mayor**

En el metaanálisis realizado (n=11527, 4 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados con anticoagulación en comparación con el grupo antiagregación (OR 1.07; IC del 95%: 0.99 a 1.15 ; efecto absoluto: 16 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia moderada**).

- **Muerte durante el periodo de tratamiento**

En el metaanálisis realizado (n=11721, 4 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados con anticoagulación en comparación con el grupo antiagregación (OR 1.04; IC del 95%: 0.92 a 1.19; efecto absoluto: 3 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia alta**).

- **Recurrencia de ECV**

En el metaanálisis realizado (n=11646, 4 estudios), no se encontró diferencias entre los pacientes tratados con anticoagulación en comparación con el grupo antiagregación (OR 1.09; IC del 95%: 0.89 a 1.33; efecto absoluto: 2 eventos más por cada 1000 pacientes con ACV tratados, **calidad de la evidencia moderada**).

- **Evento adverso: Hemorragia intracraneal**

En el metaanálisis realizado (n=11646, 3 estudios), se encontró un grán incremento del riesgo de hemorragia intracraneal entre los pacientes tratados con anticoagulación en comparación con el grupo antiagregación (OR 2.27; IC del 95%: 1.49 a 3.46; efecto absoluto: 7 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia moderada**).

- **Evento adverso: Hemorragia extracraneal masiva**

En el metaanálisis realizado (n=11721, 4 estudios), se encontró una mayor presencia de hemorragia extracraneal masiva entre los pacientes tratados con anticoagulación en comparación con el grupo antiagregación (OR 1.94; IC del 95%: 1.20 a 3.12;; efecto absoluto: 4 eventos más por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia baja**).

PICO 5.9 Estatinas frente a placebo

Debido a que se encontró nueva evidencia que actualizó la RS seleccionada en la búsqueda de la guía colombiana, el GEG local considero adecuado utilizar la RS de Ni Chroinin (2013), ya que, esta RS realizó un MA considerado adecuado, y aunque la búsqueda fue realizada con una antigüedad mayor de 5 años, se considera que la producción científica para este tema es limitada; finalmente los resultados reportados son precisos para los desenlaces priorizados en nuestra pregunta clínica. También, el GEG local consideró que la RS Squizzato (2011), seleccionada por la guía colombiana, sería importante tomarla en cuenta para uno de los desenlaces priorizados para nuestra pregunta clínica.

- **Muerte por cualquier causa (seguimiento:30 días)**

En el metaanálisis realizado (n=109837, 18 estudios), se encontró menor mortalidad entre los pacientes tratados con estatinas en comparación con el grupo placebo (OR 0.63; IC del 95%: 0.54 a 0.74; **calidad de la evidencia muy baja**).

- **Muerte por cualquier causa (seguimiento:90 días)**

En el metaanálisis realizado (n=101615, 11 estudios), se encontró menor mortalidad, con resultados imprecisos, entre los pacientes tratados con estatinas en comparación con el grupo placebo (OR 0.71; IC del 95%: 0.62 a 0.82, **calidad de la evidencia muy baja**).

- **Buen resultado funcional (seguimiento:30 días)**

En el metaanálisis realizado (n=17512, 9 estudios), se encontró una mayor probabilidad de presentar un buen resultado funcional, con resultados imprecisos, entre los pacientes tratados con estatinas en comparación con el grupo placebo (OR 1.64; IC del 95%: 1.14 a 2.36, **calidad de la evidencia muy baja**).

- **Buen resultado funcional (seguimiento:90 días)**

En el metaanálisis realizado (n=17606, 9 estudios), se encontró una mayor probabilidad de presentar un buen resultado funcional entre los pacientes tratados con estatinas en comparación con el grupo placebo (OR 1.41; IC del 95%: 1.29 a 2.56, **calidad de la evidencia muy baja**).

- **Recurrencia de ACV**

En el análisis realizado (n=4732, 1 estudios), se encontró menor recurrencia de ACV entre los pacientes tratados con estatinas en comparación con el grupo placebo (HR 0.77; IC del 95%: 0.67 a 0.88; efecto absoluto: 42 eventos menos por cada 1000 pacientes con ACVi tratados, **calidad de la evidencia moderada**).

Balance beneficios/riesgos y calidad de la evidencia:

1. Monitoreo continuo frente a intermitente

Que en comparación con el monitoreo intermitente, el monitoreo continuo mostró:

- Diferencia a favor en reducir la muerte o discapacidad (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- Resultados imprecisos para reducir la muerte por cualquier causa (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- Resultados imprecisos para reducir la mortalidad por causa cardiovascular (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- Resultados imprecisos para reducir la duración de la hospitalización (calidad de la evidencia: **muy baja**, ver **Anexo N° 4**).
- **Conclusión:** El monitoreo continuo no invasivo de funciones vitales podría ser más beneficioso que el monitoreo intermitente (calidad baja).

2. Modificar la PA deliberadamente frente a no modificarla

Que en comparación con no tratar los niveles elevados de presión arterial, el tratarlos mostró que:

- No hay diferencia para reducir la muerte o dependencia (calidad de la evidencia: **moderada**, ver **Anexo N° 4**).
- No hay diferencia para reducir la muerte temprana (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- No hay diferencia para reducir la muerte tardía (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- No hay diferencia para reducir el déficit neurológico temprano (calidad de la evidencia: **muy baja**, ver **Anexo N° 4**).
- **Conclusión:** Modificar la presión arterial (cuando PAS < 220 mmHg y PAD < 120 mmHg) en pacientes mayores de 18 años con ACVi no genera mayores beneficios que no tratarla (calidad baja).

3. Control glicémico estricto con insulina para mantener niveles de 72 a 135 mg/dL frente a no intervenir

Que en comparación con no administrar insulina para mantener en niveles de glicemia entre 70 y 135 mg/dL, el administrarla mostró que:

- No hay diferencia para reducir muerte (calidad de la evidencia: **moderada**, ver **Anexo N° 4**).
- No hay diferencia para producir déficit neurológico (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).

- Diferencia a favor en aumentar la hipoglicemia (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- Diferencia a favor en aumentar la hipoglicemia sintomática (calidad de la evidencia: **moderada**, ver **Anexo N° 4**).
- **Conclusión:** Tratar la glicemia para mantener niveles de glicemia entre 70 y 135 mg/dL en pacientes mayores de 18 años con ACVi no genera mayores beneficios y genera más efectos adversos que no tratarla (calidad baja).

4. Hipotermia terapéutica frente a no reducir la temperatura

Que en comparación con no reducir la temperatura corporal, el reducirla mostró que:

- No hay diferencia para reducir la muerte o dependencia mayor (calidad de la evidencia: **muy baja**, ver **Anexo N° 4**).
- No hay diferencia para reducir la muerte al final del seguimiento (calidad de la evidencia: **muy baja**, ver **Anexo N° 4**).
- No hay diferencia para reducir las infecciones (calidad de la evidencia: **muy baja**, ver **Anexo N° 4**).
- **Conclusión:** Reducir la temperatura corporal con fines terapéuticos en pacientes mayores de 18 años con ACVi no genera mayores beneficios que no tratarla (calidad muy baja).

5. Antiagregación simple frente a placebo

Que en comparación con no administrar antiagregación simple, el administrarla mostró:

- Diferencia a favor en reducir la muerte o dependencia mayor (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- Diferencia a favor en reducir la muerte por cualquier causa (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- Resultados imprecisos para reducir la recurrencia de ECV (calidad de la evidencia: **muy baja**, ver **Anexo N° 4**).
- No hay diferencia para aumentar la hemorragia intracraneal (calidad de la evidencia: **muy baja**, ver **Anexo N° 4**).
- Diferencia a favor en aumentar la hemorragia extracraneal masiva (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- **Conclusión:** La antiagregación simple en pacientes mayores de 18 años con ACVi es más beneficiosa que el placebo (calidad baja).

6. Antiagregación dual frente a simple

Que en comparación con no administrar antiagregación doble, el administrarla mostró:

- Diferencia a favor en reducir la recurrencia de ACV (calidad de la evidencia: **muy baja**, ver **Anexo N° 4**).
- Diferencia a favor en reducir el desarrollo de eventos vasculares mayores (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- No se encontró un aumento del riesgo de hemorragia intracraneal (calidad de la evidencia: **muy baja**, ver **Anexo N° 4**).
- No se encontró un aumento del riesgo de hemorragia extracraneal masiva (calidad de la evidencia: **muy baja**, ver **Anexo N° 4**).

- **Conclusión:** La antiagregación dual en pacientes mayores de 18 años con ACVi podría ser más beneficiosa pero también podría ser más riesgosa que la antiagregación simple (calidad muy baja).

7. Anticoagulación inmediata frente a placebo

Que en comparación con no administrar anticoagulación, el administrarla mostró que:

- No hay diferencia en reducir la muerte o dependencia mayor (calidad de la evidencia: **moderada**, ver **Anexo N° 4**).
- No hay diferencia en reducir la muerte por cualquier causa (calidad de la evidencia: **alta**, ver **Anexo N° 4**).
- Una tendencia imprecisa a reducir la recurrencia de ECV (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- Diferencia a favor y grande en aumentar la hemorragia intracraneal (calidad de la evidencia: **alta**, ver **Anexo N° 4**).
- Diferencia a favor y grande en aumentar la hemorragia extracraneal masiva (calidad de la evidencia: **alta**, ver **Anexo N° 4**).
- **Conclusión:** Administrar anticoagulación en pacientes mayores de 18 años con ACVi no genera mayores beneficios y genera mayores efectos adversos que administrar placebo (calidad moderada a alta).

8. Anticoagulación inmediata frente a antiagregación

Que en comparación con no administrar anticoagulación, el administrarla mostró que:

- No hay diferencia en reducir la muerte o dependencia mayor (calidad de la evidencia: **moderada**, ver **Anexo N° 4**).
- No hay diferencia en reducir la muerte durante el tratamiento (calidad de la evidencia: **alta**, ver **Anexo N° 4**).
- No hay diferencia en reducir la recurrencia de ECV (calidad de la evidencia: **moderada**, ver **Anexo N° 4**).
- Diferencia a favor y grande en aumentar la hemorragia intracraneal (calidad de la evidencia: **moderada**, ver **Anexo N° 4**).
- Una tendencia imprecisa de aumentar la hemorragia extracraneal masiva (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- **Conclusión:** Administrar anticoagulación en pacientes mayores de 18 años con ACVi no genera mayores beneficios y genera mayores efectos adversos que administrar antiagregación (calidad moderada).

9. Estatinas frente a placebo

Que en comparación con no administrar estatinas, el administrarla mostró:

- Diferencia a favor en reducir la muerte por cualquier causa posterior a 30 días (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- Una tendencia imprecisa en reducir la muerte por cualquier causa posterior a 90 días (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- Diferencia a favor en aumentar el buen resultado funcional posterior a 30 días (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).

- Diferencia a favor en aumentar el buen resultado funcional posterior a 90 días (calidad de la evidencia: **baja**, ver **Anexo N° 4**).
- Diferencia a favor en reducir la recurrencia de ECV (calidad de la evidencia: **moderada**, ver **Anexo N° 4**).
- **Conclusión:** El administrar estatinas en pacientes mayores de 18 años con ACVi genera mayores beneficios que administrar placebo (calidad muy baja a moderada).

Valoración de los desenlaces por los pacientes: El GEG-Local consideró que los desenlaces priorizados para esta pregunta serían relevantes para los pacientes y la institución.

Preferencias de los pacientes/familiares: El GEG-Local consideró que:

1. Monitoreo continuo frente a intermitente

- **Monitoreo fisiológico continuo:** Los pacientes/familiares suelen estar de acuerdo con recibir el monitoreo continuo, debido a que es de simple aplicación y permitirían una vigilancia constante del paciente lo cual conllevaría a una mejor percepción de la atención.
- **Monitoreo fisiológico intermitente:** Los pacientes/familiares podrían estar en desacuerdo con recibir el monitoreo intermitente, porque a pesar que es de simple aplicación no permitirían una vigilancia constante del paciente.
- **Conclusión:** Los pacientes/familiares preferirían el monitoreo continuo en comparación con el monitoreo intermitente.

2. Modificar la PA deliberadamente frente a no modificarla

- **Modificar la Presión Arterial:** Los pacientes/familiares suelen estar de acuerdo con que se modifique la presión arterial cuando esta se encuentra elevada por considerar que esa elevación es nociva y podría estar relacionada al evento.
- **No modificar la Presión Arterial:** Los pacientes/familiares podrían no estar de acuerdo con que no se modifique la presión arterial cuando esta se encuentra elevada por considerar que esa elevación es nociva y podría estar relacionada al evento.
- **Conclusión:** Los pacientes/familiares podrían preferir que se trate la presión arterial elevada en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

3. Control glicémico estricto con insulina para mantener niveles de 72 a 135 mg/dL frente a no intervenir

- **Administrar insulina:** Los pacientes/familiares suelen estar de acuerdo con que disminuya la glucosa cuando esta se encuentra elevada por considerar que esa elevación es nociva y podría estar relacionada al evento.
- **No administrar insulina:** Los pacientes/familiares podrían no estar de acuerdo con que no se disminuya la glucosa cuando esta se encuentra elevada por considerar que esa elevación es nociva y podría estar relacionada al evento.
- **Conclusión:** Los pacientes podrían preferir que se administre insulina para disminuir la glucosa cuando se encuentra elevada en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

4. Hipotermia terapéutica frente a no reducir la temperatura

- **Reducción de la temperatura corporal:** Los pacientes/familiares podrían no estar de acuerdo con que se reduzca la temperatura corporal de forma terapéutica por considerar que esa disminución es nociva y podría empeorar el evento.
- **No reducción de la temperatura corporal:** Los pacientes/familiares podrían estar de acuerdo con que no se reduzca la temperatura corporal de forma terapéutica por considerar que esa disminución es nociva y podría empeorar el evento.
- **Conclusión:** Los pacientes/familiares podrían preferir que no se reduzca la temperatura corporal de forma terapéutica en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

5. Antiagregación simple frente a placebo

- **Administrar antiagregación simple:** Los pacientes/familiares suelen estar de acuerdo con la administración de antiagregación simple por considerar que esta podría estar relacionada a mejorar el evento.
- **No administrar antiagregación simple:** Los pacientes/familiares podrían no estar de acuerdo con la no administración de antiagregación simple por considerar que esta podría estar relacionada a mejorar el evento.
- **Conclusión:** Los pacientes/familiares podrían preferir que se administre antiagregación simple en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

6. Antiagregación dual frente a simple

- **Administrar antiagregación doble:** Los pacientes/familiares podrían no estar de acuerdo con la administración de antiagregación doble por considerar que esta podría estar relacionada a mejorar el evento pero podría producir eventos adversos.
- **Administrar antiagregación simple:** Los pacientes/familiares podrían estar de acuerdo con la administración de antiagregación simple por considerar que esta podría estar relacionada a mejorar el evento..
- **Conclusión:** Los pacientes/familiares podrían preferir la antiagregación simple en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

7. Anticoagulación inmediata frente a placebo

- **Administrar anticoagulación:** Los pacientes/familiares podrían no estar de acuerdo con la administración de anticoagulación por considerar que esta podría estar relacionada a eventos adversos sin mayores beneficios.
- **No administrar anticoagulación:** Los pacientes/familiares podrían estar de acuerdo con la no administración de anticoagulación por considerar que esta podría estar relacionada a eventos adversos sin mayores beneficios.
- **Conclusión:** Los pacientes podrían preferir que no se administre anticoagulación en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

8. Anticoagulación inmediata frente a antiagregación

- **Administrar anticoagulación o antiagregación:** Los pacientes/familiares podrían no estar de acuerdo con la administración de anticoagulación en vez de antiagregación por sus eventos adversos importantes.
- **No administrar anticoagulación o antiagregación:** Los pacientes/familiares suelen estar de acuerdo con la no administración de anticoagulación en vez de antiagregación al por sus eventos adversos importantes.
- **Conclusión:** Los pacientes podrían preferir que no se administre anticoagulación en vez de antiagregación en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

9. Estatinas frente a placebo

- **Administrar estatinas:** Los pacientes/familiares suelen estar de acuerdo con la administración de estatinas por considerar que esta podría estar relacionada a mejorar el evento.
- **No administrar estatinas:** Los pacientes/familiares podrían no estar de acuerdo con la no administración de estatinas por considerar que esta podría estar relacionada a mejorar el evento.
- **Conclusión:** Los pacientes podrían preferir que se administre estatinas en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

Aceptabilidad de los profesionales de la salud: El GEG-Local consideró que:

1. Monitoreo continuo frente a intermitente

- **Monitoreo fisiológico continuo:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas suelen encontrar dificultades logísticas para aplicar esta intervención pero podrían optar por usarlo una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio a favor de beneficios de ambas intervenciones.
- **Monitoreo fisiológico intermitente:** La mayoría de profesionales de la salud/médicos especialistas ya usa el monitoreo intermitente sobretodo por dificultades logísticas, pero no se opondrían a optar por el monitoreo continuo.
- **Conclusión:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas podrían aceptar tanto el monitoreo continuo como el monitoreo intermitente en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

2. Modificar la PA deliberadamente frente a no modificarla

- **Modificar la Presión Arterial:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas suelen aplicar esta intervención pero podrían optar por no usarlo una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio de ambas intervenciones.
- **No modificar la Presión Arterial:** La mayoría de profesionales de la salud/médicos especialistas podrían preferir esta intervención al considerar que presiones elevadas podrían ser perjudiciales para el paciente, sin embargo, podrían optar por usarlo una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio a favor de beneficios de esta intervención.
- **Conclusión:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas aceptarían no modificar la presión arterial de los en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

3. Control glicémico estricto con insulina para mantener niveles de 72 a 135 mg/dL frente a no intervenir

- **Administrar insulina:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas suelen aplicar esta intervención pero podrían optar por no usarla una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio a favor de riesgo de esta intervención.
- **No administrar insulina:** La mayoría de profesionales de la salud/médicos especialistas podrían preferir esta intervención una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio a favor de beneficio de esta intervención.
- **Conclusión:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas aceptarían no administrar insulina para mantener la glucosa entre 70 y 135 mg/dL en pacientes mayores de 18 años con ACV.

4. Hipotermia terapéutica frente a no reducir la temperatura

- **Reducción de la temperatura corporal:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas no suelen aplicar esta intervención y podrían optar por seguir no usándola una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio a favor de riesgo de esta intervención.
- **No reducción de la temperatura corporal:** La mayoría de profesionales de la salud/médicos especialistas podrían preferir esta intervención una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio de ambas intervenciones.
- **Conclusión:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas aceptarían no administrar la reducción de la temperatura corporal como terapia en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

5. Antiagregación simple frente a placebo

- **Administrar antiagregación simple:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas suelen aplicar esta intervención y podrían optar por continuar usándola una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio de ambas intervenciones.
- **No administrar antiagregación simple:** La mayoría de profesionales de la salud/médicos especialistas podrían no preferir esta intervención una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio de ambas intervenciones.
- **Conclusión:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas aceptarían administrar antiagregación simple en pacientes mayores de 18 años con ACV.

6. Antiagregación dual frente a simple

- **Administrar antiagregación doble:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas no suelen aplicar esta intervención y podrían optar por no usarla una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio de ambas intervenciones.
- **Administrar antiagregación simple:** La mayoría de profesionales de la salud/médicos especialistas podrían preferir esta intervención una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio de ambas intervenciones.

- **Conclusión:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas podrían preferir administrar antiagregación simple frente a dual en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

7. Anticoagulación inmediata frente a placebo

- **Administrar anticoagulación:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas no suelen aplicar esta intervención y podrían optar por no usarla una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio de ambas intervenciones.
- **No administrar anticoagulación:** La mayoría de profesionales de la salud/médicos especialistas podrían no preferir esta intervención una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio de ambas intervenciones.
- **Conclusión:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas no aceptarían administrar anticoagulación pacientes mayores de 18 años con ACVi sin etiología cardioembólica definida.

8. Anticoagulación inmediata frente a antiagregación

- **Administrar anticoagulación en vez de antiagregación:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas no suelen aplicar esta intervención y podrían optar por no usarla una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio de ambas intervenciones.
- **No administrar anticoagulación en vez de antiagregación:** La mayoría de profesionales de la salud/médicos especialistas podrían no preferir esta intervención una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio de ambas intervenciones.
- **Conclusión:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas no aceptarían administrar anticoagulación en vez de antiagregación en pacientes mayores de 18 años con ACVi sin etiología cardioembólica definida.

9. Estatinas frente a placebo

- **Administrar estatinas:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas suelen aplicar esta intervención y podrían optar por continuar usándola una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio de ambas intervenciones.
- **No administrar estatinas:** La mayoría de profesionales de la salud/médicos especialistas podrían no preferir esta intervención una vez que se les informe sobre el balance riesgo/beneficio de ambas intervenciones.
- **Conclusión:** Los profesionales de la salud/médicos especialistas aceptarían administrar estatinas en pacientes mayores de 18 años con ACVi.

Factibilidad: El GEG-Local consideró que:

1. Monitoreo continuo frente a intermitente

- **Monitoreo fisiológico continuo:** Esta intervención no es de rutina en nuestro sistema de salud, requeriría de equipamiento adicional y personal para su implementación.
- **Monitoreo fisiológico intermitente:** El uso esta intervención ya es rutinaria y sería factible sin mayores dificultades.

- **Conclusión:** El monitoreo intermitente es más factible en comparación con el monitoreo continuo.
2. **Modificar la PA deliberadamente frente a no modificarla**
- **Modificar la Presión Arterial:** Esta intervención es de rutina en nuestro sistema de salud, no requeriría de mayor equipo técnico y personal para su implementación.
 - **No modificar la Presión Arterial:** El uso esta intervención no es rutinaria, pero sería factible sin mayores dificultades.
 - **Conclusión:** El modificar la Presión Arterial como el no modificarla son factibles de implementar.
3. **Control glicémico estricto con insulina para mantener niveles de 72 a 135 mg/dL frente a no intervenir**
- **Administrar insulina:** Esta intervención es de rutina en nuestro sistema de salud, pero requeriría de mayor cantidad de recursos y personal para su implementación.
 - **No administrar insulina:** El uso esta intervención no es rutinaria pero sería factible sin mayores dificultades.
 - **Conclusión:** No administrar insulina a pacientes con ACVi y niveles > 135 mg/dL rutinariamente y mantener niveles de glicemia de 70 a 135 mg/dL en pacientes con ACVi sería factible de implementar.
4. **Hipotermia terapéutica frente a no reducir la temperatura**
- **Reducir la temperatura corporal:** Esta intervención no es de rutina en nuestro sistema de salud, requeriría de equipamiento adicional y personal para su implementación.
 - **No reducir la temperatura corporal:** El uso esta intervención ya es rutinaria y sería factible sin mayores dificultades.
 - **Conclusión:** El no reducir la temperatura corporal a hipotermia es más factible de implementar.
5. **Antiagregación simple frente a placebo**
- **Administrar antiagregación simple:** Esta intervención es de rutina en nuestro sistema de salud, y requeriría de la misma cantidad de recursos y personal con las que ya se cuenta.
 - **No administrar antiagregación simple:** El uso de esta intervención no es rutinaria pero sería factible de implementar.
 - **Conclusión:** Aunque ambas opciones son factibles de implementar, administrar antiagregación simple ya es una intervención rutinaria.
6. **Antiagregación dual frente a simple**
- **Administrar antiagregación doble:** Esta intervención no es de rutina en nuestro sistema de salud, requeriría de mayor cantidad de recursos para su implementación.
 - **No administrar antiagregación doble:** El uso esta intervención es rutinaria y sería factible sin mayores dificultades.

- **Conclusión:** El no administrar antiagregación dual es más factible de implementar.
- 7. Anticoagulación inmediata frente a placebo**
- **Administrar anticoagulación:** Esta intervención no es de rutina en nuestro sistema de salud, requeriría de mayor cantidad de recursos para su implementación.
 - **No administrar anticoagulación:** El uso de esta intervención es rutinaria y sería factible sin mayores dificultades.
 - **Conclusión:** El no administrar anticoagulación es más factible de implementar en pacientes mayores de 18 años con ACVi sin etiología cardioembólica definida.
- 8. Anticoagulación inmediata frente a antiagregación**
- **Administrar anticoagulación en vez de antiagregación:** Esta intervención no es de rutina en nuestro sistema de salud, requeriría de mayor cantidad de recursos para su implementación.
 - **No administrar anticoagulación en vez de antiagregación:** El uso de esta intervención es rutinaria y sería factible sin mayores dificultades.
 - **Conclusión:** El no administrar anticoagulación en vez de antiagregación es más factible de implementar en pacientes mayores de 18 años con ACVi sin etiología cardioembólica definida.
- 9. Estatinas frente a placebo**
- **Administrar estatinas:** Esta intervención es de rutina en nuestro sistema de salud y requeriría de la misma cantidad de recursos y personal con las que ya se cuenta.
 - **No administrar estatinas:** El uso de esta intervención no es rutinaria pero sería factible de implementar.
 - **Conclusión:** Aunque ambas opciones son factibles de implementar, administrar estatinas ya es una intervención rutinaria.

Uso de recursos: El GEG-Local consideró que:

- 1. Monitoreo continuo frente a intermitente**
- El uso del monitoreo continuo consumiría más recursos que el monitoreo intermitente, debido a que requeriría la contratación de más personal de salud y la compra de equipos para el monitoreo de las variables fisiológicas. Sin embargo, se consideró que este gasto extra sería menor al ahorro que cause esta intervención debido a su efecto en la mortalidad y la discapacidad.
 - **Conclusión:** El monitoreo continuo podría ser a largo plazo menos costoso que el monitoreo intermitente.
- 2. Modificar la PA deliberadamente frente a no modificarla**
- El modificar la presión arterial consume más recursos que el no modificar la presión arterial debido a que requeriría mayor consumo de fármacos antihipertensivos. Sin

embargo, se consideró que este gasto extra sería innecesario debido a su nulo efecto sobre la mortalidad y la discapacidad.

- **Conclusión:** El no modificar la presión arterial sería menos costoso que el modificar la presión arterial.

3. Control glicémico estricto con insulina para mantener niveles de 72 a 135 mg/dL frente a no intervenir

- El reducir la glicemia consume más recursos que el no reducirla debido a que requeriría contar con insulina. Además, se consideró que este gasto extra sería innecesario debido a su nulo efecto sobre la mortalidad y la discapacidad; además de la mayor presencia de eventos adversos.
- **Conclusión:** El no administrar insulina para disminuir la glucosa sería menos costoso que el administrarla. Además, administrarla sería un gasto innecesario puesto que no generar beneficios adicionales a no administrarla.

4. Hipotermia terapéutica frente a no reducir la temperatura

- El reducir la temperatura corporal con fines terapéuticos consume más recursos que el no reducirla debido a que requeriría contar con mayor equipamiento y personal para su aplicación. Además, se consideró que este gasto extra sería innecesario debido a su nulo efecto sobre la mortalidad y la discapacidad.
- **Conclusión:** El no reducir la temperatura corporal a hipotermia con fines terapéuticos sería menos costoso que el administrarla.

5. Antiagregación simple frente a placebo

- El administrar antiagregación simple consume más recursos que el no administrarla debido a que requeriría el contar con mayor cantidad de medicamentos. Sin embargo, se consideró que este gasto extra sería menor al ahorro que cause esta intervención debido a su efecto en la mortalidad, la discapacidad y la recurrencia de ECV.
- **Conclusión:** La administración de antiagregación simple usa los recursos con los que ya se dispone y podría ser a largo plazo menos costoso que el no administrarla.

6. Antiagregación dual frente a simple

- El administrar antiagregación doble consume más recursos que el administrar anticoagulación simple debido a que requeriría el contar con mayor cantidad de medicamentos. Sin embargo, se consideró que este gasto extra sería menor al ahorro que cause esta intervención debido a su efecto en la recurrencia de ECV y eventos vasculares mayores.
- **Conclusión:** La administración de antiagregación dual en determinados pacientes podría generar ahorros a largo plazo en comparación con la antiagregación simple.

7. Anticoagulación inmediata frente a placebo

- El administrar anticoagulación consume más recursos que el no administrarla debido a que requeriría el contar con mayor cantidad de medicamentos. Además,

se consideró que este gasto extra sería innecesario debido a su nulo efecto sobre la mortalidad y la discapacidad; además de la mayor presencia de eventos adversos.

- **Conclusión:** El no administrar anticoagulación sería menos costoso que el administrarla.

8. Anticoagulación inmediata frente a antiagregación

- El administrar anticoagulación consume similar cantidad de recursos que el administrar anti agregación debido a que ambos medicamentos son de fácil adquisición. Sin embargo, se consideró que en la etapa aguda esta intervención generaría un gasto innecesario debido a su nulo efecto en la mortalidad, la discapacidad y eventos adversos.
- **Conclusión:** El administrar anticoagulación en pacientes con ACVi en vez de antiagregación sería generaría un costo innecesario.

9. Estatinas frente a placebo

- El administrar estatinas consume más recursos que el no administrarla debido a que requeriría el contar con mayor cantidad de medicamentos. Sin embargo, se consideró que este gasto extra sería menor al ahorro que cause esta intervención debido a su efecto en la mortalidad y la recurrencia de ECV.
- **Conclusión:** La administración de estatinas usa los recursos con los que ya se dispone y podría ser a largo plazo menos costoso que el no administrarla.

Dirección y fuerza de la recomendación:

1. Monitoreo continuo frente a intermitente

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que el monitoreo continuo generaría una menor mortalidad o discapacidad, y tendencia a un menor número de días de hospitalización que el monitoreo intermitente, se decidió formular una **recomendación a favor del uso del monitoreo continuo**
- **Fuerza de la recomendación:** Debido que la calidad de la evidencia fue baja, que el monitoreo continuo que se va a recomendar sería menos factible de aplicar y generaría mayores costes; a pesar que sus beneficios críticos serían mayores, sería aceptado por los pacientes, profesionales de salud y especialistas, se decidió asignarle una **categoría condicional** a esta recomendación.

2. Modificar la PA deliberadamente frente a no modificarla

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que reducir la presión arterial no genera mayores beneficios en términos de mortalidad o discapacidad y conllevaría mayores costes, el GEG local decidió generar una **recomendación en contra** de modificar la presión arterial en pacientes con ACVi.
- **Fuerza de la recomendación:** La calidad de la evidencia fue muy baja, la alternativa de no modificar la presión arterial es factible de aplicar y podría ser aceptada por los profesionales/médicos, pero podría beneficiar a un subgrupo de pacientes con

ACVi, se decidió asignarle una **categoría condicional** a esta recomendación en contra.

3. Control glicémico estricto con insulina para mantener niveles de 72 a 135 mg/dL frente a no intervenir

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que el descenso de la glicemia no generaría una menor mortalidad o discapacidad; además de generar mayor presencia de eventos adversos, se decidió formular una **recomendación en contra del uso de insulina para mantener niveles de glicemia de 70 a 135 mg/dL**
- **Fuerza de la recomendación:** Dado que la calidad de la evidencia fue baja, el descenso de la glicemia sería menos factible de aplicar y generaría mayores costes; además, que no sería aceptado por los profesionales de salud y especialistas, se decidió asignarle una **categoría condicional** a esta recomendación

4. Hipotermia terapéutica frente a no reducir la temperatura

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que la hipotermia terapéutica no generaría una menor mortalidad o discapacidad y elevaría el riesgo de eventos adversos se decidió formular una **recomendación en contra del uso de hipotermia terapéutica.**
- **Fuerza de la recomendación:** Debido a que la calidad de la evidencia fue muy baja, la hipotermia terapéutica sería menos factible de aplicar y generaría mayores costes; además que no sería aceptado por los pacientes ni por los profesionales de salud y especialistas, se decidió asignarle una **categoría fuerte** a esta recomendación

5. Antiagregación simple frente a placebo

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que la antiagregación simple generaría una menor mortalidad o discapacidad, y tendencia a una menor recurrencia de ACVi que el placebo, se decidió formular una **recomendación a favor del uso del antiagregación simple.**
- **Fuerza de la recomendación:** A pesar que la calidad de la evidencia fue baja; sin embargo la antiagregación simple que se va a recomendar es factible de aplicar, no generaría mayores costes, sus beneficios críticos serían mayores, sería aceptado por los pacientes, profesionales de salud y especialistas, se decidió asignarle una **categoría fuerte** a esta recomendación.

6. Antiagregación dual frente a simple

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que la antiagregación dual generaría mayores beneficios pero con mayores riesgos que la antiagregación simple, se decidió formular una **recomendación en contra del uso del antiagregación doble.**
- **Fuerza de la recomendación:** Debido a que la calidad de la evidencia fue muy baja y que la antiagregación dual sería menos factible de aplicar y generaría mayores costes pero podría beneficiar a un subgrupo de pacientes con ACVi, se decidió asignarle una **categoría condicional** a esta recomendación.

7. Anticoagulación inmediata frente a placebo

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que la anticoagulación no generaría una menor mortalidad o discapacidad; además de producir mayor presencia de eventos adversos se decidió formular una **recomendación en contra del uso de anticoagulación** en pacientes mayores de 18 años con ACVi sin etiología cardioembólica definida.
- **Fuerza de la recomendación:** Dado que la calidad de la evidencia fue de moderada a alta y que la anticoagulación sería menos factible de aplicar y generaría mayores costes; además que no sería aceptado por los profesionales de salud y especialistas, se decidió asignarle una **categoría fuerte** a esta recomendación

8. Anticoagulación frente a antiagregación

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que la anticoagulación en vez de antiagregación no generaría una menor mortalidad o discapacidad; además de producir mayor presencia de eventos adversos se decidió formular una **recomendación en contra del uso de anticoagulación en vez de antiagregación.**
- **Fuerza de la recomendación:** Dado que la calidad de la evidencia fue de moderada y que la anticoagulación en vez de antiagregación que se va a recomendar sería menos factible de aplicar y generaría mayores costes. Además, que no sería aceptado por los profesionales de salud y especialistas, se decidió asignarle una **categoría condicional** a esta recomendación

9. Estatinas frente a placebo

- **Dirección de la recomendación:** Considerando que las estatinas generaría tendencia a una menor muerte por cualquier causa, mejor resultado funcional y menor recurrencia de ACV que el placebo, se decidió formular una **recomendación a favor del uso del estatinas.**
- **Fuerza de la recomendación:** A pesar que la calidad de la evidencia fue de muy baja a moderada; sin embargo, la administración de estatinas que se va a recomendar es factible de aplicar, no generaría mayores costes, sus beneficios críticos serían mayores, sería aceptado por los pacientes, profesionales de salud y especialistas, se decidió asignarle una **categoría fuerte** a esta recomendación.

Planteamiento de puntos de Buena Práctica Clínica:

Monitoreo continuo

1. Es importante que todo paciente con ACVi tenga un registro continuo de las principales variables fisiológicas como la PA, FC, FR, saturación de oxígeno, temperatura y glicemia como parte de su monitoreo para detectar oportunamente variaciones que requieran alguna intervención; esta monitorización continua fue realizada hasta las 48 y 72 horas de la administración de los pacientes en los estudios primarios incluidos en la RS de Ciccone y col. (95) seleccionada para comparar esta intervención; además, este control de las variables fisiológicas es considerado en las principales GPCs de atención de pacientes con ACV como en USA la American Heart Association/American Stroke Association (2018) (67), en Australia “Clinical Guidelines for Stroke Management 2017”(99), y en

Latinoamérica la Guía Colombiana (2015) (1). Por lo tanto el GEG-Local consideró importante mencionar que ***el monitoreo intensivo continuo no invasivo de los pacientes con ACV incluye las funciones vitales: presión arterial, frecuencia y ritmo cardíaco, frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno y la temperatura. Además, consideró que la duración de este conjunto de mediciones estaría indicado para todos los pacientes hasta definir la extensión y severidad del ACVi, generalmente entre 48 a 72 horas de la admisión del paciente.***

Modificar la PA

2. Los niveles de PA que se debe mantener en los pacientes con ACVi varían de acuerdo a si estos son candidatos a reperfusión o no, o si estos ya han recibido terapias de reperfusión con el fin de mantener un adecuado nivel de perfusión sanguínea y en pacientes con ACV que se les aplicará o ya se les aplicó reperfusión para reducir el riesgo de sangrado posterior al uso de terapia trombolítica. Estos niveles de PA y las intervenciones necesarias son consideradas en las principales GPCs de atención de pacientes con ACV como en USA la “American Heart Association/American Stroke Association” (2018) (67) y en Latinoamérica la Guía Colombiana (2015) (1). Por lo tanto el GEG-Local consideró importante mencionar que ***el control de la presión arterial elevada en pacientes con ACV que no sean candidatos a terapias de reperfusión y que cursan con cifras de presión arterial iguales o mayores a 220/120 mmHg debería disminuirse en un 15%, en pacientes candidatos a terapias de reperfusión debe mantenerse inferior que 185/110 mmHg y en pacientes que han sido llevados a terapias de reperfusión debe mantenerse menor a 180/105 mmHg; dentro de las primeras 24 horas. Luego de las 24 horas, se valorará el inicio de terapia antihipertensiva oral o habitual. Por otro lado, frente a hipotensión y la hipovolemia se debe corregir la PA para mantener los niveles de perfusión sistémica adecuada.***

Control glicémico estricto con insulina para mantener niveles de 72 a 135 mg/dL

3. Aunque se ha reconocido que para pacientes con ACVi no es necesario mantener niveles de glicemia entre 72 y 135 mg/dL, y aunque la hipoglicemia es rara en estos pacientes, si no es tratada puede generar daños neurológicos permanentes (100). Esto también se establece en las principales GPCs de atención de pacientes con ACVi como en USA la “American Heart Association/American Stroke Association” (2018) (67) y en Latinoamérica la Guía Colombiana (2015) (1) y en Europa la “European Stroke Initiative” (86). Por lo cual el GEG-Local consideró importante mencionar que ***se deben monitorizar niveles de glucemia para prevenir la hipoglucemia y en caso de hipoglucemia, esta debería ser tratada.***

Hipotermia terapéutica

4. Mas del 30% de los pacientes con ACVi presentan fiebre dentro de las primeras horas del evento. Debido a que las elevadas temperaturas se encuentra asociada a empeoramiento neurológico (100) e incluso un incremento de la muerte intra-hospitalaria en pacientes con ACVi, el tratamiento de esta condición es importante (101). Esto se considera en diferentes GPCs de tratamiento de pacientes con ACVi como

en USA la “American Heart Association/American Stroke Association” (67), en Canada la “Canadian Stroke best practice recommendations: Acute Inpatient Stroke Care Guidelines”(102) y en Latinoamerica por la Guía Colombiana (1). Por lo cual el GEG-Local consideró importante mencionar que ***en pacientes con ACVi mantener la normotermia. Si la temperatura fuera mayor a 38°C iniciar tratamiento antipirético con medidas farmacológicas, no farmacológicas y buscar etiología.***

Antiagregación simple

5. En diversas condiciones la administración de antiagregantes, (bajas dosis de aspirina o clopidogrel) ha mostrado reducir el riesgo de recurrencia y poca presencia de eventos adversos (hemorragias) cuando se administra dentro del conjunto de medidas terapéuticas tempranas (durante las primeras 24 a 48 h) de pacientes con ACVi (88). Este inicio dependerá de si el paciente fue sometido a trombólisis, en donde, aún no existe datos de eficacia y seguridad (menor riesgo de sangrado) concluyentes, razón por la cual, se prefiere iniciar la antiagregación luego de las 24 horas (103) y en quienes no recibieron trombólisis durante las primeras 24 horas. Además en los estudios primarios incluidos en la RS de Sandercock (2014) (88), principalmente en los 2 ensayos con mayor numero de pacientes con ACVi (IST(104) y CAST(105)), se inicio el tratamiento con dosis de carga entre 160 a 300 mg por lo que tales dosis se consideran para ser utilizadas en nuestros pacientes. Esta intervención es considerada en diferentes GPCs de tratamiento de pacientes con ACVi como en USA la “American Heart Association/American Stroke Association” (2018) (67), en Australia la “Clinical Guidelines for Stroke Management 2017” (99) y en Latinoamerica por la Guía Colombiana (2015) (1). Por lo cual, el GEG-Local consideró importante mencionar que ***la terapia con antiagregantes plaquetarios puede iniciarse en las primeras 24 a 48 horas del inicio de síntomas en pacientes que no recibieron terapia trombolítica y posterior a las 24 horas, luego del control con TAC, de la administración de terapia trombolítica en quienes la recibieron. Se debe considerar el uso de Ácido Acetil Salicílico (AAS) a dosis inicial de 300 mg vía oral y continuar a dosis de 100 mg diarios y como alternativa considerar el uso de Clopidogrel, a dosis inicial de 300 mg vía oral y continuar a dosis de 75 mg diarios, en aquellos que no puedan recibir AAS.***

Antiagregación dual

6. Al momento actual no se ha reconocido que para todos los pacientes con ACVi la antiagregación dual beneficia a largo plazo frente al riesgo de sangrado que conlleva su aplicación. (106) Sin embargo, diferentes estudios han mostrado que en un grupo de pacientes con ACVi la antiagregación dual a corto plazo (21 días a 3 meses) redujo el riesgo de recurrencia de ECV sin que se eleve considerablemente el riesgo de sangrado, por lo cual el balance beneficio riesgo sería a favor del uso de doble antiagregación. Este grupo incluye a pacientes incluye con ACVi menor (NIHSS < 5), ACVi o AIT de alto riesgo (ABCD2) con estenosis de arterias carotideas $\geq 50\%$ o pacientes que recibieron previamente terapia antiagregante por enfermedad cardiovascular previa (106-111). Esta intervención ya es considerada en las últimas GPCs de tratamiento de pacientes con ACVi como de la “American Heart Association/American Stroke Association” (2018)

(67) y en la “Clinical Guidelines for Stroke Management 2017” de Australia. (99) Por lo cual, el GEG-Local consideró importante mencionar que se debería mencionar que ***en pacientes con ACVi considerar el uso de doble antiagregación como tratamiento de corto plazo (21 días a 3 meses) en casos de pacientes con: 1) ACVi menor (NIHSS ≤ 3) o AIT de alto riesgo de recurrencia (ABCD2 ≥ 4) por 21 días y 2) ACVi o AIT con estenosis de ≥ 50% de arteria carótida interna, cerebral media y posterior, vertebral y basilar por 3 meses.***

Anticoagulación inmediata

7. En el grupo de pacientes con ACVi de etiología cardioembólica (fibrilación auricular), el tratamiento anticoagulante se utiliza como parte de su tratamiento. (112, 113) Sin embargo su inicio no es inmediato sino que suele indicarse luego de la primera semana e incluso se podría esperar hasta 2 semanas como se considera en la guía Australiana “Clinical Guidelines for Stroke Management 2017”.(99) Por lo que, el GEG-Local consideró importante mencionar que ***el uso de terapia anticoagulante en pacientes con ACVi de etiología embólica u otras con indicación de anticoagulación considerar el inicio de acuerdo al tiempo de enfermedad, severidad y extensión del infarto cerebral, que suele hacerse entre los 4 y 14 días del inicio de síntomas.***

Recomendaciones y puntos de buenas prácticas clínicas:

Monitoreo continuo

Recomendación:
En pacientes con ACVi se recomienda la monitorización continua no invasiva. (Recomendación condicional a favor, calidad de evidencia: baja).
Puntos de buena práctica clínica:
- <i>En pacientes con ACVi el monitoreo continuo no invasivo incluye las funciones vitales: presión arterial, frecuencia y ritmo cardiaco, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura y glicemia. Este monitoreo estaría indicado para todos los pacientes hasta definir la extensión y severidad del ACVi, generalmente entre a 48 a 72 horas del inicio de los síntomas del paciente.</i>

Modificar la PA

Recomendación:
En pacientes con ACVi no se sugiere modificar, reducir o elevar, deliberadamente la presión arterial. (Recomendación condicional en contra, calidad de evidencia: muy baja).
Puntos de buena práctica clínica:
<ul style="list-style-type: none"> - <i>En pacientes con ACVi que no sean candidatos a terapias de reperfusión y que cursan con cifras de presión arterial iguales o mayores a 220/120 mmHg, estas deberían disminuirse en un 15% en las primeras 24 horas de inicio de los síntomas.</i> - <i>En pacientes con ACVi candidatos a terapias de reperfusión, deberían mantener una presión arterial menor a 185/110 mmHg. Asimismo, en aquellos que han recibido terapia de reperfusión, se debe mantener una presión arterial menor a 180/105 mmHg durante las primeras 24 horas.</i> - <i>En pacientes con ACVi valorar el inicio de antihipertensivos orales o habituales luego de las 24 horas del inicio del evento.</i> - <i>En pacientes con ACVi la hipotensión y la hipovolemia deberían corregirse para mantener niveles de perfusión tisular adecuados.</i>

Control glicémico estricto con insulina para mantener niveles de 72 a 135 mg/dL frente a no intervenir

Recomendación:
En pacientes con ACVi mantener niveles de glicemia entre 140 y 180 mg/dl en las primeras 24 h. No se sugiere usar insulina para mantener la glicemia en niveles entre 72 a 135 mg/dL. (Recomendación condicional en contra, calidad de evidencia: baja).
Puntos de buena práctica clínica:
<ul style="list-style-type: none"> - En pacientes con ACVi es razonable el monitoreo estrecho de los niveles de glicemia para prevenir la hipoglicemia y en caso de hipoglicemia (< 60 mg/dL) tratarla.

Hipotermia terapéutica

Recomendación:
En pacientes con ACV isquémico no se recomienda la hipotermia terapéutica (Recomendación fuerte en contra, calidad de evidencia: muy baja).
Puntos de buena práctica clínica:
<ul style="list-style-type: none"> - <i>En pacientes con ACVi mantener la normotermia. Si la temperatura fuera mayor a 38°C iniciar tratamiento antipirético con medidas farmacológicas, no farmacológicas y buscar etiología.</i>

Antiagregación simple

Recomendación:
En pacientes con ACVi se recomienda el uso de antiagregantes plaquetarios (Recomendación fuerte a favor, calidad de evidencia: baja) .
Puntos de buena práctica clínica:
<ul style="list-style-type: none"> - <i>En pacientes con ACVi que no recibieron terapia trombolítica, iniciar la terapia antiagregante plaquetaria dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas.</i> - <i>En pacientes con ACVi que recibieron terapia trombolítica, iniciar el tratamiento antiagregante posterior a 24 horas de la administración de la terapia trombolítica y luego de realizar un control con TAC.</i> - <i>En pacientes con ACVi usar Acido Acetil Salicílico (AAS) a dosis de carga de 160 a 300 mg por vía oral, luego administrar 100 mg cada 24 horas. Como alternativa en aquellos que no puedan recibir AAS considerar el uso de Clopidogrel, a dosis de carga de 300 mg vía oral, luego administrar 75 mg cada 24 horas.</i>

Antiagregación dual

Recomendación:
En pacientes con ACVi no se sugiere el uso de antiagregación dual como parte del tratamiento a largo plazo. (Recomendación condicional en contra, calidad de evidencia: baja) .
Puntos de buena práctica clínica:
<p><i>En pacientes con ACVi considerar el uso de doble antiagregación como tratamiento de corto plazo (21 días a 3 meses) en casos de pacientes con:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>ACVi menor (NIHSS \leq 3) o AIT de alto riesgo de recurrencia (ABCD2 \geq 4) por 21 días.</i> • <i>ACVi o AIT con estenosis de \geq 50% de arteria carótida interna, cerebral media y posterior, vertebral y basilar por 3 meses.</i>

Anticoagulación inmediata

Recomendación:
En pacientes con ACVi no se recomienda la anticoagulación inmediata. (Recomendación fuerte en contra, calidad de evidencia: moderada) .
Puntos de buena práctica clínica:
<ul style="list-style-type: none"> - <i>En pacientes con ACVi de etiología cardioembólica u otras con indicación de anticoagulación considerar el inicio de acuerdo al tiempo de enfermedad, severidad y extensión del infarto cerebral, que suele hacerse entre los 4 y 14 días del inicio de síntomas.</i>

Estatinas

Recomendación:
En pacientes con ACVi con sospecha de aterosclerosis se sugiere el uso de estatinas de intensidad moderada a alta, como atorvastatina de 40 a 80 mg u otras, independientemente de los niveles de lípidos basales según disponibilidad. Para decidir la dosis se debe valorar la tolerancia, edad y comorbilidades del paciente. (Recomendación condicional a favor, calidad de evidencia: baja).

Tabla N° 18: Escala ABCD2

Característica	Puntaje
Edad	
> 60 años	1
Presión arterial	
PA > 140/90 mmHg	1
Características clínicas:	
debilidad unilateral	2
alteraciones en el habla sin debilidad unilateral	1
Duración de los síntomas:	
≥60 minutos	2
59-10 minutos	1
Antecedente	
diabetes	1
Interpretación	Puntaje
Bajo	0 a 3
Moderado	4 o 5
Alto	6 o 7
¿Cuándo usar?	
Pacientes con AIT	
¿Para que?	
Riesgo de recurrencia de ACV a los 2, 7 y 90 días	

Tomado de Johnston y col. (114)