

RECOMENDACIÓN T5

BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA DE EFECTOS DESEABLES E INDESEABLES

Guía de Práctica Clínica Ataque cerebrovascular - 2018

A. PREGUNTA CLÍNICA

En personas con ataque cerebrovascular (ACV) isquémico ¿se debe realizar terapia motora antes de las 24 horas del evento en comparación a realizar terapia motora después de las 24 horas del evento?.

Análisis y definición de los componentes de la pregunta en formato PICO

Población: Personas con ataque cerebrovascular (ACV) isquémico.

Intervención: Terapia motora antes de las 24 horas del evento.

Comparación: Terapia motora después de las 24 horas del evento.

Desenlace (outcome): Mortalidad, actividades de la vida diaria (ADL), hospitalizaciones (días), cualquier complicación.

B. BÚSQUEDA DE EVIDENCIA

Se realizó una búsqueda general de revisiones sistemáticas asociadas al tema de “Stroke”. Las bases de datos utilizadas fueron: Cochrane database of systematic reviews (CDSR); Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE); HTA Database; PubMed; LILACS; CINAHL; PsycINFO; EMBASE; EPPI-Centre Evidence Library; 3ie Systematic Reviews and Policy Briefs Campbell Library; Clinical Evidence; SUPPORT Summaries; WHO institutional Repository for information Sharing; NICE public health guidelines and systematic reviews; ACP Journal Club; Evidencias en Pediatría; y The JBI Database of Systematic Reviews and implementation Reports. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un investigador experimentado resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. En caso de considerarse necesario, se integraron estudios primarios.¹

Seleccionadas las revisiones sistemáticas o estudios primarios asociadas a la temática, se clasificaron en función de las potenciales preguntas a las que daban respuesta. Al momento de definir la pregunta la evidencia ya se encontraba previamente clasificada según intervenciones comparadas. Los resultados se encuentran alojados en la plataforma Living Overview of the Evidence (L·OVE), sistema que permite la actualización periódica de la evidencia.

¹ Para revisar la metodología, las estrategias y los resultados de la búsqueda, favor revisar el informe “Búsqueda sistemática de evidencia de los efectos deseables e indeseables” en la sección de método de la Guía de Práctica Clínica respectiva.

C. SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Resumen de la evidencia identificada

Se identificaron 5 revisiones sistemáticas que incluyen 15 estudios primarios, de los cuales todos corresponden a ensayos aleatorizados. Para más detalle ver “Matriz de evidencia”², en el siguiente enlace: [Movilización precoz para ataque cerebrovascular agudo](#).

Tabla 1: Resumen de la evidencia seleccionada

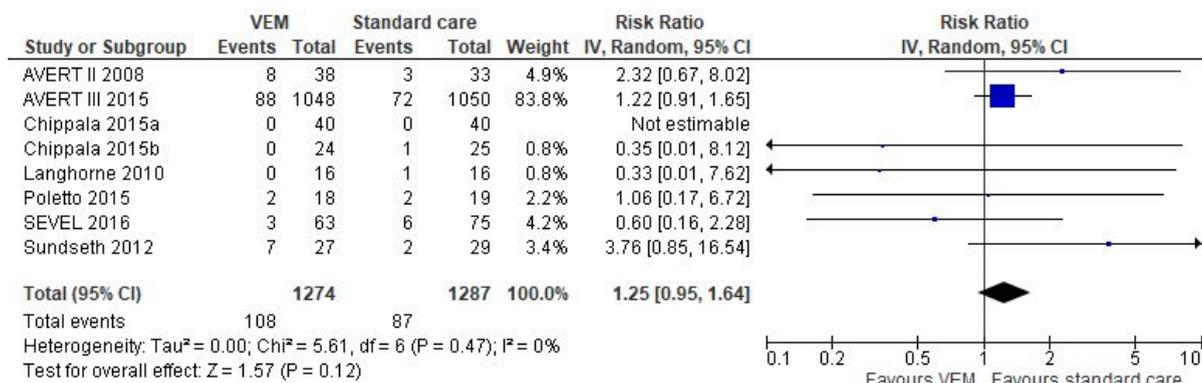
Revisión Sistemática	5 [1-5]
Estudios primarios	15 [6-20]

Estimador del efecto

Se realizó un análisis de la matriz de evidencia, decidiendo excluir 6 ensayos [11-16] ya que incluyen otros elementos a parte de la intervención de interés, como por ejemplo unidades especializadas, equipo multidisciplinarios, entre otras. Así, se identificó una revisión [4] que incluye todos los ensayos relevantes [6-10, 17-20], por lo que se decidió reutilizar sus metanálisis para construir la tabla resumen de resultados.

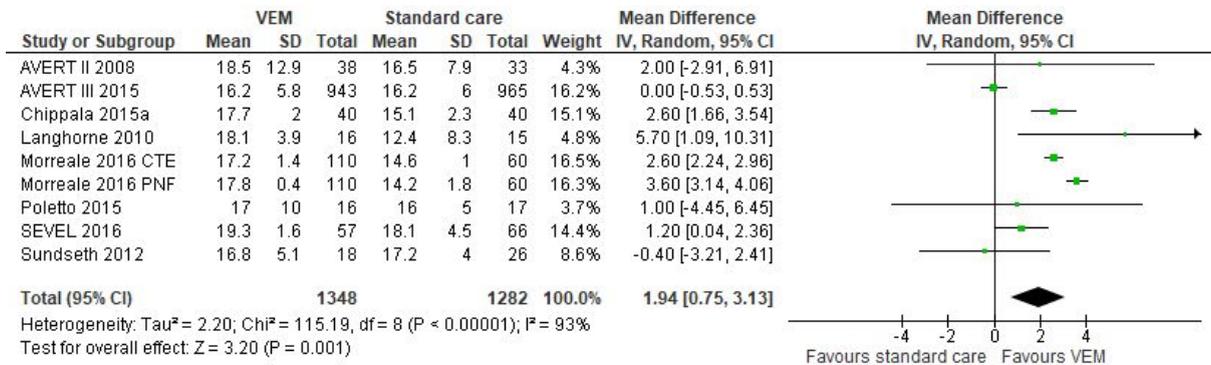
Metanálisis

Mortalidad

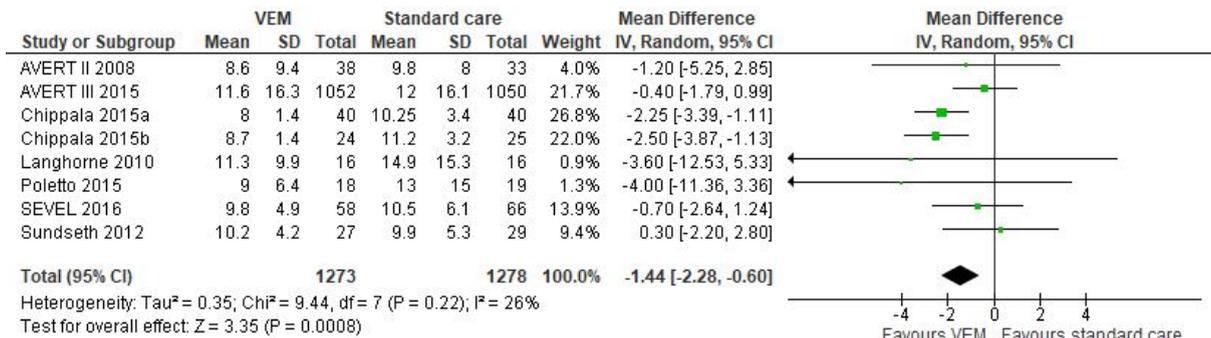


² **Matriz de Evidencia**, tabla dinámica que grafica el conjunto de evidencia existente para una pregunta (en este caso, la pregunta del presente informe). Las filas representan las revisiones sistemáticas y las columnas los estudios primarios que estas revisiones han identificado. Los recuadros en verde corresponden a los estudios incluidos en cada revisión. La matriz se actualiza periódicamente, incorporando nuevas revisiones sistemáticas pertinentes y los respectivos estudios primarios.

Actividades de la vida diaria (ADL)



Hospitalizaciones (días)



Cualquier complicación

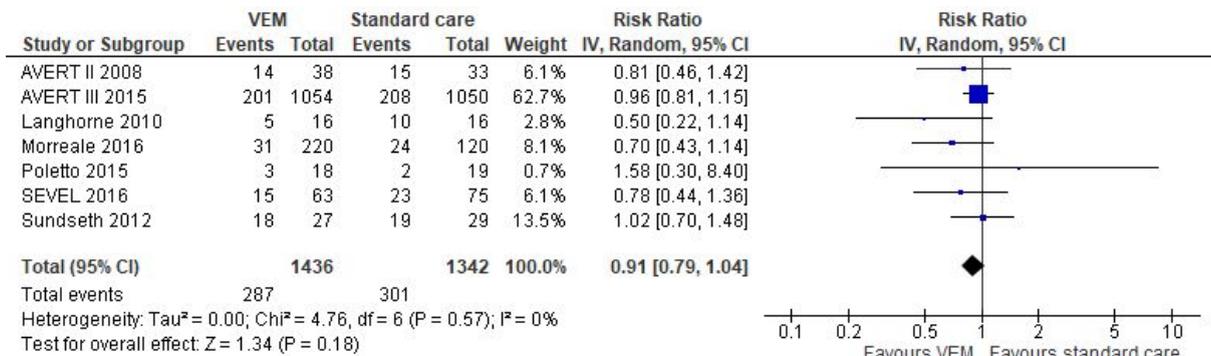


Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

TERAPIA MOTORA ANTES DE LAS 24 HORAS DEL EVENTO COMPARADO CON TERAPIA MOTORA DESPUÉS DE LAS 24 HORAS PARA ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO						
Población	Personas con ataque cerebrovascular (ACV) isquémico.					
Intervención	Terapia motora antes de las 24 horas del evento.					
Comparación	Terapia motora después de las 24 horas del evento.					
Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%) -- Estudios/pacientes	Efecto absoluto estimado*			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
		Terapia motora después de 24 hrs	Terapia motora antes 24 hrs	Diferencia (IC 95%)		
Mortalidad	RR 1,25 (0,95 a 1,64) -- 8 ensayos/ 2561 personas [6-10, 18-20]	68 por 1000	84 por 1000	Diferencia: 16 más (3 menos a 43 más)	⊕⊕○○ ^{1,2} Baja	El uso de terapia motora antes de las 24 horas comparado con después de las 24 horas podría aumentar la mortalidad, pero la certeza de la evidencia es baja.
Actividades de la vida diaria (ADL)**	-- 9 ensayos/ 2630 personas [6-9, 17-20]	14,6	16,5	Diferencia: 1,94 más (0,75 a 3,13 más)	⊕○○○ ^{1,2,3} Muy baja	El uso de terapia motora antes de las 24 horas comparado con después de las 24 horas podría aumentar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, existe considerable incertidumbre dado que la certeza de la evidencia es muy baja.
Complicaciones***	RR 0,91 (0,79 a 1,04) -- 7 ensayos/ 2778 personas [6-8, 17-20]	224 por 1000	204 por 1000	Diferencia: 20 menos (9 más a 47 menos)	⊕⊕○○ ^{1,2} Baja	El uso de terapia motora antes de las 24 horas comparado con después de las 24 horas podría disminuir las complicaciones, pero la certeza de la evidencia es baja.
Hospitalización	-- 8 ensayos/ 2551 personas [6-10, 18-20]	10,3	8,9	Diferencia: 1,44 menos (2,28 a 0,6 menos)	⊕⊕○○ ^{1,2} Baja	El uso de terapia motora antes de las 24 horas comparado con después de las 24 horas podría disminuir los días de hospitalización, pero la certeza de la evidencia es baja.

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%.

RR: Riesgo relativo.

DM: Diferencia de media.

GRADE: Grados de evidencia Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

* El **riesgo CON terapia motora después de 24 hrs** está basado en el riesgo del grupo control en los estudios. El **riesgo CON terapia motora antes 24 hrs** (y su intervalo de confianza) está calculado a partir del efecto relativo (y su intervalo de confianza). En el caso de desenlaces continuos, el promedio **CON terapia motora después de 24 hrs** está basado en el promedio del grupo control del estudio con mayor peso. El promedio **CON terapia motora antes 24 hrs** (y su intervalo de confianza) está calculado a partir de la diferencia de medias (y su intervalo de confianza).

**Barthel Index: Escala de 0 a 20, en la cual un cambio de 1,45 puntos podría considerarse clínicamente relevante [21]

***Principalmente eventos embólicos, úlceras por presión, neumonía entre otros.

¹ Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo, ya que la mayoría de los ensayos no fue ciego o no estaba claro.

² Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión, ya que cada extremo del intervalo conlleva una decisión diferente.

³ Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por inconsistencia (I2 93%).

Fecha de elaboración de la tabla: Octubre, 2018.

Referencias

1. Craig LE, Bernhardt J, Langhorne P, Wu O. Early mobilization after stroke: an example of an individual patient data meta-analysis of a complex intervention. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2010;41(11):2632-6.
2. Kalisch BJ, Dabney BW, Lee S. Safety of mobilizing hospitalized adults: review of the literature. *Journal of nursing care quality*. 2013;28(2):162-8.
3. Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *Journal of clinical nursing*. 2014;23(11-12):1486-501.
4. Langhorne P, Collier JM, Bate PJ, Thuy MN, Bernhardt J. Very early versus delayed mobilisation after stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2018;10:CD006187.a
5. Tyedin K, Cumming TB, Bernhardt J. Quality of life: an important outcome measure in a trial of very early mobilisation after stroke. *Disability and rehabilitation*. 2010;32(11):875-84.
6. AKEMIS. Sundseth A, Thommessen B, Rønning OM. Outcome after mobilization within 24 hours of acute stroke: a randomized controlled trial. *Stroke*. 2012;43(9):2389-94
7. AVERT II. AVERT Trial Collaboration group. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*. 2015;386(9988):46-55
8. AVERT III. Bernhardt J, Collier J, Thrift A, Dewey H, Lindley R, Donnan G, et al.. Safety in the first 700 patients in A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT). *Stroke*. 2011;43(3):e77
9. Chippala P, Sharma R.. Effect of very early mobilisation on disability and adverse events in the first 3 months post stroke: a single-blind, randomised controlled trial. *International Journal of Health Sciences and Research*. 2015;5(10):166-74
10. Chippala P, Sharma R.. Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: a single-blind randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 2015;12:1-7
11. Dey P, Woodman M, Gibbs A, Steele R, Stocks SJ, Wagstaff S, Khanna V, Chaudhuri MD. Early assessment by a mobile stroke team: a randomised controlled trial. *Age and ageing*. 2005;34(4):331-8
12. Evans A, Harraf F, Donaldson N, Kalra L. Randomized controlled study of stroke unit care versus stroke team care in different stroke subtypes. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2002;33(2):449-55
13. Fagerberg B, Claesson L, Gosman-Hedström G, Blomstrand C. Effect of acute stroke unit care integrated with care continuum versus conventional treatment: A randomized 1-year study of elderly patients: the Göteborg 70+ Stroke Study. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2000;31(11):2578-84
14. Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA, Rokseth R, Håheim LL. Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit: which aspects are most important?. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 1999;30(5):917-23
15. Indredavik B, Bakke F, Slørdahl SA, Rokseth R, Håheim LL. Stroke unit treatment improves long-term quality of life: a randomized controlled trial. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 1998;29(5):895-9
16. Kaste M, Palomäki H, Sarna S. Where and how should elderly stroke patients be treated? A randomized trial. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 1995;26(2):249-53
17. Morreale M, Marchione P, Pili A, Lauta A, Castiglia SF, Spallone A, Pierelli F, Giacomini P. Early versus delayed rehabilitation treatment in hemiplegic patients with ischemic stroke:

- proprioceptive or cognitive approach?. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2016;52(1):81-9
18. SEVEL. Herisson F, Godard S, Volteau C, Le Blanc E, Guillon B, Gaudron M, SEVEL study group. Early Sitting in Ischemic Stroke Patients (SEVEL): A Randomized Controlled Trial. *PloS one*. 2016;11(3):e01
 19. VERIS-Brazil. Poletto SR, Rebello LC, Valença MJ, Rossato D, Almeida AG, Brondani R, Chaves ML, Nasi LA, Martins SC. Early mobilization in ischemic stroke: a pilot randomized trial of safety and feasibility in a public hospital in Brazil. *Cerebrovascular diseases extra*. 2015;5(1):31-40
 20. VERITAS. Langhorne P, Stott D, Knight A, Bernhardt J, Barer D, Watkins C. Very early rehabilitation or intensive telemetry after stroke: a pilot randomised trial. *Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland)*. 2010;29(4):352-60
 21. Hsieh YW, Wang CH, Wu SC, Chen PC, Sheu CF, Hsieh CL. Establishing the minimal clinically important difference of the Barthel Index in stroke patients. *Neurorehabil Neural Repair*. 2007 May-Jun;21(3):233-8