

# 5. Manejo prehospitalario del ictus agudo

## 5.1. Hipertensión arterial

### Preguntas

- ¿Se debe comenzar tratamiento en personas con sospecha de ictus agudo que acuden a AP y presentan presión arterial (PA) elevada?
- ¿A partir de qué cifras debe tratarse la hipertensión arterial?
- En caso de decidir tratar, ¿qué fármacos deben emplearse?

### Recomendaciones

<b>Inicio de tratamiento de hipertensión arterial en la AP</b>	
<b>Débil en contra</b>	En personas con sospecha de ictus agudo se sugiere no tratar la PA elevada en el ámbito extrahospitalario, siempre que se mantenga una PAS < 220 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) < 120 mmHg, salvo en determinadas situaciones urgentes, como sospecha clínica fundada de insuficiencia cardiaca izquierda, síndrome coronario agudo, disección aórtica o preeclampsia/ eclampsia.
<b>BPC</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• En el caso en que se decida tratar, evitar descensos bruscos e intensos de la PA (más del 20 % en menos de 24 horas).</li><li>• Evitar los fármacos sublinguales de acción rápida y utilizar preferentemente la vía intravenosa, y si no es posible, la vía oral (tras valoración de disfagia).</li><li>• Cuando exista hipotensión, descartar la presencia de otra enfermedad concomitante grave y tratar según la etiología.</li></ul>
<b>Cifras a partir de las cuales iniciar tratamiento</b>	
<b>Débil en contra</b>	Se sugiere no tratar la hipertensión en personas con ictus isquémico agudo cuando su PA es < 220/120 mmHg y no van a recibir trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica.
<b>BPC</b>	En personas con ictus isquémico agudo no tratados con trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica y con una PA > 220/120 mmHg, es razonable el tratamiento farmacológico (reducción menor al 15 % de la PAS en 24 horas).
<b>Débil a favor</b>	En personas con hemorragia intracerebral aguda (menos de 6 horas desde el inicio de los síntomas), se sugiere la disminución de la PA hasta 140 mmHg para reducir la expansión del hematoma.
<b>BPC</b>	En personas con hemorragia intracerebral aguda, iniciar el tratamiento antihipertensivo tan pronto como sea posible.

## Justificación

### Inicio de tratamiento de hipertensión arterial en la AP

La evidencia encontrada, aunque es de baja calidad, no apoya el tratamiento prehospitalario de la hipertensión arterial en personas con ictus agudo, por lo que se realiza una recomendación débil en contra de esta intervención.

### Cifras a partir de las cuales iniciar tratamiento

No hay estudios que determinen a partir de qué cifras se ha de tratar la hipertensión arterial, pero sí recomendaciones de buena práctica en determinados contextos en base a estudios de asociación entre el nivel de PA y los desenlaces clínicos de las personas que han sufrido un ictus.

### Tratamiento farmacológico para elegir

No se puede recomendar un fármaco en particular, puesto que no hay evidencia que determine cuál de ellos es mejor o más eficaz en reducir la PA o en mejorar los desenlaces de interés de estos pacientes. Por ello no se hacen recomendaciones a favor de uno u otro fármaco.

## Justificación detallada

### Inicio de tratamiento de hipertensión arterial en la AP

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es muy baja, porque se incluyen solo dos estudios pequeños en el ámbito prehospitalario, que tampoco es exactamente el contexto que se está evaluando en este caso (sería en el contexto de AP y no en la ambulancia).
- **Balance entre beneficios y riesgos:** los estudios señalan que no hay beneficios en la reducción de la tasa de mortalidad ni en la recuperación funcional a los tres o seis meses, por lo que el balance no favorece la intervención.
- **Factibilidad:** se considera que no es factible iniciar el tratamiento desde AP por los problemas que podrían surgir, y que es mejor esperar su inicio en el contexto hospitalario.

## Cifras a partir de las cuales iniciar tratamiento

Los estudios de asociación entre el nivel de PA y los desenlaces de interés establecen puntos de corte a partir de los cuales los resultados en salud son peores o mejores. De aquí que se puedan establecer estos puntos de corte para iniciar el tratamiento, aunque no se ha demostrado que la disminución de la PA en esos casos se asocie a mejores resultados en los pacientes. Por ello, y teniendo en cuenta las recomendaciones de buena práctica de otras guías, se consideran unos límites de tratamiento para cada tipo de situación particular.

## Tratamiento farmacológico para elegir

No hay estudios que comparen cuál de los fármacos tiene mejores resultados en relación con los desenlaces de interés de las personas que han sufrido un ictus, por lo que no se hace recomendación sobre cuál debería ser el fármaco a utilizar para tratar la hipertensión arterial en estos pacientes.

## De la evidencia a la recomendación

### Inicio de tratamiento de hipertensión arterial en la AP

#### a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?

- **Juicio:** insignificantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en el estudio RIGHT (22), con 41 personas con sospecha de ictus (FAST 2 de 3) y PAS de más de 140 mmHg en las cuatro primeras horas del inicio de los síntomas, tras la aleatorización de los pacientes, se proporcionó gliceriltrinitrato (GTN) transdermal por personal paramédico entrenado. A los **90 días** hubo una **recuperación significativa en la escala de Rankin modificada (ERm) a favor del tratamiento**, pero no en **mortalidad** (GTN 4/25 vs. no GTN 6/16,  $p=0,15$ ). El estudio RIGHT-2 (23) reclutó 1149 personas con sospecha de ictus (FAST con 2 o 3 puntos), y PAS de más de 120 mmHg en las cuatro horas tras el inicio de los síntomas. No encontraron diferencias en las **puntuaciones de ERm** (GTN 358/568 (66 %) vs. no GTN 373/581 (67 %);  $p=0,88$ ), ni en la tasa de **mortalidad**.

En conjunto, se estima una **tasa de mortalidad a tres meses** similar entre grupos (dos ECA;  $n=1190$ ; 18,4 % vs. 17,4 %; OR de 0,74 (IC95 % de 0,23 a 2,35). La tasa de **buen estado funcional a los tres meses** (puntuación ERm de 0 a 2) también fue similar (dos ECA;  $n=1190$ ; 37,4 % vs. 35,5 %; OR 1,33 (IC95 % de 0,59 a 3,01) (24, 25).

Cabe señalar que la PAS media de ambos estudios oscila entre los 160 y 168 mmHg.

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- b) **¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**
- **Juicio:** no se sabe.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han recogido datos de efectos adversos en los estudios incluidos.
  - **Consideraciones adicionales:** no se recogen efectos no deseados, pero se considera que hay más riesgo de una bajada de PA excesiva si se administran antihipertensivos en el contexto extrahospitalario.
- c) **¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**
- **Juicio:** muy baja.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** son dos ECA, uno es un estudio piloto y los intervalos de confianza son muy amplios para los OR estimados, tanto para la **mortalidad a los tres meses** como para un **buen estado funcional** (ERm entre 0-2) a los tres meses post-ictus.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- d) **¿Hay incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**
- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o variabilidad no sean importantes.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto.
  - **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de las personas que han sufrido un ictus con los desenlaces considerados.
- e) **El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** probablemente favorece la comparación.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han descrito beneficios de iniciar el tratamiento de forma prehospitalaria, ni en la mortalidad ni en la recuperación funcional a los tres meses del ictus, aunque la evidencia es de muy baja calidad. Por ello, probablemente sea mejor no iniciar el tratamiento en ese contexto.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

- f) **¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** costes moderados
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** se debería formar al personal sanitario, y si el tratamiento no tiene beneficio, utilizarlo siempre supondrá un coste y eso sin conocer si tienen efectos secundarios que puedan suponer también un aumento del uso de recursos para atender las complicaciones que puedan surgir.
- g) **¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**
- **Juicio:** no se han incluido estudios.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- h) **El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:** probablemente favorece la comparación.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
  - **Consideraciones adicionales:** si la intervención no tiene beneficios, no merece la pena realizar estudios de coste-efectividad, puesto que no saldría coste-efectiva. Por lo tanto, se favorecería la comparación.
- i) **¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**
- **Juicio:** no habría impacto en la equidad.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** se cree que la equidad no se vería comprometida en este caso.
- j) **¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**
- **Juicio:** probablemente no.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** se cree que ni profesionales ni personas con ictus aceptarían el inicio del tratamiento antihipertensivo si no hay evidencia que apoye su uso.
- k) **¿Es factible la implementación de la intervención?**
- **Juicio:** probablemente sí.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
  - **Consideraciones adicionales:** se considera que sí sería factible implementar el tratamiento antihipertensivo en AP.

Cifras a partir de las cuales iniciar tratamiento

a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?

- **Juicio:**
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** insignificante.
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** moderada.
  - **Hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** los estudios señalan diferencias en las cifras a partir de las cuales habría que iniciar tratamiento en función del tipo de ictus y de si van a recibir o no tratamiento mediante trombólisis endovenosa o trombectomía mecánica.
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** en ausencia de revascularización, hay una relación tipo J o U entre la presión sanguínea y los resultados en salud tras un ictus isquémico agudo (26). Tanto una PA alta como baja en las horas iniciales se asocia con desenlaces clínicos no favorables. El nadir difiere entre estudios (de 120 a 185 mmHg), aunque la mayoría lo sitúa entre 150-160 mmHg y es mayor en las primeras 24-48h. A menudo disminuye de forma espontánea, incluso sin medicación (26).
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** la relación se vuelve más compleja en estos casos. Personas con menor PAS post-trombólisis tienen resultados más favorables (nadir 148-160 mmHg). Los estudios demuestran de forma consistente que una menor PA se asocia con mejores resultados clínicos. Al ingreso, el límite era de 160-180 mmHg. Post-trombectomía, ésta era 20 mmHg menor, hasta 120 mmHg (26).
  - **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** un estudio prospectivo demostró que disminuir la PAS por debajo de 160 mmHg era seguro y factible. En un análisis *post-hoc* encontraron que el nivel que se asociaba con un menor riesgo de malos resultados clínicos fue **130 mmHg**. Los estudios retrospectivos demostraron de forma consistente que una PAS menor de 160 mmHg o 140 mmHg se asociaba con mejores resultados clínicos (26).

En cuanto a los resultados de tratar la hipertensión arterial en personas que han sufrido un ictus:

- **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis intravenosa ni trombectomía mecánica:** el tratamiento con cualquier vasodilatador no disminuye la **mortalidad a los 3-6 meses** (18 ECAs; n=15144; 9,7 % vs. 8,6 %; OR 1 (IC95 % de 0,84 a 1,19)) (calidad moderada), ni la recuperación del **estado funcional a los tres o seis meses** (12 ECAs; n=9700; 65,8 % vs. 67 %; OR 0,98 (IC95 % de 0,85 a 1,12)) (24).

- **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** no hay ensayos clínicos sobre la seguridad y eficacia de la disminución de la PA en personas con ictus isquémico agudo que excedan las cifras de PA recomendadas y en tratamiento con trombólisis endovenosa.

En cuanto al tratamiento intensivo (cifra objetivo 130-140 mmHg en 1 h) frente al no intensivo (cifra objetivo < 180 mmHg en 72 h), no se observan diferencias tanto en mortalidad como en un buen estado funcional a los tres meses en personas candidatas a trombólisis intravenosa (24).

- **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** en personas con ictus hemorrágico agudo (primeras 6 h), no hay diferencias en **mortalidad a los tres y seis meses** (cinco ECAs; n=3314; 11,7 % vs. 11,9 %; OR 0,95 (IC95 % de 0,64 a 1,43)), aunque sí en la **expansión del hematoma** (tres ECAs; n=2186; 21,4 % vs. 25,1 %; OR 0,81 (IC95 % de 0,67 a 0,99)), que reduce de forma significativa para el grupo tratado (24).

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

#### b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?

- **Juicio:**

- **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** no se sabe.
- **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** moderada.
- **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** no se sabe.

- **Evidencia procedente de la investigación:**

- **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** no se han identificado datos, aunque utilizar fármacos que no son eficaces podría aumentar la probabilidad de aparición de efectos adversos.

- **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** la evidencia sugiere que la presión sanguínea elevada antes o durante la trombólisis endovenosa puede relacionarse con desenlaces clínicos y resultados de imagen adversos (24), por lo que la infusión de alteplasa en aquellos con niveles de PAS y PAD elevados (> 185/110 mmHg) está contraindicada.

La probabilidad de **hemorragia intracraneal sintomática** es mayor en personas con ictus isquémico agudo con PA previa > 185/110 mmHg tratados con trombólisis endovenosa (OR de 1,39 a 2,59) (27, 28). En el estudio de Tsivgoulis G *et al.* (27), las violaciones del protocolo de PA pretratamiento con trombólisis endovenosa (> 185/110 mmHg) ocurrieron en el 12 % de los ictus isquémicos agudos, siendo la hemorragia intracraneal sintomática más probable en las personas en las que se había violado el protocolo de PA (OR 2,59; IC95 % de 1,07 a 6,25; p=0,034).

En un análisis retrospectivo del estudio *Safe Implementation of Treatments in Stroke thrombolysis registry* (SITS) (28), se encontró que una PA elevada pretratamiento era el único criterio *off-label* asociado de forma independiente a un mayor OR para sICH (OR 1,39; IC95 % de 1,08 a 1,80).

- **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** no se han identificado efectos adversos no deseados.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- c) **¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**
- **Juicio:**
    - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** moderada.
    - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** muy baja.
    - **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** muy baja.
  - **Evidencia procedente de la investigación:**
    - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** la calidad de la evidencia para los desenlaces considerados fue moderada en todos los casos.
    - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** no hay estudios aleatorizados o prospectivos sobre la eficacia y seguridad de reducir la hipertensión arterial en personas con ictus isquémico agudo candidatos a trombólisis intravenosa, la evidencia proviene de estudios observacionales que señalan un aumento de riesgo de hemorragia intracraneal sintomática con niveles de PA superior a 185 mmHg.
    - **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** la calidad de la evidencia para el desenlace de mortalidad es muy baja, lo que condiciona la calidad global de la evidencia.
  - **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.
- d) **¿Hay incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**
- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o variabilidad no sean importantes.
  - **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto.
  - **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de las personas con los desenlaces considerados.
- e) **El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**
- **Juicio:**
    - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** favorece la comparación.
    - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** probablemente favorece la intervención.
    - **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** probablemente favorece la intervención.
  - **Evidencia procedente de la investigación:**
    - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** se considera que al no en-



contrar evidencia sobre la eficacia del tratamiento antihipertensivo en los desenlaces de interés de personas con ictus agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis, no se justifica el tratamiento antihipertensivo en estas personas.

- **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** aunque no existe evidencia directa, la relación entre el riesgo de hemorragia intracraneal sintomática en pacientes con ictus agudo e hipertensión arterial previa al tratamiento con trombólisis intravenosa, inclina la balanza a favor del tratamiento de la hipertensión arterial en aquellas personas que son susceptibles al tratamiento mediante trombólisis intravenosa.
- **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** aunque no se hayan encontrado diferencias significativas en mortalidad, sí se ha señalado un impacto en la extensión del hematoma intracraneal, con lo que la balanza favorecería al tratamiento antihipertensivo en personas que han sufrido un ictus hemorrágico.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

f) **¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios para ninguno de los casos.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

g) **¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

h) **El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

i) **¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:**
  - **Pacientes con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** no se sabe.
  - **Pacientes con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** no se sabe.
  - **Pacientes con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

j) **¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:**
  - **Pacientes con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** probablemente sí.
  - **Pacientes con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** probablemente sí.

- **Pacientes con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se cree que, en el caso de ser candidatos a trombólisis, cualquier persona querría reducir el riesgo de presentar hemorragia intracraneal sintomática. Asimismo, en el caso de personas con hemorragia intracraneal, si el tratamiento reduce la extensión del hematoma y las posibles consecuencias en la salud de las mismas, tampoco habría problemas de aceptabilidad.

**k) ¿Es factible la implementación de la intervención?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se cree que la implementación en los tres casos sería factible.

## Tratamiento farmacológico a elegir

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la revisión de Bath *et al.* (29) se señala que en el subgrupo de personas con ictus isquémico agudo (n=11015) no se observa un beneficio sobre la **muerte o la dependencia** de recibir tratamiento frente al control (**OR 1; IC95 % de 0,92 a 1,08**).  
Y en cuanto al tipo de fármaco, no se encontraron diferencias sobre la combinación de **muerte o dependencia** (OR 0,98; IC95 % de 0,92 a 1,05), siendo la heterogeneidad muy baja. Ninguna de las comparaciones individuales entre clases de fármacos o estrategias de bajada de PA fue significativa. Todos los fármacos (CCBs, ACEi, ARB, betabloqueantes y donantes de **óxido nítrico**) **disminuían la PA** (29).
- **Consideraciones adicionales:** todos los estudios (publicados hasta mayo de 2014) se realizaron en hospitales. Se necesita más evidencia para identificar las personas que más se pueden beneficiar en modificar los valores de PA, el momento temporal en el que el tratamiento puede ser eficaz, los tipos de ictus que pueden responder más favorablemente y el contexto en el que el tratamiento puede ser administrado en la práctica diaria.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han descrito los efectos adversos en la revisión.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** aunque no se presenta la evaluación de la calidad de la evidencia de cada comparación, en general son pocos estudios (los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) son los que más estu-

dios y número de pacientes tienen), y se trata de comparaciones frente a placebo, no entre diferentes tipos de fármacos antihipertensivos.

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de las personas que han sufrido un ictus con los desenlaces considerados.

**e) El balance entre los efectos deseados y los no deseados esperados, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se señala que todos los fármacos disminuyen la PA pero no cuál es mejor. En cuanto al efecto sobre mortalidad o dependencia, tampoco se señalan diferencias.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** si se puede utilizar cualquier fármaco, el coste de cada fármaco puede ser un criterio a tener en cuenta a la hora de utilizar uno u otro.

**g) ¿Cuál es la confianza en la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** si la eficacia fuera similar, pero pudiera haber diferencias en los costes, podría haber alguna alternativa mejor que otra; pero no hay evidencia.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Consideraciones adicionales:** si la eficacia fuera similar, pero pudiera haber diferencias en los costes, podría haber alguna alternativa mejor que otra. No hay evidencia para establecer si hay algún fármaco mejor que otro para su uso en estos casos.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**k) ¿Es factible la implementación de la intervención?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.