



MINISTERIO
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

guiasalud.es

Biblioteca de Guías de Práctica Clínica
del Sistema Nacional de Salud



EUSKO TALURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Programa de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud de GuíaSalud

Exposición Pública de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo del Ictus en Atención Primaria

El siguiente formulario recoge los comentarios recibidos de los distintos grupos de interés (GI) participantes en el proceso de Exposición Pública de la GPC sobre el Manejo del Ictus en Atención Primaria y la respuesta a los mismos del Grupo Elaborador de la Guía (GEG)



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
1	C. Gral. Enfermería	Autoría y cola	8	En el Grupo de trabajo de la GPC sobre el manejo de ictus en Atención Primaria, no hay ninguna enfermera.	Gracias por el comentario. En la parte de colaboración externa se contó con profesionales sanitarios de otras áreas, entre ellas enfermería, También se contó con profesionales de la enfermería para el proceso de revisión externa. De hecho, gracias a estas revisiones, se hicieron cambios para visibilizar mejor el papel de la enfermería en el cuidado del paciente con ictus. Pero para futuras actualizaciones se tendrá en cuenta la incorporación de la enfermería en la autoría.
2	C. Gral. Enfermería	Autoría y cola	9 y 10	Poca participación enfermera, son solamente 3 enfermeras, de 17 profesionales que han revisado y colaborado en la guía	Gracias por el comentario. Ver la respuesta al comentario anterior.
3	C. Gral. Enfermería	5.1	31	No habla del manejo por parte de enfermería de la hipertensión	Muchas gracias por el comentario. Cabe señalar que el objetivo de esta guía no era elaborar un tratado sobre el manejo del ictus en atención primaria, sino establecer una serie de recomendaciones relacionadas con preguntas clínicas concretas mediante una metodología específica, que incluye una revisión sistemática de estudios, la evaluación de la calidad de la evidencia que responde a cada pregunta y la formulación de recomendaciones siguiendo la metodología GRADE. En este caso, no se abordaron preguntas sobre el seguimiento de la hipertensión de paciente tras un ictus, ni sobre prevención secundaria, porque ya hay otras guías que abordan la prevención secundaria en pacientes con ictus. El



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
					interés se centraba más en el manejo de las secuelas post-ictus desde la atención primaria.
4	C. Gral. Enfermería	5.2	41	No habla del manejo por parte de enfermería de la hiperglucemia	Gracias por el comentario. Ver el comentario anterior.
5	C. Gral. Enfermería	5.2	41	No se habla de educación terapéutica en estos pacientes, solo del inicio de la toma de fármacos	Gracias por el comentario. Del proceso de priorización de las preguntas de la guía inicial a actualizar, ésta no fue una de las preguntas seleccionadas para ser actualizadas, pero puede ser considerada en el siguiente proceso de actualización.
6	C. Gral. Enfermería	7	56	Manejo del ictus tras el alta Hospitalaria. En este apartado no se considera la figura de la enfermera de enlace ni el contexto del paciente. Solamente se centra en el tratamiento farmacológico y algunos síntomas.	Muchas gracias por el comentario. En cuanto al papel de la enfermería, como enlace entre el hospital y en centro de salud, no se ha definido una pregunta específica que lo aborde como tal, aunque en la pregunta sobre las intervenciones multidisciplinares en algunos estudios sí se habla de cómo debería ser el seguimiento de los pacientes por parte de un equipo multidisciplinar en el que enfermería podía tener un papel de enlace. De hecho, se comenta en la pregunta sobre intervenciones multidisciplinares, en la parte que se discute la factibilidad de la opción.
7	C. Gral. Enfermería	7.4	81-96	Recomendaciones no-farmacológicas en depresión, que no sean exclusivamente la psicoterapia	Muchas gracias por el comentario. Se tendrá en cuenta en futuras actualizaciones.
8	C. Gral. Enfermería	7.7	97-101	Solo dedica un apartado al tratamiento multidisciplinar, cuando se debería incluir en todos los apartados.	Muchas gracias por el comentario. En cuanto a la inclusión de la atención multidisciplinar en todas las preguntas, lo que se ha querido hacer es poner en el centro al



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
					<p>paciente y a la atención primaria. No se hace referencia al profesional que debería actuar en cada caso. La atención primaria la componen el equipo médico-enfermera y las unidades de apoyo, cuya composición puede variar en función de la comunidad (psicólogos, trabajador social...).</p> <p>Para reflejar la importancia y la necesidad de una atención multidisciplinar, se hizo una pregunta específica para darle mayor relevancia. En el texto de esta pregunta se han realizado algunos cambios para incluir también al fisioterapeuta y la enfermería como enlace entre el hospital y el centro de salud.</p>
9	C. Gral. Enfermería	-	-	En general, muy orientado al tratamiento farmacológico.	Gracias por el comentario. Como ya se ha mencionado anteriormente, las preguntas que se han incluido provienen de la selección de las preguntas de una guía previa para las que podían haberse publicado nuevos estudios.
10	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña			<ul style="list-style-type: none"> Aporten otras posibles consideraciones no tenidas en cuenta durante la elaboración de la GPC ni durante el proceso de revisión externa, y que se encuentren enmarcadas dentro del alcance y objetivos de la GPC. <p>La guía no recoge la presencia de la figura del profesional de Fisioterapia en las unidades en Atención Primaria (AP), profesional ya incorporado en este nivel de toda España y, por consiguiente, no especifica las competencias asociadas a este perfil profesional, ni globalmente, ni en un apartado desarrollado a tal efecto y tampoco en las</p>	<p>Gracias por el comentario.</p> <p>La elaboración de esta guía surgió de la necesidad de actualizar parte de las preguntas que habían sido abordadas en la guía previa de 2009.</p> <p>Para el proceso, se priorizaron una serie de preguntas desde el punto de vista de atención primaria en general.</p> <p>En cuanto al papel de la fisioterapia en atención primaria, la realidad es que la cartera de servicios de atención primaria no incluye la fisioterapia para la persona con ictus, y si el</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>diferentes áreas de intervención en la rehabilitación de personas con ictus.</p> <p>Se deben incluir estas competencias en el desarrollo de la estrategia de salud comunitaria en AP, donde la Fisioterapia es parte activa y pieza importante de la misma (al igual que las de medicina, enfermería, terapia ocupacional y logopedia).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoren las recomendaciones realizadas por el GEG (grupo elaborador de la guía). 	<p>paciente lo requiere es derivado a rehabilitación hospitalaria.</p> <p>De todos modos, esto no descarta la posibilidad de incluir este perfil como colaborador experto o revisor externo, al menos en las preguntas en las que se ve implicado en un futuro.</p> <p>Lo que sí se ha hecho ha sido incluir en el texto, donde procede, la figura del fisioterapeuta y dentro de la recomendación del equipo multidisciplinar.</p>
11	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	Recomendación	17	<p>“Se sugiere ofrecer el ejercicio de entrenamiento de la fuerza muscular respiratoria (EMST) para el tratamiento de la disfagia en pacientes sin traqueostomía.”</p> <p>El entrenamiento de los músculos respiratorios está incorporado en la Fisioterapia Respiratoria, con la finalidad de resolver cualquier problema relacionado con su debilidad. Se obvia la intervención del Fisioterapeuta de AP en esta esfera.</p>	<p>Muchas gracias por el comentario. Ver la respuesta al comentario nº10</p> <p>En la recomendación que se señala no se hace mención al profesional sanitario. Se entiende que es lo que se tendría que ofrecer, y que quien atiende al paciente desde atención primaria sepa que eso le ayudaría al paciente.</p>
12	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	Recomendación	17	<p>“Se sugiere contar tanto con especialistas en la enfermedad, como rehabilitadores, logopedas, terapeutas ocupacionales, etc., que puedan ayudar a mejorar las diferentes secuelas y necesidades de estos pacientes, hasta que no se identifiquen objetivos funcionales que mejorar”.</p> <p>Se omite la presencia del Fisioterapeuta de AP.</p>	<p>Muchas gracias por el comentario. Se ha modificado la recomendación, que ahora es como sigue:</p> <p>“Se sugiere contar con especialistas en la enfermedad, como rehabilitadores, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, etc., que puedan ayudar a mejorar las</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
					diferentes secuelas y necesidades de estos pacientes, hasta que no se identifiquen objetivos funcionales que mejorar”.
13	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	Recomendación	18	<p>“El paciente y el cuidador y/o familiares de este deberían participar de forma activa en la definición de los objetivos de rehabilitación del paciente y familiarizarse con los ejercicios y cuidados que deberían realizarse”.</p> <p>Se omite la participación del Fisioterapeuta de AP en la elaboración de los planes domiciliarios y de la educación para la salud del paciente con ictus y familia.</p>	Muchas gracias por el comentario. Como ya se ha mencionado en la respuesta al comentario nº 10, se ha incluido en el texto que el fisioterapeuta también debería participar.
14	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	Recomendación	18	<p>“Instruir a los cuidadores o familiares de pacientes con gran deterioro funcional que no son candidatos a rehabilitación en los cuidados necesarios para estos pacientes”</p> <p>Se omite la participación del Fisioterapeuta de AP en la elaboración de los planes domiciliarios y de la educación para la salud del paciente con ictus y familia.</p>	Muchas gracias por el comentario. Se ha modificado como sigue: <i>“El equipo de atención primaria debería instruir a los cuidadores o familiares de pacientes con gran deterioro funcional que no son candidatos a rehabilitación en los cuidados necesarios para estas personas”.</i>
15	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	Recomendación	18	<p>“Cuando el paciente experimente un deterioro funcional por depresión, fracturas, caídas, espasticidad, dolor o cualquier otra causa, se recomienda derivar de nuevo a rehabilitación con el fin de intentar recuperar el nivel funcional previo además de tratar las posibles causas desencadenantes”</p> <p>Se omite la participación del Fisioterapeuta de AP</p>	Muchas gracias por el comentario. Ver la respuesta al comentario 10.
16	Facultad de Fisioterapeutas	Recomendación	18	<p>“Se sugiere que, si el paciente que ha sufrido un ictus tiene dificultades para realizar las</p>	Muchas gracias por el comentario.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
	as Universidad de la Coruña			actividades diarias , éste sea tratado por un terapeuta ocupacional”. Apartado específico para la terapia ocupacional. Al que debe incorporarse el Fisioterapeuta de AP por su competencia en la recuperación en actividades diarias como la marcha, equilibrio u otras secuelas motoras que condicionen las AVD.	Como esta pregunta estaba dirigida a los terapeutas ocupacionales, la recomendación responde a la pregunta planteada. Pero se han realizado cambios a lo largo del texto para incluir la figura del fisioterapeuta en AP.
17	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	1.2. Utilización de recursos por los pacientes con ictus primer párrafo	20	“...que también consultaban más con fisioterapia. ”. Los datos aportados en la guía remarcan que los pacientes con ictus menores de 65 demandan con mayor frecuencia la Fisioterapia de AP. Sin embargo en el documento se omiten las competencias propias del Fisioterapeuta de AP.	Muchas gracias por el comentario. Ver respuesta al comentario nº10.
18	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	1.3 La atención primaria y la variabilidad en la práctica clínica segundo párrafo	21	“...la atención al ictus agudo y la continuidad de cuidados a los pacientes y sus cuidadores tras el alta hospitalaria siendo el papel de los profesionales de enfermería clave para muchas de estas funciones”. A este papel clave de la enfermería en la atención posthospitalaria del paciente con ictus, debe considerarse que dicha atención implica diferentes dimensiones, por lo que su planificación debe ser realizada por los todos los profesionales implicados. En los resultados de la bibliografía presentada la Fisioterapia aparece demandada con 17%.	Muchas gracias por el comentario. Como se ha comentado previamente, se ha incluido al fisioterapeuta como profesional que debería tomar parte del equipo multidisciplinar.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
19	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	1.3 La atención primaria y la variabilidad en la práctica clínica Cuarto párrafo	21	<p>“...que la atención al paciente con ictus tras el alta hospitalaria no era tan satisfactoria, porque no existía una adecuada continuidad asistencial. Esto es especialmente importante, porque se ha descrito que un control eficaz de los factores de riesgo asociados a esta enfermedad puede ayudar a evitar más del 80 % de los casos. Por ello, teniendo en cuenta esto y la previsión del aumento de la prevalencia durante los últimos años, se debería mejorar tanto la prevención, como la atención y el seguimiento de estos pacientes, así como los servicios de rehabilitación de las secuelas que puedan presentarse”.(13)</p> <p>La referencia para este texto (13) se valora el grado de conocimiento y actitudes sobre ictus, incluyendo prevención primaria y secundaria y cuidados posteriores al alta, entre los médicos de Atención Primaria.</p> <p>Se sostiene que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Solo la mitad de los médicos encuestados consideran que existe esa adecuada continuidad y programan visitas de seguimiento...” 2. “El médico de AP debe realizar una primera evaluación clínica (en la que revise y concilie todos los tratamientos del paciente, no sólo los relacionados con el ictus), reevaluar los objetivos de prevención secundaria, asegurar la comprensión de las medidas terapéuticas, comprobar posibles efectos 	<p>Muchas gracias por el comentario.</p> <p>Se ha modificado parte del texto de la introducción para incorporar la importancia de los planes de acción.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>adversos de la medicación y la correcta adhesión, así como establecer un plan individualizado de cuidados y de rehabilitación (domiciliaria, ambulatoria), en función de las secuelas neurológicas y las complicaciones frecuentes tras un ictus”</p> <p>3. <u>“Sería interesante un acercamiento entre los profesionales de la salud y las asociaciones de pacientes, lo que mejorará la coordinación y comunicación de cara al mayor beneficio de los pacientes y familiares afectados”.</u></p> <p>4. <u>“Se deben de establecer mejoras en la atención post-ictus (optimizar la continuidad asistencial, introducir protocolos o planes de acción que lo faciliten y fomentar la formación de los médicos de AP), ya que la mayoría de los encuestados se consideran poco formados al respecto, sobre todo los más jóvenes y con menor experiencia laboral”.</u></p> <p>En nuestra opinión la propuesta de mejora va relacionada a los aspectos subrayados. Debería insistirse en ellos incorporando en la solución a los profesionales ya presentes en AP.</p>	
20	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	1.3. La atención primaria y la	21	<p>“...Para ello, es necesario facilitar la coordinación entre los profesionales implicados, mediante planes de actuación, y fomentar la formación continuada al respecto”.</p>	<p>Muchas gracias por el comentario. Ver respuesta al comentario nº10.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
		variabilidad en la práctica clínica Quinto párrafo		Para garantizar la coordinación debe implicarse a los profesionales ya presentes en AP, no omitiendo, en lo que nosotros respecta, la figura del Fisioterapeuta de AP.	
21	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	1.3 La atención primaria y la variabilidad en la práctica clínica Quinto párrafo	21	<p>“...Por ello, con la actualización de esta guía se pretende actualizar la evidencia y las recomendaciones que se formularon en la versión de 2009, haciendo hincapié en aquellas preguntas que pueden tener un mayor impacto en el manejo del paciente desde la AP”.</p> <p>Valorada la versión del 2009, en la misma se describen funciones propias de la Fisioterapia, hecho que se omite la presencia de la figura del Fisioterapeuta en AP. En cualquier caso, desde el año 2009 hasta la actualidad la evidencia científica sobre fisioterapia en el ictus ha crecido exponencialmente en cantidad y solidez. La guía debe recoger esta realidad científica.</p>	Muchas gracias por el comentario. Ver la respuesta al comentario nº10.
22	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	2. Alcance y Objetivos. Último párrafo	22	<p>“A la hora de formular las recomendaciones se ha tenido en cuenta los recursos de los que se dispone actualmente en AP”.</p> <p>Se omite la figura del Fisioterapeuta en AP, incorporado al nivel de AP en la década de los noventa.</p>	Muchas gracias. Ver respuesta al comentario nº 10.
23	Facultad de Fisioterapeutas	3. Metodología. a. Párrafo 3	23	<p>“Constitución del grupo elaborador de la GPC, integrado por profesionales de AP...”</p> <p>Se omite la figura del profesional de Fisioterapia de AP.</p>	Muchas gracias por el comentario. Ver respuesta al comentario nº 10.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
	Universidad de la Coruña				
24	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	3. Metodología. a. Párrafo 6	23	<p>“Análisis del uso de recursos y costes (URC) para determinar las preguntas....”</p> <p>En la metodología no se recogen preguntas específicas sobre Fisioterapia de forma aislada, por tanto, no se abre un proceso de reflexión sobre aportaciones, necesidades y resultados de la fisioterapia en este ámbito.</p>	Muchas gracias por el comentario. El objetivo de esta guía era más general, y ya partía de una serie de preguntas previamente establecidas en la guía de 2009. Por ello se han abordado las preguntas que se han abordado.
25	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	3. Metodología. a. Párrafo 10	23-24	<p>“Se ha contactado con distintas sociedades científicas implicadas (Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS), Federación de asociaciones de enfermería comunitaria y atención primaria (FAECAP), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Sociedad Española de Neurología (SEN), Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)), que están representadas a través de los miembros del grupo elaborador, de los colaboradores expertos y revisores externos de la GPC”.</p> <p>No se incorpora ninguna sociedad científica del área de Fisioterapia. Se carece de representación de la Fisioterapia (a través de la Asociación Española de Fisioterapeutas) y de participación en el grupo elaborador, de colaboradores expertos y revisores externos.</p>	<p>Gracias por el comentario. Es cierto que no se ha contactado con sociedades científicas de fisioterapia.</p> <p>Para futuras actualizaciones se valorará la inclusión de otros perfiles que puedan también colaborar en la elaboración de la guía.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
26	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	7. Manejo del ictus tras el alta hospitalaria. 7.1 espasticidad. Contexto	56	<p>“...De hecho, una espasticidad ligera puede no requerir tratamiento, mientras que los casos más graves puede que no respondan al tratamiento farmacológico...”</p> <p>Uno de los componentes semiológicamente del síndrome neurológico de ictus es la espasticidad en sus diferentes grados, tratada en Fisioterapia de AE y debe tener continuidad en AP. Existe evidencia sólida que refuerza esta argumentación.</p>	<p>Muchas gracias por el comentario. Ver respuesta al comentario nº 10. Se ha modificado la recomendación de buena práctica como sigue: “Aquellas personas que presenten espasticidad que interfiera con su vida diaria deben ser enviados al neurólogo, al rehabilitador y/o fisioterapeuta para que se valore el tratamiento más apropiado”.</p>
27	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	7.3.2.2. Ejercicios para la disfagia. Recomendaciones. Tercer punto	76	<p>“Se sugiere ofrecer el ejercicio de entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria (EMST) para el tratamiento de la disfagia en pacientes sin traqueostomía”.</p> <p>Campo específico de la Fisioterapia respiratoria. Pudiendo ser abordado por el Fisioterapeuta presente en equipo multidisciplinar de AP. Se omite la participación del Fisioterapeuta de AP en la elaboración de los planes domiciliarios y de la educación para la salud del paciente con ictus y familia.</p>	<p>Gracias por el comentario. Ver respuesta al comentario nº 10.</p>
28	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	7.5. Intervenciones multidisciplinares. Pregunta	97	<p>“¿Son eficaces las intervenciones multidisciplinares (fisioterapia junto con terapia ocupacional, logopedia etc.) en la mejoría de la independencia para las AVD en pacientes que han sufrido un ictus?”</p> <p>En el análisis ha de considerarse no solo la eficacia conjunta de las intervenciones, si no el peso individual de cada una de ellas, como se hace en el caso de Terapia Ocupacional. Esto permite</p>	<p>Muchas gracias por el comentario. La pregunta sobre la terapia ocupacional se mantuvo porque así estaba ya formulada previamente.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				efectuar recomendaciones justificadas sobre la composición de los equipos multidisciplinares y basadas en el principio de eficiencia.	
29	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	7.5. Intervenciones multidisciplinares. Contexto.	97	<p>“El ictus es la principal causa de pérdida funcional en el mundo, puesto que puede causar un amplio rango de déficit neurológicos.</p> <p>Los servicios de cuidados post-ictus han demostrado su efectividad en ayudar a los pacientes a volver a su hogar y en mejorar y acelerar la recuperación de su estado funcional. Se ha observado que los servicios de rehabilitación que ofrecen terapias (fisioterapia, terapia ocupacional y otras intervenciones multidisciplinares) ayudan a reducir la probabilidad de un mal pronóstico y a mejorar la independencia para las AVD en pacientes ambulatorios que han sufrido un ictus, o han sido dados de alta tras un ictus hace menos de un año.</p> <p>El equipo de rehabilitación debería ser multidisciplinar e incluir tanto a médicos, como enfermeras, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales”.</p> <p>Respecto al equipo multidisciplinar en AP ya consta de médicos, enfermeras, fisioterapeutas y trabajadores sociales. En la guía se recomienda la incorporación del TO, pero no se propone la presencia de logopedas, a pesar de hacerse referencia específica a las alteraciones de disfagia.</p>	<p>Muchas gracias por el comentario.</p> <p>Se ha revisado el texto para tratar de incluir a los profesionales de todas las disciplinas de forma homogénea.</p> <p>No era la idea de la guía definir cuál debía ser la composición del equipo de atención primaria (que consta del equipo médico-enfermera y de unidades de apoyo asistenciales que pueden variar entre comunidades). Sin embargo, lo que quería señalarse es que el paciente debería recibir la atención específica necesaria en función de las secuelas que presenta.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				Parece poco clara la composición del equipo a lo largo de todo el documento.	
30	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	7.5. Intervenciones multidisciplinares. Recomendaciones. Primera, segunda y tercera	97	<p>“Intervenciones multidisciplinares Se sugiere la implementación de intervenciones multidisciplinares que permitan la evaluación conjunta del paciente que ha sufrido un ictus y de sus necesidades, para que la atención que se brinde al paciente sea lo más integral y coordinada posible”.</p> <p>Importante coordinación de intervenciones dentro del equipo multidisciplinar presente en AP.</p> <p>“Se sugiere contar con rehabilitadores, logopedas, terapeutas ocupacionales etc. Que puedan ayudar a mejorar las diferentes secuelas y necesidades de estos pacientes, hasta que no se identifiquen objetivos funcionales que mejorar”.</p> <p>El documento debe recoger una propuesta clara de disciplinas que constituyan el equipo multidisciplinar. Y mantener esa propuesta a lo largo de toda la guía, evitando la vaguedad y confusión en sus planteamientos.</p> <p>“El paciente y el cuidador y o familiares de este deberían participar de forma activa en la definición de los objetivos de rehabilitación del paciente y familiarizarse con los ejercicios y cuidados que deberían realizarse”.</p> <p>Se comparte este planteamiento sobre la participación de la familia y/o cuidador principal en</p>	Gracias por los comentarios. Se ha revisado el texto para tratar de homogeneizar los profesionales que se mencionan a lo largo del texto, así como la incorporación del fisioterapeuta a lo largo del documento.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				el proceso de rehabilitación funcional, objetivos pactados con paciente y familia. El fisioterapeuta participará en su educación en su área de responsabilidad.	
31	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	7.5. Intervenciones multidisciplinares. Recomendaciones. Párrafo 1, quinta recomendación	98	<p>“Instruir a los cuidadores o familiares de pacientes con gran deterioro funcional que no son candidatos a rehabilitación en los cuidados necesarios para estos pacientes. El papel de enfermería en este caso es fundamental”.</p> <p>Instruir a la familia en la prevención de complicaciones en pacientes con gran deterioro funcional, tales como limitaciones y rigideces articulares, contracturas musculares, complicaciones respiratorias, dolor crónico, etc. son competencia del fisioterapeuta, que reforzará y complementará los cuidados propios de enfermería.</p> <p>Debe evitarse la simplificación en la atención de pacientes de gran complejidad que suponen una elevada carga física, emocional y psicológica para ellos, sus cuidadores y familias.</p>	Muchas gracias por el comentario. Se modifica por: “El equipo de atención primaria debería instruir a los cuidadores o familiares de personas que han sufrido un ictus con gran deterioro funcional que no son candidatos a rehabilitación en los cuidados necesarios para estos pacientes. Así se incluye a todo el equipo de AP.
32	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	8. Estrategias diagnósticas y terapéuticas	112	En 2º algoritmo se recogen “Establecimiento de los fundamentos de los cuidados postictus” que potencialmente determinarán los recursos humanos necesarios. A pesar de que varios de esos fundamentos están relacionados con las funciones propias del fisioterapeuta, en el contexto de la guía no se refleja claramente su participación en el proceso de atención el nivel de AP.	Gracias por el comentario. Ver la respuesta al comentario nº 10.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				Cuatro de los ítems son propios de la Fisioterapia, 2 de Logopedia, y uno terapia ocupacional	
33	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	9.1. Estrategia de difusión e implementación 6º párrafo	113	<p>“Distribución dirigida y efectiva a los colectivos profesionales implicados (médicos, enfermeras y trabajadores sociales de AP, neurólogos, rehabilitadores, psiquiatras, geriatras, terapeutas ocupacionales) para facilitar la diseminación”</p> <p>Se omite la figura del Fisioterapeuta de AP</p>	Gracias por el comentario. Nuevamente, incluimos al fisioterapeuta de AP en este punto también.
34	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña			<ul style="list-style-type: none"> • Aporten, en caso de que fuera necesario, evidencia adicional. - Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. 2013 - ACSM’s Exercise Management for persons with chronic diseases and disabilities.2016. - Influence of number of sets on blood pressure and heart rate variability after a strength training session . 2015 - Postexercise hypotension and heart rate variability responses subsequent to traditional, paired set, and superset resistance training methods 2019. - The role of exercise and physical activity in weight loss and maintenance. 2014 - Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases.2015. - Physical fitness training for stroke patients. 2016 	<p>Gracias por los comentarios. El grupo considera que ahora no se pueden incluir nuevas preguntas a responder en la guía, pero estas podrían ser consideradas en un futuro. Se plantea también la posibilidad de que pueda elaborarse una guía específica sobre fisioterapia en el cuidado de pacientes con ictus.</p> <p>En cuanto a la implicación de los expertos, ver la respuesta al comentario nº 10.</p> <p>De todos modos, consideramos que mediante este proceso de exposición pública también se favorece la participación de otros colectivos que no han formado parte del proceso inicial, lo que permite realizar modificaciones para mejorar las recomendaciones elaboradas, además de facilitar la identificación de otros aspectos a considerar en futuras actualizaciones. Esperamos haber mejorado el documento con</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<ul style="list-style-type: none"> - Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. 2015. - Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association.2019 - Documento Marco de la Actuación del Fisioterapeuta en Atención Primaria – Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas 2007 <ul style="list-style-type: none"> ● Evalúen la interpretación de la evidencia que el GEG ha llevado a cabo. La clasificación de la calidad de evidencia es el sistema GRADE, muestra que la mayoría de las aportaciones de la GPC presenten una calidad de evidencia moderado o baja. Las recomendaciones de buena práctica clínica (BPC) deben recoger la experiencia de los profesionales implicados en la atención directa del paciente con ICTUS. Se interpretan resultados de una experiencia clínica sin recabar la opinión de los expertos. Debilidad de la GPC. ● Evalúen si los algoritmos de la GPC están en consonancia con las recomendaciones. 	<p>los cambios realizados tras valorar sus comentarios.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
35	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	8. Estrategias diagnósticas y terapéuticas	112	<p>En 2º algoritmo se recogen “Establecimiento de los fundamentos de los cuidados postictus” que potencialmente determinarán los recursos humanos necesarios. A pesar de que varios de esos fundamentos están relacionados con las funciones propias del fisioterapeuta, en el contexto de la guía no se refleja claramente su participación en el proceso de atención el nivel de AP.</p> <p>Cuatro de los ítems son propios de la Fisioterapia, 2 de Logopedia, y uno Terapia ocupacional</p>	Como se han mencionado anteriormente, se han realizado modificaciones pertinentes para incluir al fisioterapeuta como parte importante de la asistencia sanitaria del paciente con ictus desde atención primaria.
36	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña	7. Consejos y cuidados tras un ictus para pacientes y familiares ¿Qué secuelas y complicaciones puedo padecer tras haber sufrido un ictus? ¿Cuáles son los tratamientos	Al final de la guía después de la página 132	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúen la adecuación del contenido del anexo de información para pacientes para sus potenciales usuarios. <p>Unificar la incorporación de los profesionales en áreas de intervención responsables, en todos los apartados: movimiento, caídas, visión, lenguaje, espasticidad, dolor, disfagia e incontinencia urinaria.</p> <p>Atención multidisciplinar. No se citan los componentes básicos del equipo y funciones asignadas. Hay tres básicos en AP: Médico de AP, Enfermería y Fisioterapia; y deben por tanto, aparecer reseñados en todos los apartados de su competencia. Si bien se puede observar en Medicina y Enfermería, no ocurre lo mismo en Fisioterapia.</p> <p>A partir de ahí se sumarían el resto de profesionales que sí aparecen reflejados en el apartado 7.</p>	<p>Gracias por el comentario.</p> <p>Se han realizado las modificaciones oportunas para reflejar los aspectos mencionados en la medida de lo posible.</p> <p>Como se ha comentado, no era un objetivo de la guía definir cuál son los componentes y funciones que cada profesional sanitario debería tener.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
		disponibles en AP?			
37	Facultad de Fisioterapeutas Universidad de la Coruña			<ul style="list-style-type: none"> • Evalúen los indicadores propuestos en el caso de que los haya. Los indicadores que se han propuesto en relación al equipo multidisciplinar de rehabilitación han sido interrelacionados con la disfagia y pacientes derivados a rehabilitación, logopedia o terapia ocupacional. Entendemos que los indicadores deberían ir dirigidos: <ul style="list-style-type: none"> - Déficit funcionales. - Limitación en las actividades. De las cuales solo aparecería disfagia (faltarían marcha, equilibrio, manejo en las AVDs, etc) - Restricción en la participación. Con ello se abordaría la dimensión física y social en el tratamiento de una enfermedad con secuelas funcionales que pretende ser integrador. 	<p>Muchas gracias por el comentario. Los indicadores que se han propuesto tienen que ver con la medición de los procesos, es decir, saber si las recomendaciones se están cumpliendo o no.</p> <p>Otra cosa sería saber si con esas recomendaciones se tiene un impacto en los resultados de salud. Pero eso es más difícil de medir y no es lo que se busca con la definición de estos indicadores.</p>
38	SOCINTO	7.5	97	<p>En la justificación de tallada</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Factibilidad: la fuerza de la recomendación es débil porque se entiende que la implementación de este tipo de intervenciones necesita de una organización y recursos que quizá no estén disponibles en todos los casos. Por ello, se realiza una recomendación débil a favor.</i> <p>La recomendación desde los estudios que informan sobre el trabajo a favor de las intervenciones multidisciplinarias, podría ser una recomendación fuerte a favor al igual que está la</p>	<p>Muchas gracias por el comentario.</p> <p>Cuando el grupo discutió la formulación de la recomendación para esta pregunta, se consideró que era mejor realizar una recomendación débil porque aunque había evidencia, el impacto en la organización y los recursos necesarios podían dificultar su implementación, y por ello se decidió disminuir la fuerza porque a la hora de realizar la recomendación otros factores diferentes al grado de la evidencia, pueden afectar a la fuerza de la recomendación.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>recomendación a la familia y cuidadores. El motivo es que existen estudios del trabajo multidisciplinar que favorecen a largo plazo el uso continuo de los servicios de atención primaria, disminuye los estados emocionales en los pacientes y sus familiares/cuidadores y aumenta la calidad de vida del enfermo.</p> <p>Es implementar equipos para disminuir costes a corto, medio y largo plazo</p>	
39	SOCINTO	7.6	104	<p>Se incluyen una revisión para dar fortaleza a la intervención del terapeuta ocupacional y el equipo multidisciplinar al alta hospitalaria.</p> <p>García-Pérez P, Lara JP, Rodríguez-Martínez MDC, de la Cruz-Cosme C. Interventions within the Scope of Occupational Therapy in the Hospital Discharge Process Post-Stroke: A Systematic Review. Healthc (Basel, Switzerland). 2022 Aug;10(9).</p>	<p>Muchas gracias por el comentario.</p> <p>Se ha valorado pero finalmente no se ha considerado porque la revisión que ya se ha incluido respondía ya a la pregunta y lo hacía evaluando la evidencia siguiendo el sistema GRADE, que es el que se ha utilizado para esta guía.</p>
40	SOCINTO	7.6	102	<p>Terapia Ocupacional</p> <p>Justificación detallada</p> <p><i>-Factibilidad: se entiende que puede haber variabilidad en la disponibilidad de terapeutas ocupacionales en los servicios sanitarios de las diferentes comunidades, pero debería ser algo que se tendría que ofertar a estos pacientes. Por eso, a pesar de las dificultades que puedan encontrarse, se realiza una recomendación fuerte a favor.</i></p>	<p>Muchas gracias por el comentario.</p> <p>Es verdad que incluir esta figura es de interés, pero siguiendo el método GRADE, a la hora de formular la recomendación no solo influye la evidencia, sino también otros aspectos, como la factibilidad de que la recomendación se pueda implementar. Debido a la posible dificultad de disponer de estos profesionales, se decidió realizar una recomendación débil a favor por este motivo.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>Hay que tener en consideración que incluir esta figura puede ser de interés, para, que además realice su intervención tanto dentro del hospital como en la comunidad, ya que como se puede comprobar en el estudio de</p> <p>Ávila A., Durán M., Peralbo M., Torres G., Saavedra M. and Viana Inés M. (2015), Effectiveness of an Occupational Therapy Home Programme in Spain for People Affected by Stroke, <i>Occup. Ther. Int.</i>, 22, 1–9, doi: 10.1002/oti.1377</p> <p>Se comprobó la mejor significativa tanto a nivel funcional como cognitiva; así como, la mejora en la calidad de vida de los familiares.</p>	
41	SOCINTO	9	113	<p>9.1. Estrategia de difusión e implementación</p> <p>Agradecer la estrategia de difusión</p>	Gracias por el comentario.
42	SOCINTO	11	123	<p>El procedimiento de actualización es interesante ya que cada 12 meses puede haber cambios.</p> <p>Gracias</p>	Gracias por el comentario.
43	SOCINTO	7.2	112	<p>Para reforzar la evidencia sobre la mejora de las AVD, se adjuntan 3 referencias actualizadas para su revisión y posible valoración.</p> <p>1. Murrell JE, Pisegna JL, Juckett LA. Implementation strategies and outcomes for occupational therapy in adult stroke rehabilitation: a scoping review. <i>Implement Sci</i> [Internet]. 2021;16(1). Available from: https://doi.org/10.1186/s13012-021-01178-0 ES SOBRE ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL</p> <p>2. Winterbottom L, Geller D, Goldberg C,</p>	Muchas gracias por el comentario. Se ha valorado pero finalmente no se ha considerado porque la revisión que ya se ha incluido respondía ya a la pregunta y lo hacía evaluando la evidencia siguiendo el sistema GRADE, que es el que se ha utilizado para esta guía.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>Nilsen DM, Mahoney D, Gillen G. Occupational Therapy and Activities of Daily Living Interventions to Improve Performance in Activities of Daily Living for Adults With Stroke (2012-2019). Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc. 2023 Mar;77(Suppl 1). NO HEMOS PODIDO OBTENER LA RS.</p> <p>3. Rodríguez-Bailón M, López-González L, Merchán-Baeza JA. Client-centred practice in occupational therapy after stroke: A systematic review. Scand J Occup Ther. 2022 Feb;29(2):89–103. TIPO DE TERAPIA (EXCLUIDO)</p> <p>4. Llarch-Pinell E, Monsó-Monsó A, Ars J, Udina C, Inzitari M, Grau-Sánchez J. [Occupational therapy intervention to improve autonomy in individuals postinfection by SARS-CoV-2]. Rehabilitacion. 2022;56(4):294–301. NO SON PACIENTES CON ICTUS</p>	
44	SOCINTO	7.6	104	<p>Se incluyen una revisión para dar fortaleza a la intervención del terapeuta ocupacional y el equipo multidisciplinar al alta hospitalaria.</p> <p>1. García-Pérez P, Lara JP, Rodríguez-Martínez MDC, de la Cruz-Cosme C. Interventions within the Scope of Occupational Therapy in the Hospital Discharge Process Post-Stroke: A Systematic Review. Healthc (Basel, Switzerland). 2022 Aug;10(9).</p>	<p>Muchas gracias por el comentario. Se ha valorado, pero finalmente no se ha considerado porque la revisión que ya se ha incluido respondía ya a la pregunta y lo hacía evaluando la evidencia siguiendo el sistema GRADE, que es el que se ha utilizado para esta guía.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
45	FEASAN	5.3	47	<p>No deberíamos hablar de anticoagulantes también???</p> <p>Los ictus isquémicos pueden ser debidos a pacientes con fibrilación auricular por ej. Según la escala CHASVASC2 el ictus previo y ser mujer o tener más de 70 años pueden ser dos criterios para tener que anticoagular por lo que no creemos que sea un tratamiento poco frecuente en personas que hayan sufrido un ictus.</p>	<p>Muchas gracias por el comentario.</p> <p>Ver la respuesta al comentario 3. En esta guía no se ha profundizado en preguntas relacionadas con este tipo de paciente, porque la prevención secundaria ya se aborda en la GPC del Programa de GPC en el SNS: GPC sobre prevención secundaria del ictus.</p> <p>Actualización (Disponible en: https://portal.guiasalud.es/gpc/prevencion-secundaria-ictus-actualizacion/).</p> <p>Y el objetivo principal de esta guía se centraba en algunas preguntas relacionadas con el manejo de las secuelas desde atención primaria</p>
46	FEASAN	7.7	106	<p>En toda la guía no hay referencia alguna al tratamiento anticoagulante algo que nos sorprende siendo la Fibrilación auricular responsable de uno de cada 4 ictus. Son ictus isquémicos que habitualmente requieren anticoagulación para evitar la formación de trombos en el interior del corazón.</p> <p>La guía solo hace referencia al tratamiento antiagregante, pero debería incluir también referencia al abordaje del tratamiento anticoagulante. Un mal control del tratamiento post ictus puede aumentar el riesgo de un segundo ictus.</p>	<p>Muchas gracias por el comentario. Como se ha comentado en el punto anterior, esta guía no incluía preguntas relacionadas con la prevención secundaria del paciente con ictus, que ya se aborda en la GPC del Programa de GPC en el SNS: GPC sobre prevención secundaria del ictus. Actualización (Disponible en: https://portal.guiasalud.es/gpc/prevencion-secundaria-ictus-actualizacion/).</p>
47	FEASAN	Anexo 3	140	<p>En la información para pacientes no encontramos ninguna información que informe a los pacientes que han sufrido un ictus que inician el tratamiento</p>	<p>Muchas gracias por el comentario.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				con anticoagulante, información con respecto a lo que significa vivir anticoagulado. Además si se anticoagulan con antivitamina K o con anticoagulantes de acción de directa deben recibir información específica para estar preparados y ayudar en el control de ese tratamiento que evitará sufrir un nuevo ictus.	Como en la guía no se abordan estas cuestiones, tampoco se ha incluido información a este respecto, no porque no sea importante, sino porque esto era abordado en otra guía sobre prevención secundaria de ictus.
48	FEASAN	Anexo 3	161	Las organizaciones que pertenecen a FEDACE también dan cabida a personas que han sufrido un ictus, pero además de las asociaciones integradas en FEI hay otras asociaciones de pacientes por ejemplo en Cataluña hay varias asociaciones (Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona).	Muchas gracias por el comentario. Se incluye información sobre FEDACE y se añade una frase que hay otras asociaciones regionales Actualmente FEDACE agrupa a 48 entidades (4 Federaciones Autonómicas y 44 Asociaciones o Fundaciones). https://fedace.org/index.php
49	Gerencia Regional Salud CyL	Recomendaciones	11	Comienza a numerar los epígrafes en el 4.	Gracias por el comentario. Se ha realizado el cambio en el documento.
50	Gerencia Regional Salud CyL	Recomendaciones	17	Añadir en el último epígrafe “fisioterapeutas”.	Gracias por el comentario. Se ha realizado el cambio en el documento.
51	Gerencia Regional Salud CyL	Recomendaciones	18 y 97	“Tras el alta hospitalaria, el médico de AP debe comprobar [...]”. Cambiar médico por: “equipo de AP” o “el médico y/o la enfermera de AP”.	Gracias por el comentario. Se ha realizado el cambio en el documento.
52	Gerencia Regional Salud CyL	1.3	20	Añadir en el último párrafo “fisioterapia”.	Gracias por el comentario. Se ha realizado el cambio en el documento.
53	Gerencia Regional Salud CyL	4; a	26	Sustituir: “Para su uso por médicos de AP” por: “Para su uso por médicos y/o enfermeras de AP”,	Gracias por el comentario. Se ha realizado el cambio en el documento.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				Justificado por la referencia 19 del mismo manuscrito.	
54	Gerencia Regional Salud CyL	4. Diagnóstico inicial	27	Aparece epígrafe b) en los dos párrafos.	Gracias por el comentario. Se ha realizado el cambio en el documento.
55	Gerencia Regional Salud CyL	5. Manejo prehospitalario	31	Sería bueno reflejar una orientación de cifras de PA en pacientes candidatos a trombólisis (si existe evidencia).	Gracias por el comentario. El contexto al que va dirigido esta guía era la atención primaria, por lo que no era la intención determinar las cifras de PA en pacientes candidatos a trombolisis. Se hizo mención a los diferentes escenarios porque otras guías que se habían identificado ya recogían la evidencia relacionada, y se incluyeron por si en algún caso se decidía iniciar el tratamiento, aunque ya se señala en la principal recomendación que se sugiere no iniciar el tratamiento en el ámbito prehospitalario.
56	Gerencia Regional Salud CyL	5.1	39-40	En consideraciones adicionales de tratamiento en la hipertensión arterial en la fase prehospitalaria se debería añadir la recomendación de expertos con grado de evidencia bajo , de individualizar en función del riesgo beneficio, y los tiempos desde inicio de síntomas hasta el PCS y el tiempo de PCS hasta activación de código ictus, descartar la existencia de ansiedad o retención aguda de orina, monitorización del paciente y valorar a los 15 minutos, las opciones de tratamiento más adecuadas, la vía iv preferentemente a la via sl o vo, siendo labetalol 10 mg iv y uradipilo 12,5mg.	Muchas gracias por el comentario. En este punto no se quiso profundizar porque el ámbito al que se refería esta guía era la atención primaria y no al servicio de emergencias prehospitalaria ni hospitalaria. Esperamos que quede claro en el texto.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				Bibliografía: Código ictus de Castilla y León. Atención al ictus en fase hiperaguda. Código Ictus de Castilla y León Profesionales (saludcastillayleon.es)	
57	Gerencia Regional Salud CyL	Añadiría punto 5.4		a) Control de temperatura, nivel de evidencia bajo en cuanto a magnitud, coste efectividad de la intervención, siendo factible la implementación, magnitud de los recursos. Administrar paracetamol 1 g iv si t >37,5°C. b) Control de dolor, ansiedad, agitación, nivel de evidencia bajo, magnitud, coste efectividad de la intervención, siendo factible la implementación, magnitud de los recursos. Administrar paracetamol 1 g iv, metamizol 2 g iv o haloperidol 5mg sc o iv. c) Crisis comiciales, nivel de evidencia bajo, magnitud, coste efectividad de la intervención, siendo factible la implementación, magnitud de los recursos. Administrar midazolam 5 mg iv, diazepam 10 mg iv o rectal. Bibliografía: Código ictus de Castilla y León. Atención al ictus en fase hiperaguda. Código Ictus de Castilla y León Profesionales (saludcastillayleon.es)	Muchas gracias por el comentario. Ver respuesta al comentario 56.
58	Gerencia Regional Salud CyL	7.3.1.	65	Incluir en la BPC:” Reevaluar la presencia de disfagia tras el alta hospitalaria y realizar un seguimiento periódico”, el personal que lo debe llevar a cabo: “médico y/o enfermera AP”.	Gracias por el comentario. Se ha realizado el cambio en el documento, que ahora es como sigue: “Reevaluar la presencia de disfagia tras el alta hospitalaria y realizar un seguimiento periódico por el equipo de atención primaria”.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
59	Gerencia Regional Salud CyL		66	Valorar el Método de exploración Clínica Volumen Viscosidad (MECV-V) para conocer la presencia de disfagia tras el alta hospitalaria.	Gracias por el comentario. En esta pregunta lo que se quiso valorar fue si había pruebas de cribado de disfagia que se pudieran realizar en atención primaria. En la RS que se hizo se identificaron estudios que utilizaban las pruebas de deglución de agua, de ahí que fuera la prueba analizada.
60	Gerencia Regional Salud CyL	7.3.2 Plan terapéutico	73	(Dieta, espesantes, ejercicios) *Contemplar domicilio/centro residencial/sociosanitario.	Muchas gracias por el comentario. En la guía no se ha distinguido el lugar en el que se encuentra el paciente... se considera que puede estar tanto en su domicilio, como en un centro residencial etc. Por eso no se ha realizado ninguna distinción al respecto.
61	Gerencia Regional Salud CyL	7.4.1.	81	Se sugiere: <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar como tratamientos de primera elección en la depresión post-ictus los ISRS (sertralina, paroxetina o fluoxetina). • En pacientes que requieran tratamiento del dolor central post-ictus, amitriptilina sería de elección por su doble indicación (tratamiento del dolor neuropático y de la depresión). Esto evitaría combinar dos antidepresivos y potenciar los efectos adversos, sin necesidad, ya que suelen ser pacientes mayores. Los ISRS por su relación beneficio-riesgo más favorable son considerados el tratamiento recomendado en primera línea de la depresión en todas las guías. - Citalopram y escitalopram pueden producir alargamiento del intervalo QT, por lo que mejor no [Capte la atención de los lectores mediante una cita importante extraída del	<p>Muchas gracias por los comentarios.</p> <p>En este caso, se han hecho recomendaciones generales para los pacientes, no se han tenido en cuenta supuestos específicos. En estos casos, el médico tendrá que utilizar su criterio y ajustar la medicación en función de las comorbilidades del paciente.</p> <p>Muchas gracias por el comentario. Añadimos en consideraciones adicionales:.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>documento o utilice este espacio para resaltar un punto clave. Para colocar el cuadro de texto en cualquier lugar de la página, solo tiene que arrastrarlo.]</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>https://www.aemps.gob.es/informa/notas_informativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2011/ni-muh_19-2011-2/#buscador https://www.aemps.gob.es/informa/notas_informativas/medicamentosusohumano-3/seguridad-1/2011/ni-muh_23-2011/</p> </div> <p>utilizar en estos pacientes. Ver alerta de la AEMPS:</p>	<p>“en 2011 se publicó una alerta de la AEMPS que señalaba que citalopram y escitalopram podían aumentar el riesgo de prolongación del intervalo QT del ECG a dosis altas.</p>
62	Gerencia Regional Salud CyL	7.4.1.	81	<p><i>Se recomienda precaución en pacientes en los que coexistan otros factores de riesgo de desarrollar Torsade de Pointes, por ejemplo, aquellos con insuficiencia cardíaca congestiva, infarto de miocardio, bradiarritmias o predisposición a hipocaliemia o hipomagnesemia por enfermedad o medicación concomitante.</i></p> <p>- El resto de los antidepresivos como los antidepresivos tricíclicos, heterocíclicos, los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) (venlafaxina, desvenlafaxina y duloxetina) entre otros, son tratamientos de segunda línea que deben</p>	<p>Muchas gracias por el comentario. Al grupo elaborador le gustaría señalar que en la guía se han realizado recomendaciones generales en base a la evidencia disponible. Sin embargo, es importante saber que al final es cada profesional sanitario quien tendrá que individualizar el tratamiento a cada paciente según su criterio y las condiciones específicas de éstos.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>quedar reservados para los pacientes que no responden a los ISRS o no los toleran, salvo amitriptilina en caso de dolor central.</p> <p>Los ISRSN (desvenlafaxina, duloxetina y venlafaxina) tienen efectos adversos similares a los ISRS debido a su acción serotoninérgica, pero además tienen efectos derivados de la acción noradrenérgica, sobre todo a dosis altas. Elevan la tensión arterial por lo que se deben usar con precaución en pacientes con hipertensión; también pueden causar alteraciones cardíacas y oculares</p>	
63	Gerencia Regional Salud CyL	7.4.1.	84	<p>En la tabla de antidepresivos faltaría desvenlafaxina en el apartado IRSN y habría que trasladar reboxetina a "otros". Reboxetina es un inhibidor altamente selectivo y potente de la recaptación de noradrenalina, pero no de serotonina.</p>	<p>Muchas gracias por los comentarios. En cuanto a la desvenlafaxina, en la tabla solo se incluyeron los fármacos que se mencionaban en los estudios incluidos en el análisis de la evidencia, por eso no aparece.</p> <p>En cuanto a la reboxetina, se ha corregido y se ha clasificado como otros.</p>
64	Gerencia Regional Salud CyL	7.4.3.	89	<p>Las mismas recomendaciones y justificación del apartado de tratamiento de la depresión serían aplicables a este apartado de tratamiento de la labilidad emocional.</p>	<p>Muchas gracias por el comentario.</p> <p>Mirar por favor la respuesta a los comentarios 61 y 62.</p>
65	Gerencia Regional Salud CyL	7.4.4. K	94	<p>Sustituir: "enfermería" por "los profesionales de enfermería". Enfermería es una ciencia, una profesión, unos estudios, un local... por lo que no tiene capacidad de llevar a cabo nada, son los profesionales de enfermería los que tienen la capacidad de llevar a cabo.</p>	<p>Gracias por el comentario. El cambio se ha realizado a lo largo de todo el documento.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
66	Gerencia Regional Salud CyL	7. 7.5	97	<p>2ª recomendación del cuadro Intervenciones multidisciplinares: añadir fisioterapeutas</p> <p>4ª recomendación del cuadro Intervenciones multidisciplinares: Tras el alta hospitalaria, el médico de AP debe comprobar que el paciente está cumpliendo o ha cumplido con el tratamiento rehabilitador indicado en cada caso. Debería incluir “el médico y la enfermera de AP.</p>	<p>Gracias por el comentario. Se han realizado los cambios propuestos en el documento.</p> <p>En cuanto al a 4º recomendación: se ha modificado como sigue: “Tras el alta hospitalaria, el equipo de AP debe comprobar que la persona que ha sufrido un ictus está cumpliendo o ha cumplido con el tratamiento rehabilitador indicado en cada caso”.</p>
67	Gerencia Regional Salud CyL	7.5	98	Sustituir: “enfermería” por “los profesionales de enfermería”. Enfermería es una ciencia, una profesión, unos estudios, un local... por lo que no tiene capacidad de llevar a cabo nada, son los profesionales de enfermería los que tienen la capacidad de llevar a cabo.	Gracias por el comentario. Se ha aplicado el cambio a lo largo de todo el documento.
68	Gerencia Regional Salud CyL	8	111	Tras rombo ¿PACIENTES DE ALTO RIESGO? Faltaría añadir Sí a la flecha que va hacia TRASLADO A HOSPITAL.	Gracias por el comentario. Se ha realizado el cambio en el documento y se ha añadido el Sí.
69	Gerencia Regional Salud CyL	8	112	Se adjuntan comentarios al algoritmo, que no tiene referencia bibliográfica, al final de este formulario.	Muchas gracias por el comentario. Se han realizado las modificaciones oportunas, ver cambios en el documento final.
	Gerencia Regional Salud CyL	8	112	Incluir en el esquema en la visita inicial: “Establecer un plan de cuidados pactado con el usuario y su familia”.	Gracias por el comentario. El cambio se ha realizado en el esquema en la visita inicial.
	Gerencia Regional Salud CyL	8	112	Incluir en el esquema en visita de seguimiento: “Realizar el seguimiento y control del plan de cuidados establecido. Adaptarlo a la situación actual.”	Gracias por el comentario. Se han realizado los cambios propuestos en el documento.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
70	Gerencia Regional Salud CyL	9.2 Indicadores	119	Indicador 13. Derivados a rehabilitación... Valorar si procede evaluar también la valoración por parte del trabajador social y fisioterapia.	Muchas gracias por el comentario. El grupo considera que sería interesante recoger este dato. No obstante, en este caso no serían derivaciones como tal, puesto que no se cambia de nivel asistencial. A veces son citas verbales, y no se van a poder medir, al menos tal y como están estructurados ahora los datos. Por ello no se ha realizado el cambio.
71	Gerencia Regional Salud CyL	9.2	120	Se propone incluir como indicador de las intervenciones multidisciplinares el siguiente: - Fórmula: $ID = a \times 100 / b$, en donde: a) Nº de pacientes con ictus y secuelas que presentan un plan de cuidados en AP. b) Nº de pacientes con ictus y secuelas registrados en el centro de salud. - Definición: Cuanto mayor sea el número de pacientes con un plan de cuidados, mejor será la implementación de la recomendación. -Desagregación: Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65 años). - Fuente de información: Historia clínica informatizada. - Periodicidad: Anual.	Muchas gracias por el comentario. El grupo considera que es buena idea y que en este caso sí se podrá medir, puesto que sí se recoge si el paciente tiene un plan de cuidados o un plan personal en la historia clínica. Sería un indicador de procesos. Ver modificación en el documento final de la guía.
72	Gerencia Regional Salud CyL	Anexo 3	132-162	Actualizar el anexo 3. Evitar el uso de “urgencia médica”, y sustituirlo por “urgencia sanitaria”, ya que no es una urgencia del médico, sino un problema urgente que afecta a la salud de la persona.	Gracias por los comentarios. Se ha cambiado el término “urgencia médica” por “urgencia sanitaria”. Se modifica el apartado Centros de salud por sistemas de atención enfermera.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>Realizar diferentes versiones adaptadas a los grados de dependencia.</p> <p>Adaptar las recomendaciones con un lenguaje más coloquial evitando el uso de tecnicismos.</p> <p>En apartado Centros de Salud, cambiar sistemas de atención de enfermería por sistemas de atención enfermera, al igual que no se dice sistemas de atención de medicina, si no sistemas de atención médica.</p>	<p>En cuanto a realizar versiones adaptadas, el ictus es muy heterogéneo en sus secuelas etc. Se ha realizado un documento de información para pacientes y cuidadores, y se ha contado con la presidenta de la Federación Española de Ictus en la elaboración de la guía y dicho documento. En la actualidad, no se va a poder analizar la adaptación de la información al grado de dependencia, pero se volverá revisar el documento dirigido a pacientes y cuidadores por si hay que hacer mejoras en el mismo.</p>
73	Gerencia Regional Salud CyL	Guía para pacientes y familiares	133	<p>Añadir en el título del anexo: cuidadores.</p> <p>Valorar editar este apartado con infografías, enlaces, vídeos (código QR), imágenes con mayor calidad, etc.</p>	<p>Se ha añadido al título del anexo: "cuidadores". En cuanto a la guía para pacientes, solamente se ha actualizado la versión que se contaba en la guía inicial, incorporando modificaciones de acuerdo a los resultados de las actualizaciones realizadas.</p> <p>Para futuras actualizaciones se valorará la creación de material mejorado para pacientes y cuidadores.</p>
74	Gerencia Regional Salud CyL	Guía para pacientes y familiares	157	<p>Remitir al profesional de trabajo social sanitario para la información y tramitación de recursos sociales.</p>	<p>De acuerdo. En el punto 10 de la guía para pacientes se ha modificado el primer párrafo como sigue:</p> <p><i>"Es importante que conozca los recursos con los que se cuenta tanto desde el punto de vista de la atención sanitaria como social. En atención primaria contará con trabajadores sociosanitarios que pueden informarle de los recursos disponibles y de cómo solicitarlos".</i></p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
75	Gerencia Regional Salud CyL	Guía. 11 ¿Dónde puedo tener más información?	162	Añadir las asociaciones de Castilla y León, disponible la información en el portal de salud de CYL: Ictus y daño cerebral adquirido Ciudadanos (saludcastillayleon.es)	Gracias por el comentario. Se añade el link a la federación y asociaciones de Castilla y León.
76	Gerencia Regional Salud CyL	Todo el documento		Evitar usar el término “Atención Especializada (AE)” para referirse a la “Atención Hospitalaria”. En AP trabajan profesionales especializados, por lo que también se ofrece una atención especializada. Por ejemplo: enfermeras y médicos especialistas en atención familiar y comunitaria. Evitar el uso de “urgencia médica”, y sustituirlo por “urgencia sanitaria”, ya que no es una urgencia del médico, sino un problema urgente que afecta a la salud de la persona.	Gracias por el comentario. Se ha revisado el documento y se ha modificado “Atención Espacializada” por “Atención Hospitalaria” cuando era oportuno, lo mismo para urgencia médica, sustituido por urgencia sanitaria.
77	Gerencia Regional Salud CyL	Todo el documento		Cambiar “paciente con ictus”, por “persona con ictus” o “persona que ha sufrido un ictus”.	Gracias por el comentario. Se ha realizado una revisión y realizado los cambios oportunos.
78	Gerencia Regional Salud CyL	Todo el documento		Cambiar “paciente”, por “persona”.	Gracias por el comentario. Se ha realizado una revisión del documento y realizado los cambios cuando era oportuno.
79	Gerencia Regional Salud CyL	Comentarios adicionales		- Llama la atención que dentro del grupo de trabajo GPC sobre el manejo de ictus en Atención Primaria no haya ningún profesional de enfermería. Ni tampoco en la coordinación, ni en la coordinación metodológica, ni en la colaboración. En la colaboración experta, profesional de enfermería y en la revisión externa, otros dos. Total 3	Muchas gracias por el comentario. Ver por favor respuesta al comentario nº1. En cuanto al resumen de la guía, esta guía estará disponible en la página web de Guíasalud, en un formato en capas. La primera capa serán



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>profesional de enfermería entre 28 profesionales que han participado en la elaboración de la Guía.</p> <p>-Se echa de menos un resumen de la guía para profesionales sanitarios.</p> <p>-Resaltar la importancia de la coordinación con los profesionales de enfermería y trabajo social, en domicilios y centros residenciales o sociosanitarios.</p>	<p>las recomendaciones de la guía, y en las siguientes capas el profesional podrá profundizar y ver en qué se basan las recomendaciones realizadas.</p> <p>En cuanto a la importancia de la coordinación entre profesionales de enfermería y trabajo social, no eran preguntas que fueran a abordarse en esta actualización, pero podrían tenerse en cuenta en futuras actualizaciones.</p>
80	SEMERGEN ARAGÓN			Es una excelente guía, de utilidad y necesaria en AP. Nada que objetar al contenido, recomendaciones realizadas, bibliografía, o evaluación de evidencia. Los algoritmos son adecuados	Muchas gracias por el comentario.
81	SOMAMFYC	1.3. La atención primaria y la variabilidad en la práctica clínica	21	<p>Añadir: En el contexto de la atención primaria (AP), donde se destaca su papel crucial en el manejo de enfermedades crónicas como la enfermedad cerebrovascular (ECV), se subraya la importancia de un seguimiento continuo. El estado post ictus, considerado un problema crónico de salud, muestra una progresiva pérdida anual de aproximadamente el 3% de la funcionalidad adquirida entre los 3 y 6 meses después del ictus, alcanzando un máximo del 10-18% de pérdida a los 5 años, lo que hace recomendable el seguimiento crónico.</p> <p>En concreto nos atrevemos a proponer valorar un seguimiento sobre el primer/ tercer mes (aparición de la depresión persistente) , el tercer/ sexto mes (</p>	<p>Muchas gracias por el comentario. En cuanto a la frecuencia de las visitas de seguimiento, el grupo sí discutió este punto, pero no se hizo una pregunta al respecto. De hecho, se considera que la periodicidad va a depender del estado del paciente.</p> <p>En cuanto la falta de acceso a servicios sociales, en este caso no se abordó como pregunta clínica, pero sí se incluye en la guía para pacientes y familiares, y se ha modificado para reforzar esta idea.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>hombro congelado, espasticidad) y al año (deterioro cognitivo, recursos sociales)</p> <p>Å. Rejnö, S. Nasic, K. Bjälkefur, E. Bertholds, K. Jood. Changes in functional outcome over five years after stroke. Brain Behav, 9 (2019), pp. e01300. D. Reutter-Bernays, H.P. Rentsch.</p> <p>Rehabilitation of the elderly patient with stroke: An analysis of short-term and long-term results. Disabil Rehabil, 15 (1993), pp. 90-9</p> <p>Está descrito el déficit de acceso a las ayudas sociales al año del ictus como determinante de una peor calidad de vida percibida.</p> <p>Lehnerer S, Hotter B, Padberg I, Knispel P, Remstedt D, Liebenau A, Grittner U, Wellwood I, Meisel A; BSA Long Term Care Study Group. Social work support and unmet social needs in life after stroke: a cross-sectional exploratory study. BMC Neurol. 2019 Sep 6;19(1):220. doi: 10.1186/s12883-019-1451-y. PMID: 31492151; PMCID: PMC6729017.DOI: 10.1186/s12883-019-1451-y</p> <p>La falta de acceso a servicios sociales fue determinante en un estudio focal</p> <p>Greenwood N, Holley J, Ellmers T, Mein G, Cloud G. Qualitative focus group study investigating experiences of accessing and engaging with social</p>	



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>care services: perspectives of carers from diverse ethnic groups caring for stroke survivors. BMJ Open. 2016 Jan 29;6(1):e009498. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009498. PMID: 26826148; PMCID: PMC4735197</p> <p>Intervención de apoyo social después de un accidente cerebrovascular: resultados de un ensayo aleatorio.</p> <p>Judith. MaryAnn McColl, PhD. Formal support of stroke survivors and their informal carers in the community: a cohort study</p> <p>Chantal Simon PhD MSc MRCP, Satinder Kumar PhD MRCP, Tony Kendrick MD FRCGP FRCPsych. First published: 19 October 2008. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00782.x</p> <p>Garnett, A., Ploeg, J., Markle-Reid, M. et al. Factores que afectan el acceso y el uso de los servicios sociales y de salud formales por parte de los cuidadores de sobrevivientes de un accidente cerebrovascular: un estudio de descripción interpretativa. BMC Health Serv Res. 22, 433 (2022). https://doi.org/10.1186/s12913-022-07804-</p> <p>Servicios sociales no siempre es accesible por diversas barreras: Garnett A, Ploeg J, Markle-Reid M, Strachan PH. Formal Health and Social Services That Directly and Indirectly Benefit Stroke Caregivers: A Scoping Review of Access and Use. Canadian Journal of Nursing Research.</p>	



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				2022;54(2):211-233. doi:10.1177/08445621211019261	
82	SOMAMFYC	7.5. Intervenciones multidisciplinares	101	<p>Añadir: Debe prestarse atención al cuidador. Las intervenciones grupales fueron eficaces, aunque la magnitud del efecto es pequeña.</p> <p>A Population-Based Assessment of the Impact and Burden of Caregiving for Long-term Stroke Survivors. Craig S. Anderson, Jennie Linto and Edward G. Stewart-Wynne Originally published 1 May 1995 https://doi.org/10.1161/01.STR.26.5.843 Stroke. 1995;26:843–849</p> <p>Zhou J, He B, He Y, Zhu H, Zhang M, Huang W, Wang Y. The effectiveness of psychoeducational interventions on family function among families after stroke: A meta-analysis. Int J Nurs Pract. 2022 Dec;28(6):e13081. doi: 10.1111/ijn.13081. Epub 2022 Jul 19. PMID: 35855498</p>	Muchas gracias por el comentario. Desafortunadamente no se ha incluido esta pregunta en la actualización, por lo que no podríamos añadir estos estudios aquí.
83	SOMAMFYC	7. Manejo del ictus tras el alta hospitalaria	11	<p>Valorar añadir un apartado sobre hombro hemipléjico doloroso.</p> <p>La pregunta sería: ¿mejora la inyección intraarticular de corticoides el dolor y la función del hombro post ictus?</p> <p>La infiltración intraarticular de corticoides puede plantearse como una estrategia accesible para la mejoría del dolor en el ámbito de la atención primaria. Aunque existen pruebas que respaldan la mejora del rango de movilidad y la reducción del</p>	Muchas gracias por el comentario. En este punto, ya no es posible abordar nuevas preguntas clínicas, puesto que requería la realización de nuevas búsquedas, evaluación de la literatura etc.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>dolor mediante inyecciones de toxina botulínica, la literatura genera controversia en relación con las inyecciones de corticoides. Algunos ensayos clínicos aleatorizados indican mejorías en un grupo limitado de pacientes, mientras que otros no arrojan resultados concluyentes sobre el alivio del dolor. Además, las intervenciones de fisioterapia, como la terapia con ejercicios y electroterapia, han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas del síndrome regional complejo después de un accidente cerebrovascular (evidencia A, metaanálisis) . La introducción de un programa de rehabilitación temprana podría optimizar estos resultados.</p> <p>Kanika, Goyal M, Goyal K. Effectiveness of the physiotherapy interventions on complex regional pain syndrome in patients with stroke: A systematic review and meta-analysis. J Bodyw Mov Ther. 2023 Jul;35:175-181. doi: 10.1016/j.jbmt.2023.04.040. Epub 2023 Apr 29. PMID: 37330766</p> <p>de Sire A, Moggio L, Demeco A, Fortunato F, Spanò R, Aiello V, Marotta N, Ammendolia A. Efficacy of rehabilitative techniques in reducing hemiplegic shoulder pain in stroke: Systematic review and meta-analysis. Ann Phys Rehabil Med. 2022 Sep;65(5):101602. doi: 10.1016/j.rehab.2021.101602. Epub 2021 Nov 19. PMID: 34757009.</p>	



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				<p>Alessandro de Sire, Lucrezia Moggio, Andrea Demeco, Francesco Fortunato, Riccardo Spanò, Vincenzo Aiello, Nicola Marotta, Antonio Ammendolia. Efficacy of rehabilitative techniques in reducing hemiplegic shoulder pain in stroke: Systematic review and meta-analysis, Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. Volume 65, Issue 5, 2022, 101602, ISSN 1877-0657. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2021.101602.</p> <p>Sencan S, Celenlioglu AE, Karadag-Saygi E, Midi İ, Gunduz OH. Effects of fluoroscopy-guided intraarticular injection, suprascapular nerve block, and combination therapy in hemiplegic shoulder pain: a prospective double-blind, randomized clinical study. <i>Neurol Sci.</i> 2019 May;40(5):939-946. doi: 10.1007/s10072-019-03733-6. Epub 2019 Jan 28. PMID: 30690679.</p> <p>Chiu YH, Chang KV, Wu WT, Hsu PC, Özçakar L. Comparative Effectiveness of Injection Therapies for Hemiplegic Shoulder Pain in Stroke: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. <i>Pharmaceuticals (Basel).</i> 2021 Aug 10;14(8):788. doi: 10.3390/ph14080788. PMID: 34451885; PMCID: PMC8401803.</p> <p>Snels IA, Beckerman H, Twisk JW, Dekker JH, Peter De Koning, Koppe PA, Lankhorst GJ, Bouter LM. Effect of triamcinolone acetonide injections on hemiplegic shoulder pain : A randomized clinical</p>	



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				trial. Stroke. 2000 Oct;31(10):2396-401. doi: 10.1161/01.str.31.10.2396. PMID: 11022070.	
84	ASOCIACION ESPAÑOLA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD	1.3	20	Se propone palabra interdisciplinar biopsicosocial en lugar de multidisciplinar. Interdisciplinar hace alusión a trabajo de equipo con coordinación interna del paciente con efectiva en Atención Primaria desde la prevención, educación para la salud, la salud comunitaria, intervención, tratamiento y rehabilitación social.	Muchas gracias por el comentario. Aunque el grupo entiende el cambio propuesto, en las búsquedas que se realizaron para responder a esta pregunta se incluyó el término multidisciplinar, por ello no se puede realizar el cambio en el texto.
85	ASOCIACION ESPAÑOLA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD	8	112	Visita de seguimiento: Propuesta: revisar factores de riesgo social y/o escala Gijón. Implementar el plan de cuidados: Planificar cuidados sociales. Priorizar los siguientes aspectos: Problemas/ conflictos familiares y/o sociales (laborales, socioeconómicos, dificultad deceso a rehabilitación, tratamiento.	Se ha incluido en la visita de seguimiento revisar los factores de riesgo social y en la confirmación del plan de cuidados se ha añadido la adaptación y la planificación de los cuidados sociales.
86	ASOCIACION ESPAÑOLA DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD	7.8	110-111	Se propone añadir Tratamiento / Intervención Trabajo Social Sanitario: Guía práctica de Trabajo Social Neurológico (consejotrabajosocialcyl.org) Las funciones del trabajador social en la neurorrehabilitación (irenea.es) Atención Integral del Ictus en Atención Primaria (ictus-andalucia.com)	Muchas gracias por el comentario. Lamentablemente no podemos incluir nuevas preguntas en la versión actual.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
87	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)	5.1	31	<p>En pacientes con sospecha de ictus agudo se sugiere no tratar la presión arterial (PA) elevada en el ámbito extrahospitalario, siempre que se mantenga <220 presión arterial sistólica (PAS) o <120 mmHg presión arterial diastólica (PAD), salvo en determinadas situaciones urgentes, como sospecha clínica fundada de insuficiencia cardíaca izquierda, síndrome coronario agudo o disección aórtica, encefalopatía hipertensiva, pre-eclampsia/eclampsia.</p> <p>- Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie-Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, Tirschwell DL. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019 Dec;50(12):e344-e418. doi: 10.1161/STR.0000000000000211. Epub 2019 Oct 30. Erratum in: Stroke. 2019 Dec;50(12):e440-e441. PMID: 31662037.</p> <p>- National Institute for Health and Clinical Excellence. Stroke: The diagnosis and acute management of stroke and transient ischaemic attacks. Royal College of Physicians, London 2008. http://www.nice.org.uk/CG068</p>	<p>Muchas gracias por el comentario.</p> <p>El grupo ha valorado el comentario y está de acuerdo con incluir la preeclampsia/ eclampsia pero no en incluir la encefalopatía hipertensiva que es muy difícil de diferenciar de un ictus en el nivel prehospitalario, y recomendar la reducción de la presión arterial ante la sospecha de encefalopatía podría ser perjudicial si el diagnóstico final es ictus.</p>
88	Sociedad Española de Farmacia	5.1	31	<p>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)</p> <p>-> Creo que se debería especificar cuales sería las opciones más indicadas: Labetalol, Clevidipino, Nicardipino, Hidralazina, Nitroprusiato.</p>	<p>Muchas gracias por el comentario. En realidad, el contexto de la guía es la atención primaria, y no la urgencia extrahospitalaria o el servicio de emergencias. Por ello, la principal sugerencia era no iniciar el tratamiento en atención primaria. Y se mantuvo la recomendación de buena práctica por si en algún caso (distancia al hospital más cercano etc) se iniciaba el</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
	Hospitalaria (SEFH)				tratamiento, pero sin profundizar más en ella porque habrá guías más específicas que lo hagan.
89	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)	5.1	32	<p>En pacientes con hemorragia intracerebral aguda, iniciar el tratamiento antihipertensivo tan pronto como sea posible, idealmente en las dos primeras horas tras el inicio de los síntomas. -> En la primera hora</p> <p>- Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, Dowlatshahi D, Francis B, Goldstein JN, Hemphill JC 3rd, Johnson R, Keigher KM, Mack WJ, Mocco J, Newton EJ, Ruff IM, Sansing LH, Schulman S, Selim MH, Sheth KN, Sprigg N, Sunnerhagen KS; American Heart Association/American Stroke Association. 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2022 Jul;53(7):e282-e361. doi: 10.1161/STR.0000000000000407. Epub 2022 May 17. PMID: 35579034.</p>	<p>Muchas gracias por el comentario. El grupo lo ha valorado y cree que es mejor eliminar la última frase y dejar la recomendación de la siguiente manera:</p> <p>“En pacientes con hemorragia intracerebral aguda, iniciar el tratamiento antihipertensivo tan pronto como sea posible”.</p>
90	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)	5.2	41	<p>Tratar la hiperglucemia en aquellos casos que se superen los 155 mg/mL, manteniendo el nivel entre los 140-180 mg/dl. -> Recomendación de tratamiento a partir de 180 mg/dL, ya no solo por qué es lo que recomiendan las guías, sino porque si tratas a partir de 155, puede que los objetivos no se cumplan y mantengas glucemias por debajo de 140, cuando lo que se recomienda es mantenerlas 140-180.</p> <p>- Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie-Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, Tirschwell DL. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals</p>	<p>Muchas gracias por el comentario. Las guías que señalan no recogen los estudios actualizados, como el estudio GLIAS, que señala los 155 mg/MI como valor a partir del cual el riesgo de muerte o dependencia aumenta. Por ello se hizo la recomendación de buena práctica que se presenta en la guía.</p>



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
				From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019 Dec;50(12):e344-e418. doi: 10.1161/STR.0000000000000211. Epub 2019 Oct 30. Erratum in: Stroke. 2019 Dec;50(12):e440-e441. PMID: 31662037. - European Stroke Initiative Executive Committee; EUSI Writing Committee; Olsen TS, Langhorne P, Diener HC, Hennerici M, Ferro J, Sivenius J, Wahlgren NG, Bath P. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-update 2003. Cerebrovasc Dis. 2003;16(4):311-37. doi: 10.1159/000072554. PMID: 14584488.	
91	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)	7.7	106	Se recomienda que en aquellos pacientes con ictus isquémico no cardioembólico leve o AIT de alto riesgo en los que se inició tratamiento dual antiagregante con AAS y clopidogrel, éste se mantenga durante las primeras tres semanas para prevenir la recurrencia de ictus -> añadiría la definición de ictus leve: evaluación inicial del paciente con escala NIHSS score ≤5 -> añadiría la definición AIT de alto riesgo: evaluación inicial del paciente con escala ABCD2 score ≥4	Muchas gracias por el comentario. El criterio de ictus leve es heterogéneo, En esta guía el objetivo no era establecer una definición del mismo. Y lo mismo ocurre con la definición de AIT de alto riesgo.
92	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)	7.7	106	Exisite otra indicación para el uso de doble antiagregación: ictus debido a aterosclerosis de arterias intracraneales , definido por un accidente cerebrovascular isquémico atribuido a una estenosis aterosclerótica de arterias intracraneales del 70 al 99%.	Muchas gracias por el comentario. Cabe señalar que esta guía es de aplicación en el contexto de atención primaria, por lo que definir las indicaciones de uso de la doble antiagregación no sería objetivo de esta guía.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
93	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)	7.7	106	<p>Añadiría que, la duración de la doble antiagregación suele limitarse a 21 días para los pacientes con AIT de alto riesgo o ictus isquémico leve, pero puede ampliarse a 90 días para los pacientes con ictus debido a una estenosis aterosclerótica intracraneal de entre el 70% y el 99%. En los casos en los que se use ticagrelor, la duración de la doble antiagregación debe ser de 30 días, en base a los resultados del estudio THALES.</p> <p>- Johnston SC, Amarenco P, Denison H, Evans SR, Himmelmann A, James S, Knutsson M, Ladenvall P, Molina CA, Wang Y; THALES Investigators. Ticagrelor and Aspirin or Aspirin Alone in Acute Ischemic Stroke or TIA. N Engl J Med. 2020 Jul 16;383(3):207-217. doi: 10.1056/NEJMoa1916870. PMID: 32668111.</p>	Muchas gracias por el comentario. En la guía ya se incluye la duración de 21 días para los pacientes con AIT de alto riesgo o ictus leve, y de 30 días, en el caso de ticagrelor, en base a los estudios identificados, en los que no se mencionaba la estenosis aterosclerótica intracraneal.
94	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)	7.7	106	<p>Añadiría, que una vez, finalizada la doble antiagregación, debe continuarse indefinidamente el tratamiento antiagregante plaquetario con AAS o clopidogrel.</p>	Muchas gracias por el comentario. Se ha añadido esta recomendación de buena práctica a la versión final de la guía.
95	Farmaindustria	5.2	41-44	<p>Dado que en la recomendación general se utilizan las unidades mg/dl para la glucemia, se sugiere indicar en paréntesis este dato cuando se presentan los resultados de los estudios que avalan la recomendación de forma que facilite la lectura/interpretación.</p>	Muchas gracias por el comentario. Se han añadido los datos en mg/dl.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
96	Farmaindustria	A lo largo del doc		Se sugiere poner título y numerar las tablas, lo que facilitará hacer las referencias futuras al documento.	Muchas gracias por el comentario. En realidad, ese es un formato previamente establecido para las Guías que se elaboran para el SNS, pero se recoge como sugerencia para la edición de las guías del programa.
97	Farmaindustria	7.2	64	Dado que en la mayoría de los casos se trata de usos fuera de indicación (off-label), con variable, aunque en general limitado nivel de evidencia, se recomienda añadir en el punto k. Es factible la implementación: "Consideraciones adicionales", la siguiente recomendación: <i>*Cuando se trate de un uso en condiciones distintas a las autorizadas, en cumplimiento del RD1015/2009 de uso medicamentos en condiciones especiales, se debe informar al paciente sobre las incertidumbres entorno a la magnitud del beneficio esperable y sobre los riesgos potenciales del medicamento, recabar su consentimiento informado (puede ser oral) y reflejar esta información de forma expresa en la historia clínica"</i> <i>Valorar incluir en otros apartados del documento donde se recomiende posible uso off-label.</i>	Muchas gracias por el comentario. Se va a añadir una llamada al final de las preguntas relacionadas con tratamiento farmacológico que incluirá el comentario señalado.
98	Farmaindustria	7.4.3	91	Idem comentario anterior. Se sugiere eliminar la frase y sustituir por la previa "Sin embargo, hay que tener en cuenta la factibilidad de prescribir fármacos cuyo uso no se indica en la ficha técnica del fármaco (si no está dirigido al tratamiento de la labilidad emocional)."	Muchas gracias por el comentario. Se ha modificado acorde al mismo.



Núm. de comentario	GI registrado	Num. de capítulo o subcap	Núm. de pág.	Comentario	Respuesta GEG
99	Farmaindustria		4-5	Valorar incluir al principio del documento un apartado de abreviaturas para facilitar lectura	Muchas gracias por el comentario. El Apartado de abreviaturas se encuentra en el Anexo 4 del documento. Se valorará si es posible cambiar el orden e incluirlo al principio del documento.
100	Farmaindustria	7.4.1	84	Se sugiere eliminar de las tablas los fármacos que no están comercializados en el SNS	Muchas gracias por el comentario. Los fármacos que aparecen en las tablas eran los que se registraban en los estudios, por eso se decidió incluirlos a todos aunque luego se señale que algunos no están comercializados en el SNS.
101	Farmaindustria	7.4.2	87	Idem	Muchas gracias por el comentario. Ver la respuesta al comentario nº100.