

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Título del Trabajo Fin de Grado: ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL ÁMBITO DE LA NEUROLOGÍA A NIVEL NACIONAL A PARTIR DEL PROTOCOLO AGREE.

AUTOR: LAG SORIANO, ELISA.

Nº expediente. 1004

TUTORA. GUILABERT MORA, MERCEDES

Departamento y Área. Departamento de Psicología de la Salud. Área de Psicología Social

Curso académico 2019 - 2020

Convocatoria de febrero 2020

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
La Terapia Ocupacional en el ámbito neurológico.....	6
Patologías neurológicas más frecuentes según su prevalencia e incidencia en España	6
Importancia de las guías de práctica clínica para el manejo de estas patologías: fiables, actualizadas y de calidad.....	7
La importancia de la atención multidisciplinar en el abordaje de las patologías neurológicas: papel del Terapeuta Ocupacional.....	8
Variabilidad de las guías de práctica clínica y protocolo AGREE.....	8
OBJETIVOS.....	11
METODOLOGÍA.....	11
FASE 1. Guías de práctica clínica en neurología.....	12
FASE 2. Análisis del contenido del papel del Terapeuta Ocupacional.....	13
FASE 3. Metodología del PROTOCOLO AGREE.....	13
RESULTADOS	13
FASE 1. Guías de práctica clínica revisadas.....	14
FASE 2. Papel del Terapeuta Ocupacional en cada una de las guías.....	16
FASE 3. Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica mediante PROTOCOLO AGREE.....	17
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIÓN.....	22
ANEXOS.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72

RESUMEN

Los pacientes con daño neurológico pueden beneficiarse de un trabajo multidisciplinar y mejorar su calidad de vida. Dentro de las patologías neurológicas existentes se han seleccionado las 4 más frecuentes en España: Ictus, Alzheimer, Parkinson, y Esclerosis Múltiple.

Las guías de práctica clínica(GPC) son una herramienta fácil de utilizar tanto para el profesional como para el usuario, por lo que se ha pretendido ver si son o no recomendables evaluándolas mediante el protocolo AGREE y comprobando la importancia que se le da al papel del terapeuta.

Metodología: Se estableció una búsqueda para poder determinar GPC dentro de las patologías neurológicas más frecuentes, también se buscó la relevancia del terapeuta ocupacional en las guías seleccionadas y posteriormente se evaluó la calidad de las guías a través del protocolo AGREE.

Resultados: Se revisaron un total de 8 guías. Para considerar que la guía fuese recomendable o no, se estableció como punto de corte aceptable en cada dominio el cumplimiento del 60% puntuando más bajo los dominios “participación de los implicados”, “independencia editorial” y “alcance y objetivos”. Se analizó el papel de el terapeuta en las guías seleccionadas y en seis de ellas éste era igual de relevante que el del resto de profesionales.

Conclusión: Deberían de darse más a conocer las GPC pudiendo tener acceso libre a cualquier guía, al igual que deberían de existir más portales como Guía Salud que aporten una cierta fiabilidad del contenido y cumplan con las fechas de actualización para que no pueda ocasionar variabilidad en la práctica clínica. Por otra parte, tras la revisión de las guías la función del terapeuta ha sido significativa.

Palabras Clave: Guías de práctica clínica, protocolo AGREE, Terapia Ocupacional, patologías neurológicas.

ABSTRACT

Patients with neurological disease can take advantage of multidisciplinary work and improve his/her quality of life. Among the former (existing) neurological pathologies, the 4 most commonly found in Spain have been selected: Ictus, Alzheimer's, Parkinson's and Multiple Sclerosis.

The Guides of Clinical Practice (GCP) are an easy tool for professionals to use as well as other people, and that is why we try to evaluate whether they can be recommended by the AGREE protocol and by reviewing the importance given to the role of the therapist.

Methodology: An investigation was launched to decide GCP within the most frequent neurologic pathologies, relevance of the occupational therapist in the selected guides, and after that the quality of the selected guides through the AGREE protocol.

Results: Eight guides in total have been reviewed. To consider whether or not the guide was recommended or not, level of achievement of 60% was established as the cut point acceptable for each domain. Domains that scored lower were: *People Involved Participation*, *Editorial Independence*, and *Scope and Objectives*. The therapist's role in the selected guides was analyzed, and in 6 of the guides the therapist's role was as significant as the other professionals.

Conclusion: The GCPs must be better known, so for this reason there should be free access to each of the guides, as well as free access to more portals as Guia Salud that provide more reliability to the content and meet actualization data, and not cause variability in clinical practices. On the other hand, after reviewing the guide, the therapist's role has been significant.

Key Words: Clinical practice guides, AGREE protocol, Occupational Therapy, neurological pathologies.

INTRODUCCIÓN

La Terapia Ocupacional en el ámbito neurológico.

La Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)¹ define la Terapia Ocupacional (TO) como una profesión socio-sanitaria que mediante la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, mediante un tratamiento adecuado, capacitarle para lograr el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad.

Las patologías neurológicas engloban un conjunto de enfermedades que afectan al sistema nervioso central y al sistema nervioso periférico.² Los pacientes con daño neurológico pueden beneficiarse de los tratamientos terapéuticos ya que con el uso de la ocupación y el entorno, “promocionan la salud, previenen lesiones o discapacidades, o bien desenvuelven, mejoran, mantienen o recuperan alcanzando el mayor nivel de independencia funcional de las personas respecto a sus capacidades y a su adaptación al entorno a causa de la enfermedad, lesión, daño cognitivo, disfunción psicosocial, enfermedad mental, discapacidad del desarrollo o del aprendizaje, discapacidad física, marginación social u otras condiciones. Todo ello teniendo en cuenta al ser humano desde una visión holística, considerando principalmente a las dimensiones biopsicosociales.”³

Es decir, los pacientes con daño neurológico pueden beneficiarse de un tratamiento en TO para mejorar sus desempeños ocupacionales en las actividades cotidianas, o creando un entorno más accesible para realizar actividades significativas y/o incrementar su participación en situaciones de la vida, mejorando así su calidad de vida.⁴

Patologías neurológicas más frecuentes según su prevalencia e incidencia en España.

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN) las patologías neurológicas más frecuentes por casos al año en España en el período comprendido entre 2017 y 2019 fueron las siguientes:

El **Ictus**, según los datos de la SEN de 2017 y 2018 se calculó que al año en nuestro país hay 110.000-120.000 personas que sufrían un ictus. El ictus suponía el 70% de los ingresos neurológicos que se

producían en España y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en que los próximos 25 años su incidencia se incrementará un 27%.^{5,6}

En el caso del **Alzheimer**, según datos de la SEN en 2018 al año se diagnosticaban en España 40.000 nuevos casos. Afectando al 5% de la población mayor de 60 años, al 20% de los mayores de 80 y al 30% de los mayores de 90. El progresivo envejecimiento poblacional y el incremento de la esperanza de vida, haría que el número de casos aumentasen en las próximas décadas.⁷

El pasado mes de abril según la SEN se diagnosticaban al año unos 10.000 nuevos casos de **Parkinson** en España. El 70% de los pacientes diagnosticados con Parkinson superaban los 65 años y el 15% de los casos se dieron en menores de 50 años.⁸

En mayo de 2019 se calcularon 1.800 casos nuevos de **Esclerosis Múltiple** al año en España. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), la esclerosis múltiple afectaba a 47.000 personas en este país.⁹ El Comité Médico Asesor de EME (Esclerosis Múltiple España) actualizó en abril de 2019 por consenso, la estimación de la prevalencia era de 120 casos por cada 100.000 habitantes, por lo que había más de 55.000 personas con Esclerosis Múltiple en nuestro país.¹⁰

Importancia de las guías de práctica clínica para el manejo de estas patologías: fiables, actualizadas y de calidad.

Las guías prácticas clínicas (GPC) son importantes para el manejo de estas patologías ya que son una herramienta fácil y permiten una respuesta eficaz y homogénea a los problemas más frecuentes de las mismas, además de estar enfocadas en obtener una mejor atención clínica y lograr que la vida de los pacientes mejore, en ellas se presentan los diferentes problemas con los que se pueden encontrar los pacientes durante la evolución de dicha patología, obteniendo unas soluciones y alternativas inmejorables para las distintas fases o estadios de la misma, esto no quiere decir que sea de obligado cumplimiento, ni sustituya el juicio clínico del personal sanitario.

Ofrecen también respuestas a muchas de las preguntas que se plantean día tras día sobre la asistencia a los pacientes respecto a algunas de estas patologías con sus respectivas recomendaciones. Las recomendaciones se han formulado teniendo en cuenta la calidad de la evidencia y considerando el

beneficio-riesgo de la intervención, también se ha aplicado la información de los recursos sanitarios disponibles para los pacientes, familiares o cuidadores.¹¹

Son bastante útiles a la hora de tomar decisiones clínicas de calidad para los profesionales sanitarios ya sean docentes, residentes o en formación con el objetivo de mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes y ofreciendo las mejores soluciones y alternativas terapéuticas, para tomar decisiones en un momento de duda.

Por todo esto es importante que las guías estén actualizadas ya que la ciencia y los métodos van avanzando y siempre hay nuevos estudios que demuestran la eficacia de los tratamientos.

La importancia de la atención multidisciplinar en el abordaje de las patologías neurológicas: papel del Terapeuta Ocupacional.

El trabajo multidisciplinar es importante ya que su fin en común es la mejora o estabilidad del paciente, una asistencia más apropiada y sobre todo mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares.

A pesar de que el modelo multidisciplinar puede ser un proceso que necesita de más tiempo, a la larga se obtiene resultados más satisfactorios, menos coste de asistencia sanitaria, y una satisfacción del equipo más alta.¹²

El papel del Terapeuta Ocupacional es muy importante en el proceso de rehabilitación neurológica ya que trata de disminuir o compensar los déficits cognitivos, perceptivos o motores a través de la ocupación para mantener o lograr el mayor grado de funcionalidad, independencia y autonomía en el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. El terapeuta aparte de actuar sobre el individuo también actúa sobre su entorno.¹³

Variabilidad de las guías de práctica clínica y el protocolo AGREE.

Hay muchos estudios realizados con el fin de examinar la validez de las GPC, habiendo encontrado algunos de ellos cierta variabilidad en cuanto a la calidad de estas guías, más concretamente a la hora de examinar el rigor en los métodos utilizados para el desarrollo de las GPC. Los mayores problemas

con los que se han encontrado son; su baja aplicabilidad práctica, la insuficiente evidencia empírica, la pobre participación de los interesados y la falta de independencia editorial de los autores de las GPC.²³

La escasa utilización de las guías por parte de los profesionales evidencia esta falta de confianza en cuánto a la validez de las guías.

En España, la falta de fecha, autoría u organismo financiador de las GPC, son una barrera para su uso a la hora de tomar decisiones clínicas. Los usuarios requieren guías; válidas, útiles, de calidad y fiables, siempre contrastadas con evidencias científicas para tener la certeza de que se conseguirán los resultados pretendidos. En los últimos años se está evaluando la posibilidad de incorporar un marco sistemático para evaluar la calidad de las GPC, con el fin de ayudar a sus autores, a los proveedores de cuidados de salud y a los gestores de diferentes niveles y organismos que tengan que recomendar su uso. El principal objetivo es reducir la variabilidad en la práctica clínica pero, el hecho de que en ocasiones exista variabilidad en las recomendaciones de las guías hace que la práctica clínica no sea igualitaria para todos. Esta consecuencia puede deberse en ocasiones a la inexperiencia de los autores debido a que pueden no saber elaborar las GPC.²⁴

Todo esto lleva a una necesidad de llevar a cabo más investigaciones y estudios de mayor validez. Para ello, podría ser interesante que colaborasen distintas instituciones y de este modo poder editar periódicamente las GPC.²⁵

Una de las iniciativas que pretendían mejorar la calidad y seguridad de las guías de práctica clínica es el protocolo AGREE.²⁶

El protocolo AGREE¹⁵ (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) evalúa la calidad de la información de las guías.

Valora la validez de una guía, es decir, la probabilidad de que la guía logre los resultados esperados. Este instrumento ha sido elaborado por investigadores de varios países que poseen una amplia experiencia y conocimiento sobre guías de práctica clínica.

El protocolo AGREE está diseñado para evaluar tanto guías nacionales como internacionales, ya sean guías nuevas, existentes o las actualizaciones de las guías existentes. Es un instrumento generalizado y se puede aplicar a cualquier guía patológica, sirve tanto para las guías publicadas en papel como para las electrónicas, y pueden ser utilizadas por cualquier profesional sanitario, gestor o paciente.

El protocolo AGREE consta de 23 ítems que se encuentra desarrollado en el ANEXO 9, y se puntúan en una escala de 1 al 4 puntos (1 es muy en desacuerdo y 4 muy de acuerdo) están agrupados en 6 áreas. Cada área intenta contener información diferenciada de la calidad de la guía. Cada área contiene una puntuación y son independientes unas de las otras, no se puede hacer una suma total para obtener un “valor de calidad” de la guía por lo que al final hay un apartado de evaluación global donde el evaluador opina sobre la calidad de la guía teniendo en cuenta cada uno de los criterios de evaluación.

Estas son las áreas con sus ítems correspondientes:

Alcance y Objetivo (ítems 1-3) se refiere al propósito general de la guía, a las preguntas clínicas específicas y a la población diana de pacientes.

Participación de los implicados (ítems 4-7) se refiere al grado en el que la guía representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.

Rigor en la elaboración (ítems 8-14) hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.

Claridad y presentación (ítems 15-18) se ocupa del lenguaje y del formato de la guía.

Aplicabilidad (ítems 19-21) hace referencia a las posibles implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos organizativos, de comportamiento y de costes.

Independencia editorial (ítems 22-23) tiene que ver con la independencia de las recomendaciones y el reconocimiento de los posibles conflictos de intereses por parte del grupo de desarrollo de la guía.

Se obtiene de la siguiente forma (AGREE):

– **GPC “Muy recomendada”**: si la GPC puntúa 3-4 en la mayoría de los ítems, y la puntuación por áreas supera los 60 puntos.

– **GPC “Recomendada con condiciones o modificaciones”**: si el porcentaje de ítems que puntúa alto y bajo es similar y las puntuaciones por áreas alcanza valores entre el 30-60, en cuyo caso podrían

realizarse modificaciones y volverla a reevaluar o podría recomendarse si no existieran más GPC sobre el tema.

– GPC, “No recomendada”: si los valores obtenidos son inferiores a los anteriores, tanto por ítems como por áreas.

Los pacientes con daño neurológico pueden beneficiarse de un trabajo multidisciplinar y mejorar su calidad de vida.

Las GPC son una herramienta fácil de utilizar tanto para el profesional como para el paciente, por lo que se ha pretendido ver si son o no recomendables evaluándolas mediante el protocolo AGREE y comprobando la importancia que se le da al papel del terapeuta.

OBJETIVOS

Objetivo general:

-Evaluar la calidad de las Guías de Práctica Clínica en patologías caracterizadas como más frecuentes dentro del ámbito de la neurología.

Objetivos específicos:

-Determinar cuáles son las patologías neurológicas más frecuentes

-Seleccionar guías de práctica clínica de las patologías neurológicas más frecuentes accesibles a cualquier profesional sanitario

-Analizar el papel de la TO dentro de las guías de práctica clínica.

-Evaluar la calidad de las guías de práctica clínica mediante el protocolo AGREE

METODOLOGÍA

En primer lugar, se estableció una búsqueda para poder determinar guías de práctica clínica dentro de las patologías neurológicas más frecuentes seleccionadas por la autora del trabajo, con las que más tarde se iban a trabajar para poder evaluar la calidad de las guías

Dentro de las guías también se buscó la relevancia del Terapeuta Ocupacional en el ámbito de la neurología de las patologías mencionadas en la introducción, y por último se evaluó la calidad de las guías aplicando el protocolo AGREE.

FASE 1. Guías de Práctica Clínica en Neurología.

Se utilizó como motor de búsqueda Google, el buscador de Guía Salud, el buscador de la web del Cgcom(Consejo general de colegios oficiales de médicos) y por último, el buscador de Gencat (Generalitat de Catalunya), desde el mes de mayo hasta noviembre de 2019. En concreto en el buscador de Google se utilizaron grandes categorías que fueron “guía de práctica clínica” y “gpc” y se combinaron con las diferentes patologías, comunidades autónomas y sociedades científicas. Esta búsqueda arrojó una gran cantidad de resultados de los cuales se seleccionaron un total de 10 guías y de las cuales se utilizaron 5 por ser aquellas que se ajustaban a los criterios de inclusión que posteriormente se describirán.

En la *tabla 1* se exponen los descriptores que se utilizaron según el buscador (GuíaSalud, Cgcom y Gencat) y de este modo se obtuvo un resultado final de guías que más tarde serían las que se emplearon en este trabajo:

TABLA 1. Términos utilizados y guías finalmente analizadas.

Fuentes	Descriptores	Resultados encontrados	Resultados validos	Resultados finales
Guía Salud	Alzheimer, Parkinson, Esclerosis múltiple e Ictus.	8	4	2
Cgcom	Guías de buena práctica clínica, Alzheimer, Parkinson, Esclerosis Múltiple e Ictus.	52	4	0
Gencat	GPC Alzheimer, GPC Parkinson, GPC esclerosis múltiple, GPC Ictus, guía de práctica clínica Alzheimer, guía de práctica clínica Parkinson, guía de práctica clínica Esclerosis Múltiple, guía de práctica clínica Ictus, guies de práctica clínica Alzheimer, guies de práctica clínica Parkinson, guies de práctica clínica Esclerosis Múltiple y guies de práctica clínica Ictus.	657	4	1

Criterios de inclusión y exclusión.

Dentro del conjunto de guías publicadas con relación a las patologías mencionadas anteriormente, se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: guías de práctica clínica nacionales, publicaciones del 2011-2019, de acceso gratuito.
- Criterios de exclusión: guías de práctica clínica extranjeras, guías sin fecha de publicación, publicaciones con más de 10 años, que no sean de acceso gratuito, guías provenientes de la industria farmacéutica y guías resumidas.

Se aplicaron estas características a 22 guías de las cuales solo 8 cumplían estos requisitos.

FASE 2. Análisis del contenido del papel del Terapeuta Ocupacional.

Se accedió al texto de cada una de las guías y se analizó si existían contenidos concretos relacionados con la TO y posteriormente se buscaron categorías que pudiesen contener información sobre herramientas y funciones propias del Terapeuta Ocupacional independientemente de que no se haga explícito.

FASE 3. Metodología del PROTOCOLO AGREE.

Se utilizó el protocolo AGREE para evaluar la calidad de cada una de las guías de práctica clínica. La descripción e interpretación se encuentran descritas en el apartado de introducción (pág.8). Por otro lado, para calcular los dominios del protocolo AGREE para cada una de las guías se utilizó la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{mínima puntuación posible}}{\text{Máxima puntuación posible} - \text{mínima puntuación posible}} = \frac{x}{x} = x * 100 = \%$$

Los dominios de aplicación AGREE¹⁵ se encuentran desarrollados en el ANEXO 9.

RESULTADOS

A continuación, se describen los resultados obtenidos tras las diferentes fases de análisis.

FASE 1. Guías de práctica clínica revisadas.

Finalmente se trabajó con 8 guías de práctica clínica. Se encontraron guías que excedían a los 8 años, pero debido a que el objetivo del TFG era aplicar el protocolo AGREE a diferentes guías y que éstas estuvieran accesibles a cualquier profesional sanitario, se entendió que a pesar de que estaban obsoletas era conveniente realizar este ejercicio.

En la *tabla 2* se describieron los detalles de cada una de las siguientes guías : PCAI (Programas Clave Atención Interdisciplinar) 6 Guía de recomendaciones clínicas Ictus actualización, Ictus: Proceso asistencial integrado, Guía de manejo práctico de la enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Valenciana, Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Guía de actuación en pacientes con Esclerosis Múltiple, Guía de práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple, Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson y Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson.

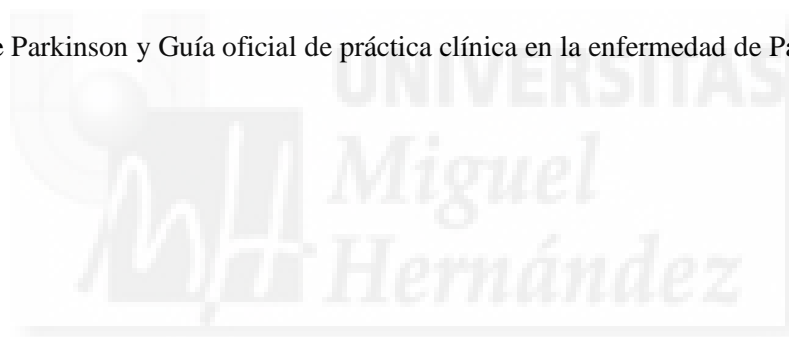


TABLA 2. Descripción de cada una de las guías seleccionadas.

TITULO DE LA GUÍA	AÑO	AUTORES	ACCESO	CCAA
PCAI 6 Guía de recomendaciones clínicas Ictus actualizadas ¹⁶	2014	Dirección General de Innovación Sanitaria Consejería de Sanidad	http://www.ardacea.es/files/A-ICTUS2014.pdf (acceso el 27 de noviembre) (acceso el 15 de mayo)	Gobierno del principado de Asturias. Consejería de sanidad (Asturias)
Ictus: Proceso asistencial integrado ¹⁷	2015	Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales	https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1957075765_pai_ictus_abril_2015.pdf (acceso el 27 de noviembre)	Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (Andalucía)
Guía de manejo práctico de la enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Valenciana ¹⁸	2017	José Miguel Santonja LLabata	https://www.svneurologia.org/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Guia_valenciana_Alzheimer_online.pdf (acceso el 17 de mayo)	Sociedad Valenciana de Neurología, <i>COGVAL</i> (Comunitat Valenciana)
Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias ¹⁹	2011	Ministerio de Ciencia e Innovación	https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf (acceso el 16 de mayo)	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) (Cataluña)
Guía de actuación en pacientes con Esclerosis Múltiple ²⁰	2016	Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de la Salud, Dirección General de Programas Asistenciales.	https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/84ccb8bf-a293-11e6-acfb-b7af34d5e321/12_GuiaEsclerosisMultipleCompleto.pdf (acceso el 27 de noviembre)	Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud (Canarias)
Guía de práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple ¹¹	2012	Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut	https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/798/gpc_esclerosis_multiple_2012_esp_completa.pdf?sequence=2&isAllowed=y (acceso el 16 de mayo)	Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (Cataluña)
Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de parkinson ²¹	2017	Francisco Escamilla Sevilla y Jesús Olivares Romero	https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_561_Enfermedad_Parkinson.pdf (acceso el 17 de mayo)	Sociedad Andaluza de Neurología (Andalucía)
Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson ²²	2016	José Matías Arbelo González, Javier López del Val, María del Carmen Durán y Gurutz Linazasoro Cristóbal	http://getm.sen.es/pdf/2019/Guias_GETM_2016.pdf (acceso el 17 de mayo)	Sociedad Española de Neurología (Comunidad de Madrid)

FASE 2. Papel del Terapeuta Ocupacional en cada una de las guías

A partir del análisis realizado para cada guía se mostró la inclusión o no del Terapeuta Ocupacional.

PCAI 6 Guía de recomendaciones clínicas Ictus actualizadas¹⁶: Aunque no participaba ningún terapeuta en la guía, según las necesidades de un paciente con Ictus se recomendaba el tipo de profesional que debía asistirle. En las limitaciones de las AVDs se recomendaba la presencia de un Terapeuta Ocupacional.

Ictus: Proceso asistencial integrado¹⁷: Se trata de una guía en la que no figuraban el nombre del terapeuta y el de otras muchas profesiones nombrándose estas como equipo de rehabilitación. Aunque fuese una guía de proceso asistencial podría haberse nombrado el profesional en la asistencia correspondiente como en el caso del terapeuta para participar junto con otros profesionales en la valoración de las limitaciones funcionales postictus.

Guía de manejo práctico de la enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Valenciana¹⁸: En ningún momento se hizo mención al papel del terapeuta, pero se nombraron varias terapias, valoraciones cognitivas y test estandarizados propios del terapeuta. A pesar de que no se hacía referencia explícita, las funciones sí que se correspondían con el ámbito de la terapia.

Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias¹⁹: En esta guía las funciones del terapeuta eran entrenamiento de AVD e información y formación a familiares y cuidadores, también se nombraban intervenciones terapéuticas que podían ser funciones de un terapeuta como: estimulación sensorial, terapia de reminiscencia y estimulación cognitiva.

Guía de actuación en pacientes con Esclerosis Múltiple²⁰: En esta guía si se mencionaba la TO pero las funciones no fueron claras, en el tratamiento del dolor si se nombró la importancia del trabajo multidisciplinar y en el apartado tratamiento rehabilitador se mencionó el entrenamiento de TO.

Guía de práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple¹¹: En esta guía se mencionaba algún artículo donde se hablaba del papel del terapeuta evaluando las estrategias rehabilitadoras de conservación de la energía, y la rehabilitación cognitiva.

Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de parkinson²¹En esta guía las funciones del terapeuta fueron las siguientes: entrenamiento de AVDs, asesorar, adaptar y entrenar el uso de ayuda técnicas, promover o mantener las funciones motoras y cognitivas o sensorial y visitas domiciliarias.

Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson²²: en esta guía se nombró el papel del terapeuta a raíz en una recomendación sobre el trastorno de la deglución de un artículo.

Observándose que a pesar de que no se hablaba explícitamente del profesional si se describían muchas de las funciones que podía asumir el profesional

FASE 3. Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica mediante PROTOCOLO AGREE.

A continuación, se aplicaron los 23 criterios a cada una de las guías. En los anexos 1-8 se puede ver la justificación de la puntuación otorgada en cada uno de los criterios. En la *tabla 3* se aplicó la fórmula del apartado “material y métodos” en la (pág.12) y se describieron los porcentajes de cada dominio del protocolo AGREE de las guías seleccionadas para este trabajo.

TABLA 3. Aplicación de la fórmula de los porcentajes de los dominios de cada una de las guías.

TÍTULO DE LA GUÍA	PUNT. DOM 1 %	PUNT. DOM 2 %	PUNT. DOM 3 %	PUNT. DOM 4 %	PUNT. DOM 5 %	PUNT. DOM 6 %
PCAI 6 Guía de recomendaciones clínicas Ictus actualizadas	66,6	58,3	85,7	91,6	100	100
Ictus: Proceso asistencial integrado	33,3	25	85,7	83,3	100	100
Guía de manejo práctico de la enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Valenciana	44,4	25	23,8	83,3	66,6	0
Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias	100	66,6	100	91,6	77,7	100
Guía de actuación en pacientes con Esclerosis Múltiple	66,6	25	28,5	100	33,3	50
Guía de práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple	88,8	75	100	100	55,5	50
Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson	66,6	75	100	50	88,8	100
Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson	44,4	50	71,4	66,6	77,7	83,3

DOM 1: Alcance y objetivos

DOM 4: Claridad y presentación

DOM 2: Participación de los implicados

DOM 5: Aplicabilidad

DOM 3: Rigor en la elaboración

DOM 6: Independencia editorial

Se describe a continuación para cada una de las guías el cumplimiento o no cumplimiento de los dominios según esté por encima o por debajo de 60% que se estableció como punto de corte aceptable para considerar que la guía es recomendable en ese dominio.

Para saber que guía de las utilizadas en este trabajo es más o menos recomendable, se elaboró un ranking de guías que se obtuvo sumando los porcentajes de los dominios.

Ranking de guías:

1. La “Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias” superaba el 60% en todos los dominios.
2. La guía “PCAI 6 Guía de recomendaciones clínicas Ictus actualizadas” superaba el 60% en casi todos los dominios menos en “participación de los implicados”. A ésta guía le faltó que se especificara a que usuarios profesionales iba dirigida y que fuese probada entre los usuarios.
3. La guía “Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson” no superaba el 60% del dominio en “claridad y presentación”, las recomendaciones eran ambiguas ya que en ningún momento se especificaba de que grupo de pacientes se trataba ni en qué situación se encontraban dichos pacientes. También faltaba materiales adicionales a la guía como pueden ser folletos, guías resumidas, etc.
4. La “Guía de práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple” había dos dominios que no superaba el 60% en el apartado “aplicabilidad” no se discutieron las barreras organizativas y en la guía lo ponía claramente que no se trataban esos aspectos, y en “independencia editorial” ya que estaba financiada por una empresa farmacéutica.
5. La guía “Ictus: Proceso asistencial integrado” los dos primeros dominios no superaban el 60% en el apartado “alcance y objetivo”, el objetivo era generalizado y no se describía a la población diana, en “participación de los implicados” no hay información respecto a los puntos de vista del paciente porque no se hacía mención a su participación de forma directa o indirecta. No se nombraba a que tipos de usuario profesional iba dirigida la guía y tampoco fue probada antes de ser publicada.

6. Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson: había dos dominios que estaban por debajo del 60% uno de ellos era “alcance y objetivo” ya que no se describía la población diana a la que se pretendía aplicar la guía y el otro “participación de los implicados”, en este apartado no se había tenido en cuenta el punto de vista ni preferencias de los usuarios.
7. La “Guía de actuación en pacientes con Esclerosis Múltiple” habían unos cuantos dominios que no superaban el 60%, dichos dominios eran; “participación de los implicados”, no se expusieron los puntos de vista de los pacientes, los usuarios profesionales no se mencionaban, y la guía no fue probada por los usuarios antes de su publicación. En el apartado de “rigor en la elaboración” la guía no hablaba de cómo se realizó la búsqueda de las evidencias, ni tampoco se describía el proceso de selección de contenido, solo se escogieron las más actuales o de mayor interés para los autores, pero para saber la temporalidad de esas guías o de que hablaban había que acceder a los enlaces de esas guías, tampoco se describía los métodos utilizados para llegar a ese acuerdo de utilización de las mismas. Para poder saber de dónde procedían las recomendaciones había que dirigirse al enlace de la bibliografía e interpretar la evidencia, además en la guía no se realizó un procedimiento de actualización. En la “aplicabilidad” no se discutieron las barreras organizativas, ni se consideraron los recursos sanitarios, por último, en el dominio “independencia editorial” no se mencionaban los conflictos de intereses.
8. Guía de manejo práctico de la enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Valenciana: casi ningún dominio superaba el 60%, fallaba en el apartado “alcance y objetivo” donde no se encontraban descritos los objetivos, y en el apartado “participación de los implicados” se podía saber a qué unidad o servicio pertenecían los autores profesionales de la guía, pero no su profesión. En la guía no se hablaba de un trabajo multidisciplinar ya que en la enfermedad de Alzheimer podrían aparecer de forma más amplia los diferentes profesionales sanitarios. Aparte, la guía no fue probada entre los usuarios antes de su publicación. En el apartado “rigor de la elaboración” no se nombraban los métodos de búsqueda utilizados ni tampoco

los criterios para la selección de evidencias, ni se utilizó ningún método para formular las recomendaciones.

En la guía no aparecían los revisores o autores externos, tampoco un procedimiento de actualización de la guía.

Por último, en la financiación del apartado “independencia editorial” participaba una empresa de nutrición y en algún momento de la guía se hacía mención a alguno de sus suplementos.

Los conflictos de interés no se mencionaban ni al principio ni al final de la guía.

DISCUSIÓN

Aplicando criterios de inclusión/ exclusión y evaluándolos con el protocolo AGREE, unos de los primeros hallazgos de este trabajo es la falta de actualización de guías en las patologías neurológicas.

Al evaluar la calidad de las GPC escogidas se ha obtenido la puntuación estandarizada total de cada área como porcentaje, para de este modo poder hacer un ranking (pág.18) de las 8 guías con el fin de comprobar la calidad de las mismas y saber cuál es la que cumple con mayor medida criterios de calidad para su aplicación práctica.

Existen revisiones similares a este trabajo con puntos de vista semejantes en cuanto a la calidad de las guías de práctica clínica. Según el estudio “*Calidad de las guías de práctica clínica españolas sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*”²⁷ los apartados de independencia editorial, rigor en la elaboración y en la claridad en la presentación existe una baja calidad, y en el estudio “*Infusión espinal: valoración crítica de las guías de práctica clínica con el instrumento AGREE*”²⁸ los apartados de baja calidad son; participación de los implicados, rigor en la elaboración, aplicabilidad e independencia editorial. En el caso de las guías de práctica clínica revisadas sí que se está de acuerdo en la baja calidad que existe en participación de los implicados e independencia editorial, adicionalmente no se cumplen criterios tampoco en el dominio “alcance y objetivo”.

Una de las limitaciones que se ha tenido, es que solo ha habido un evaluador y para evaluar las guías se recomiendan un mínimo de dos o incluso más para una mayor fiabilidad de la misma. Otra de las limitaciones fue que se alargó el periodo de acceso a la hora de realizar la búsqueda de guías, ya que se añadieron otras palabras debido a que las primeras guías encontradas estaban desactualizadas. Aun así, existen guías con características distintivas y no se han considerado pese a que la fecha de edición era mucho más reciente.

CONCLUSIÓN

Las guías deberían de cumplir las fechas de actualizaciones para que las presentes o futuras investigaciones y evidencias estén plasmadas y haya una homogeneidad en la práctica clínica. Esto también hace que los lectores; ya sean residentes, profesionales de la salud, pacientes, etc. no desconfíen de este tipo de documentos.

El trabajo ha servido para conocer mejor las GPC, descubrir que no todas las guías son iguales o que tienen características parecidas. Es sabido que cada comunidad autónoma tiene sus guías y no sólo existen en los portales como Guía Salud. También ha ayudado a la hora de ser más crítica al evaluar las GPC y conocer mejor el protocolo AGREE.

Sería útil tener portales como Guía Salud donde se cuenta con una cierta fiabilidad del contenido de las guías, pero el hecho de buscar en un motor de búsqueda como Google ofrece contenidos de dudosa fiabilidad y credibilidad.

Por otro lado, en el ámbito de la TO la función del terapeuta es relevante en las guías, aunque su papel podría ser más visible. Se espera que en un futuro no muy lejano esta profesión tenga una mayor inclusión en las guías y que pueda aportar todos sus conocimientos para la práctica clínica y de este modo pueda darse a conocer mejor ante el lector.

ANEXOS

En los siguientes anexos se muestra cada una de las guías de práctica clínica el desarrollo de la evaluación del protocolo AGREE y su justificación, y por último el desarrollo de los dominios.

ANEXO 1

PCAI 6 Guía de recomendaciones clínicas Ictus actualizadas ¹⁶															
Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación												
1.El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	Sí que tiene objetivos generales, pero no son tan específicos como los ejemplos que se expone en el protocolo AGREE.	<p>B. OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS</p> <p>Estas recomendaciones clínicas, constituyen un elemento del programa del PCAI de Ictus cuyo objetivo, como estrategia de calidad, es abordar el ictus a través de una atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con este problema de salud, mejorando los resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente.</p>	3												
2.Lo(s) aspectos(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Recomendaciones</th> <th>NE</th> <th>GR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.2.1. La hipertensión arterial debe tratarse en todos los sujetos, independientemente de su edad, severidad de la hipertensión o riesgo cardiovascular global, para disminuir el riesgo de ictus. El objetivo es conseguir cifras inferiores a 140/90 mm Hg. PCAI Hipertensión⁴ • MSC³ AHA 2011²</td> <td>I</td> <td>A</td> </tr> <tr> <th>Recomendaciones</th> <th>NE</th> <th>GR</th> </tr> <tr> <td>2.3.4. No se recomienda, en general, la terapia antiagregante con aspirina como prevención primaria en pacientes con diabetes. SIGN 116⁶ PCAI diabetes⁵</td> <td>I</td> <td>A</td> </tr> </tbody> </table>	Recomendaciones	NE	GR	2.2.1. La hipertensión arterial debe tratarse en todos los sujetos, independientemente de su edad, severidad de la hipertensión o riesgo cardiovascular global, para disminuir el riesgo de ictus. El objetivo es conseguir cifras inferiores a 140/90 mm Hg. PCAI Hipertensión ⁴ • MSC ³ AHA 2011 ²	I	A	Recomendaciones	NE	GR	2.3.4. No se recomienda, en general, la terapia antiagregante con aspirina como prevención primaria en pacientes con diabetes. SIGN 116 ⁶ PCAI diabetes ⁵	I	A	4
Recomendaciones	NE	GR													
2.2.1. La hipertensión arterial debe tratarse en todos los sujetos, independientemente de su edad, severidad de la hipertensión o riesgo cardiovascular global, para disminuir el riesgo de ictus. El objetivo es conseguir cifras inferiores a 140/90 mm Hg. PCAI Hipertensión ⁴ • MSC ³ AHA 2011 ²	I	A													
Recomendaciones	NE	GR													
2.3.4. No se recomienda, en general, la terapia antiagregante con aspirina como prevención primaria en pacientes con diabetes. SIGN 116 ⁶ PCAI diabetes ⁵	I	A													
3.Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	Es una guía que tiene una población diana muy generalizada ya que solo tiene que haber sufrido un ictus y sea de Asturias.	<p>D. POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGEN LAS RECOMENDACIONES</p> <p>Esta guía está dirigida a la atención de pacientes en el ámbito del Principado de Asturias, que han sufrido un ictus.</p>	2												


Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
4.El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>E. GRUPO DE PROFESIONALES QUE HAN DESARROLLADO EL PCAI CLÍNICO</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • M^a Aurora Alonso Cortina. DUE y Fisioterapeuta. Consultorio Colloto. CS Ventanielles. • M^a Luz Asensio Carrasco. Médica especialista en medicina familiar y comunitaria. Centro de Salud El Entrego. • Ignacio Casado Menéndez. Médico especialista en neurología. Hospital de Cabueñes. Gijón. • Martín Caicoya Gómez-Morán Médico. Consejería de Sanidad (Coordinador científico). • María Begoña Calleja García. Supervisora de neurología. DUE. Hospital de Cabueñes. Gijón. • Sergio Calleja Puerta (Coordinador). Médico especialista en neurología. HUCA. Oviedo • Dolores García Calvo. DUE. HUCA. Oviedo. 	4
5.Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.		4
6.Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE. Aunque aparezca como apartado, se generaliza a los usuarios profesionales.	<p>F. PROFESIONALES A LOS QUE VA DESTINADO</p> <hr/> <p>Esta guía está dirigida a los profesionales del Principado de Asturias que intervienen en la atención de los pacientes que han sufrido un ictus.</p>	2
7.La guía ha sido probada entre los usuarios diana.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE. No ha sido probada entre los usuarios profesionales antes de su publicación		1

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.		4
9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.		4
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>4. ELABORACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES</p> <p>Cada miembro del grupo, de acuerdo al área temática que le fue asignada, seleccionó y redactó un conjunto de recomendaciones con los grados de evidencia y niveles de recomendación correspondiente.</p> <p>Acabado el trabajo individual, se procedió a la compilación de las recomendaciones para constituir un único instrumento de trabajo.</p> <p>5. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LAS RECOMENDACIONES</p> <p>Se realizan comentarios, discusión y acuerdo sobre la redacción y pertinencia de las recomendaciones.</p> <p>6. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LA FACTIBILIDAD DE IMPLANTACIÓN</p> <p>Se realizó una evaluación de la factibilidad y de la relación beneficio/riesgo de implantación de las recomendaciones clínicas.</p> <p>Los evaluadores analizaron mediante una parrilla de priorización las dificultades organizativas que implicaría la implantación de las recomendaciones.</p> <p>7. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES CLAVE</p> <p>Los integrantes del grupo identificaron para cada apartado un conjunto de "Recomendaciones clave".</p> <p>Las recomendaciones clave se refieren al conjunto de recomendaciones de especial prioridad de implantación en el Principado de Asturias, definidas como de mayor necesidad de prestación a los pacientes del Principado, incorporando para su evaluación criterios de relevancia clínica, nivel de implantación, beneficios/riesgos, nivel de evidencia y factibilidad organizativa.</p>	4

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación																						
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>4.13. La TC debe realizarse en el menor tiempo posible desde el ingreso o desde el inicio de la clínica y en ningún caso debe demorarse más de 24 horas. La realización inmediata de la TC se ha demostrado coste/efectiva en la futura calidad de vida del paciente. Stroke Foundation Australia²⁰</p> <p>5.9. Aunque la técnica más fiable es la arteriografía, debido a sus potenciales efectos adversos se recomienda como primera prueba, bien angio-TC o angio-RM. AHA 2009²²</p>	4																						
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Tabla 1. Niveles de evidencia y Grados de recomendación.</p> <table border="1" data-bbox="1115 580 1850 1094"> <thead> <tr> <th>EVIDENCIA</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>Revisiones sistemáticas o metanálisis de ensayos clínicos controlados o al menos 1 ensayo clínico controlado.</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>Estudios controlados, sin aleatorización o estudio <i>quasi experimental</i>.</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>Estudios descriptivos como de comparación, correlación y casos control.</td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>Opiniones de grupo de expertos.</td> </tr> <tr> <th>Grado recomendación</th> <th></th> </tr> <tr> <td>A</td> <td>Basado en categoría I.</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Basado en categoría II o extrapolado de pruebas de categoría I.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Basado en categoría III o extrapolado de pruebas de categoría II o I.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>Basado en categoría IV o extrapolado de pruebas de categoría III, II o I.</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Acuerdo del Grupo de PCAI.</td> </tr> </tbody> </table> <p>NICE 2007¹</p>	EVIDENCIA		I	Revisiones sistemáticas o metanálisis de ensayos clínicos controlados o al menos 1 ensayo clínico controlado.	II	Estudios controlados, sin aleatorización o estudio <i>quasi experimental</i> .	III	Estudios descriptivos como de comparación, correlación y casos control.	IV	Opiniones de grupo de expertos.	Grado recomendación		A	Basado en categoría I.	B	Basado en categoría II o extrapolado de pruebas de categoría I.	C	Basado en categoría III o extrapolado de pruebas de categoría II o I.	D	Basado en categoría IV o extrapolado de pruebas de categoría III, II o I.	✓	Acuerdo del Grupo de PCAI.	4
EVIDENCIA																									
I	Revisiones sistemáticas o metanálisis de ensayos clínicos controlados o al menos 1 ensayo clínico controlado.																								
II	Estudios controlados, sin aleatorización o estudio <i>quasi experimental</i> .																								
III	Estudios descriptivos como de comparación, correlación y casos control.																								
IV	Opiniones de grupo de expertos.																								
Grado recomendación																									
A	Basado en categoría I.																								
B	Basado en categoría II o extrapolado de pruebas de categoría I.																								
C	Basado en categoría III o extrapolado de pruebas de categoría II o I.																								
D	Basado en categoría IV o extrapolado de pruebas de categoría III, II o I.																								
✓	Acuerdo del Grupo de PCAI.																								
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE. No ha sido revisado por autores externos. Los autores de esta guía han estado implicados en el desarrollo de la guía.		1																						

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación																																																																								
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<ul style="list-style-type: none"> La revisión de ésta guía se realizará cada 3 años, a no ser que la aparición de conocimiento científico relevante obligue a realizarla antes de esa fecha, fundamentalmente en aquellos aspectos o preguntas concretas en que las recomendaciones se modifiquen sustancialmente. 	4																																																																								
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Cirugía: Indicaciones de valoración neuroquirúrgica</p> <p>6.3.9. En individuos menores de 60 años con infartos malignos de arteria cerebral media la craniectomía descompresiva está indicada lo más precozmente posible, como máximo en las 48h iniciales. SIGN 108³⁰</p> <p>6.3.10. Pacientes menores de 70 años con hematoma cerebeloso primario y signos clínico-radiológicos de hipertensión endocraneal por hidrocefalia o compresión del tronco cerebral. Puede valorarse drenaje ventricular, evacuación del hematoma o craniectomía. Esta valoración debe realizarse con carácter urgente (en menos de 2 horas tras el inicio de los síntomas). AHA 2010²⁶</p> <table border="1" data-bbox="1778 432 1872 751"> <tr> <td>III</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>B</td> </tr> </table>	III	C	II	B	4																																																																				
III	C																																																																										
II	B																																																																										
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<table border="0"> <tr><td>2.6.</td><td>Patología carotídea</td><td>24</td></tr> <tr><td>2.7.</td><td>Cardiopatías embolígenas</td><td>25</td></tr> <tr><td>2.8.</td><td>Terapia hormonal sustitutiva</td><td>25</td></tr> <tr><td>2.9.</td><td>Contraceptivos orales</td><td>30</td></tr> <tr><td>2.10.</td><td>Apnea del sueño</td><td>30</td></tr> <tr><td>2.11.</td><td>Hiperhomocistinemia</td><td>31</td></tr> <tr><td>3.</td><td>ATENCIÓN AGUDA EXTRAHOSPITALARIA</td><td>31</td></tr> <tr><td>3.1.</td><td>Educación del paciente</td><td>31</td></tr> <tr><td>3.2.</td><td>Servicios de emergencias extrahospitalarias</td><td>31</td></tr> <tr><td>4.</td><td>ATENCIÓN AGUDA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS</td><td>35</td></tr> <tr><td>5.</td><td>ATENCIÓN HOSPITALARIA: MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO</td><td>40</td></tr> <tr><td>6.</td><td>TRATAMIENTO GENERAL DEL ICTUS Y DE SUS COMPLICACIONES</td><td>45</td></tr> <tr><td>6.1.</td><td>Tratamiento general</td><td>45</td></tr> <tr><td>6.2.</td><td>Prevención de complicaciones</td><td>45</td></tr> <tr><td>6.3.</td><td>Medidas terapéuticas específicas</td><td>52</td></tr> <tr><td>7.</td><td>REHABILITACIÓN</td><td>56</td></tr> <tr><td>8.</td><td>ALTA DEL PACIENTE/TRANSFERENCIA DE NIVEL ASISTENCIAL/DERIVACIÓN</td><td>61</td></tr> <tr><td>9.</td><td>PREVENCIÓN SECUNDARIA</td><td>64</td></tr> <tr><td>9.1.</td><td>Tratamiento antitrombótico</td><td>65</td></tr> <tr><td>9.2.</td><td>Tratamiento quirúrgico</td><td>65</td></tr> <tr><td>9.3.</td><td>Recomendaciones generales</td><td>66</td></tr> <tr><td>9.4.</td><td>Casos especiales</td><td>66</td></tr> <tr><td>10.</td><td>INTERVENCIÓN SOCIAL</td><td>67</td></tr> <tr><td>11.</td><td>RECOMENDACIONES "No hacer"</td><td>69</td></tr> </table>	2.6.	Patología carotídea	24	2.7.	Cardiopatías embolígenas	25	2.8.	Terapia hormonal sustitutiva	25	2.9.	Contraceptivos orales	30	2.10.	Apnea del sueño	30	2.11.	Hiperhomocistinemia	31	3.	ATENCIÓN AGUDA EXTRAHOSPITALARIA	31	3.1.	Educación del paciente	31	3.2.	Servicios de emergencias extrahospitalarias	31	4.	ATENCIÓN AGUDA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS	35	5.	ATENCIÓN HOSPITALARIA: MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	40	6.	TRATAMIENTO GENERAL DEL ICTUS Y DE SUS COMPLICACIONES	45	6.1.	Tratamiento general	45	6.2.	Prevención de complicaciones	45	6.3.	Medidas terapéuticas específicas	52	7.	REHABILITACIÓN	56	8.	ALTA DEL PACIENTE/TRANSFERENCIA DE NIVEL ASISTENCIAL/DERIVACIÓN	61	9.	PREVENCIÓN SECUNDARIA	64	9.1.	Tratamiento antitrombótico	65	9.2.	Tratamiento quirúrgico	65	9.3.	Recomendaciones generales	66	9.4.	Casos especiales	66	10.	INTERVENCIÓN SOCIAL	67	11.	RECOMENDACIONES "No hacer"	69	4
2.6.	Patología carotídea	24																																																																									
2.7.	Cardiopatías embolígenas	25																																																																									
2.8.	Terapia hormonal sustitutiva	25																																																																									
2.9.	Contraceptivos orales	30																																																																									
2.10.	Apnea del sueño	30																																																																									
2.11.	Hiperhomocistinemia	31																																																																									
3.	ATENCIÓN AGUDA EXTRAHOSPITALARIA	31																																																																									
3.1.	Educación del paciente	31																																																																									
3.2.	Servicios de emergencias extrahospitalarias	31																																																																									
4.	ATENCIÓN AGUDA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS	35																																																																									
5.	ATENCIÓN HOSPITALARIA: MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	40																																																																									
6.	TRATAMIENTO GENERAL DEL ICTUS Y DE SUS COMPLICACIONES	45																																																																									
6.1.	Tratamiento general	45																																																																									
6.2.	Prevención de complicaciones	45																																																																									
6.3.	Medidas terapéuticas específicas	52																																																																									
7.	REHABILITACIÓN	56																																																																									
8.	ALTA DEL PACIENTE/TRANSFERENCIA DE NIVEL ASISTENCIAL/DERIVACIÓN	61																																																																									
9.	PREVENCIÓN SECUNDARIA	64																																																																									
9.1.	Tratamiento antitrombótico	65																																																																									
9.2.	Tratamiento quirúrgico	65																																																																									
9.3.	Recomendaciones generales	66																																																																									
9.4.	Casos especiales	66																																																																									
10.	INTERVENCIÓN SOCIAL	67																																																																									
11.	RECOMENDACIONES "No hacer"	69																																																																									

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación																						
17.Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <th colspan="2" style="text-align: center;">Recomendaciones</th> <th style="text-align: center;">NE</th> <th style="text-align: center;">GR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">2.1.1. Debe desaconsejarse el consumo excesivo de alcohol (>20 g/d en el varón sano o >10 g/d en la mujer). MSC³ AHA 2011²</td> <td style="text-align: center; background-color: #ADD8E6;">II</td> <td style="text-align: center; background-color: #ADD8E6;">B</td> </tr> </tbody> </table>	Recomendaciones		NE	GR	2.1.1. Debe desaconsejarse el consumo excesivo de alcohol (>20 g/d en el varón sano o >10 g/d en la mujer). MSC ³ AHA 2011 ²		II	B	4														
Recomendaciones		NE	GR																						
2.1.1. Debe desaconsejarse el consumo excesivo de alcohol (>20 g/d en el varón sano o >10 g/d en la mujer). MSC ³ AHA 2011 ²		II	B																						
18.La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	Esta guía no cumple del todo con el ítem del protocolo AGREE. Si que hay información o herramientas rápidas como pueden ser escalas, procesos de cuidados en pacientes, etc., pero va más enfocado al profesional que al paciente.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th colspan="2" style="text-align: left; padding: 2px;">CRITERIOS PARA IDENTIFICAR ICTUS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Presencia de cualquiera de los elementos anormales en la exploración física</td> </tr> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Asimetría facial (haga que el paciente sonría o muestre los dientes)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Normal</td> <td style="padding: 2px;">Ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Anormal</td> <td style="padding: 2px;">Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro</td> </tr> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Fuerza en los brazos (haga que el paciente cierre los ojos y mantenga ambos brazos extendidos durante 10 segundos)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Normal</td> <td style="padding: 2px;">Ambos brazos se mueven igual y no se caen</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Anormal</td> <td style="padding: 2px;">Un brazo no se mueve o cae respecto al otro</td> </tr> <tr style="background-color: #ADD8E6;"> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Lenguaje (pedir al paciente que repita una frase)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Normal</td> <td style="padding: 2px;">El paciente utiliza palabras correctas sin farfullar</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Anormal</td> <td style="padding: 2px;">El paciente al hablar arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar</td> </tr> </tbody> </table>	CRITERIOS PARA IDENTIFICAR ICTUS		Presencia de cualquiera de los elementos anormales en la exploración física		Asimetría facial (haga que el paciente sonría o muestre los dientes)		Normal	Ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica	Anormal	Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro	Fuerza en los brazos (haga que el paciente cierre los ojos y mantenga ambos brazos extendidos durante 10 segundos)		Normal	Ambos brazos se mueven igual y no se caen	Anormal	Un brazo no se mueve o cae respecto al otro	Lenguaje (pedir al paciente que repita una frase)		Normal	El paciente utiliza palabras correctas sin farfullar	Anormal	El paciente al hablar arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar	3
CRITERIOS PARA IDENTIFICAR ICTUS																									
Presencia de cualquiera de los elementos anormales en la exploración física																									
Asimetría facial (haga que el paciente sonría o muestre los dientes)																									
Normal	Ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica																								
Anormal	Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro																								
Fuerza en los brazos (haga que el paciente cierre los ojos y mantenga ambos brazos extendidos durante 10 segundos)																									
Normal	Ambos brazos se mueven igual y no se caen																								
Anormal	Un brazo no se mueve o cae respecto al otro																								
Lenguaje (pedir al paciente que repita una frase)																									
Normal	El paciente utiliza palabras correctas sin farfullar																								
Anormal	El paciente al hablar arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar																								
19.Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las Recomendaciones.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE. Las directrices del PASI propone según el estadio del enfermo estos tres tipos de asistencias: Hospitales con Equipo de Ictus, Hospitales con Unidad de Ictus y Hospitales de Referencia para el Ictus.	<p>Uno de los objetivos del presente PCAI es recomendar el mejor planteamiento organizativo posible para que el SESPA sea capaz de poner en marcha las recomendaciones, atendiendo a las necesidades de cada enfermo, a la vez que se optimizan los recursos. De acuerdo con la evidencia disponible el Grupo de Estudio Cerebrovascular de la Sociedad Española de Neurología, definió recientemente un Plan de Atención Sanitaria al Ictus (PASI), que tomamos como modelo para adaptarlo a nuestra realidad autonómica. El esfuerzo que exige el diseño de un PASI como el que se propone, está motivado por factores tan importantes como el gran número de pacientes con ictus, la ausencia de una atención óptima en la mayoría de los casos o el poder hacer accesible las nuevas terapias a los pacientes de una forma eficaz, eficiente y segura.</p>	4																						

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación						
20.Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<ul style="list-style-type: none"> • Guía organizativa: El ¿Cómo? ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Con qué?: Valoración del nivel de capacidad de los procesos existentes para favorecer la implantación de las recomendaciones clínicas prioritizadas y posposición de los cambios organizativos necesarios para su aplicación. Debatirá los flujos de pacientes y asignará las responsabilidades más importantes de cada categoría profesional en la atención de la condición clínica, criterios de derivación, ingreso, alta y acceso a otros niveles asistenciales, recursos necesarios y criterios de gestión que puedan facilitar la organización y administración de los recursos sanitarios y sociales en beneficio de la atención de los pacientes 	4						
21.La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<table border="1" data-bbox="1106 576 1765 724"> <thead> <tr> <th data-bbox="1106 576 1659 616">Recomendaciones</th> <th data-bbox="1659 576 1765 616">NE</th> <th data-bbox="1659 616 1765 647">GR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1106 616 1659 724">2.2.1. La hipertensión arterial debe tratarse en todos los sujetos, independientemente de su edad, severidad de la hipertensión o riesgo cardiovascular global, para disminuir el riesgo de ictus. El objetivo es conseguir cifras inferiores a 140/90 mm Hg. <small>PCAI Hipertensión⁴, MSC³ AHA 2011²</small></td> <td data-bbox="1659 616 1765 647">I</td> <td data-bbox="1659 647 1765 724">A</td> </tr> </tbody> </table>	Recomendaciones	NE	GR	2.2.1. La hipertensión arterial debe tratarse en todos los sujetos, independientemente de su edad, severidad de la hipertensión o riesgo cardiovascular global, para disminuir el riesgo de ictus. El objetivo es conseguir cifras inferiores a 140/90 mm Hg. <small>PCAI Hipertensión⁴, MSC³ AHA 2011²</small>	I	A	4
Recomendaciones	NE	GR							
2.2.1. La hipertensión arterial debe tratarse en todos los sujetos, independientemente de su edad, severidad de la hipertensión o riesgo cardiovascular global, para disminuir el riesgo de ictus. El objetivo es conseguir cifras inferiores a 140/90 mm Hg. <small>PCAI Hipertensión⁴, MSC³ AHA 2011²</small>	I	A							
22.La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p data-bbox="1106 756 1503 823">Edita: Dirección General de Innovación Sanitaria Consejería de Sanidad</p> 	4						
23.Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p data-bbox="1106 1075 1816 1134">Los profesionales que intervinieron en este PCAI han declarado no tener conflicto de intereses.</p>	4						




ANEXO 2

Ictus: Proceso asistencial integrado ¹⁷			
Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
1.El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	Esta guía no cumple con el ítem según el protocolo AGREE. Los objetivos son generalizados,		1
2.Lo(s) aspectos(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizará sonda nasogástrica en pacientes con disfagia que requieran nutrición enteral durante el primer mes tras el ictus <i>(Recomendación A)B</i>, teniendo en cuenta sus valores y preferencias. • Se valorará la alimentación mediante gastrostomía endoscópica percutánea en aquellos/as pacientes con disfagia que necesiten alimentación enteral a largo plazo (más de 4 semanas) <i>(Recomendación B)B</i>. 	4
3.Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	Esta guía no se nombra a la población diana. Se puede leer que va dirigido para personas que padecen un Ictus.		1


Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
4.El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Jiménez Hernández, María Dolores Médica. Especialista en Neurología. Directora de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Neurociencias. Complejo Hospitalario de Sevilla. Sevilla.</p> <p>Lama Herrera, Carmen María Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Subdirectora de Promoción de la Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.</p> <p>Moniche Álvarez, Francisco Médico. Especialista en Neurología. UGC de Neurología. Complejo Hospitalario de Sevilla. Sevilla.</p> <p>Morales Serna, Juan Carlos Farmacéutico. Área de Gestión Sanitaria Jerez Costa-Sierra. Cádiz.</p> <p>Ras Luna, Javier Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Asesor Técnico de la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.</p> <p>Sanz Amores, Reyes Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.</p>	4
5.Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE. No aparece de ninguna de las maneras que describe el protocolo.		1
6.Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE. No se nombra a que tipos de profesionales va dirigido.	<p>Estas Competencias Específicas se establecen a partir de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Unidades funcionales (UFUN) para la elaboración de mapa de competencias profesionales para el puesto de trabajo, definido en el ámbito del modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (GPD).</p> <p>A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/es/calidadscopio/buenas_practicas</p>	1
7.La guía ha sido probada entre los usuarios diana.	Esta guía no cumple del todo con el ítem del protocolo AGREE. No aparece que haya sido probada antes de la publicación.		1

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con el abordaje de los diferentes aspectos del ictus. Para ello, se utilizaron las principales bases de datos referenciales: Medline, Embase, Guíasalud, Science Citation Index, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Guidelines Group, SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health), CMA Infobase Clinical Practice Guidelines, Alberta-Toward Optimized Practice, British Columbia-Guidelines and Protocol Advisory Committee (GPAC), Guideline Advisory Committee (GAC) (Ontario), Registered Nurses' Association of Ontario-Nursing Best Practice Guidelines, Australia-Clinical Practice Guidelines Portal, Singapore-Ministry of Health Singapore Practice Guidelines, UK Guidelines and Audit Implementation Network, UK-eGuidelines: Handbook summarising UK and European clinical guidelines for primary and shared care, US-Preventive Services Task Force (USPSTF), US-Clinical Practice Guidelines at University of California y NICE (National Institute for Health and Care Excellence) hasta junio de 2014.	4
9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.		4
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE. Aparecen en superíndice las recomendaciones según la forma de recomendación que se ha utilizado como (SIGN, GRADE, CEBM..)	Para la elaboración de las recomendaciones, se ha utilizado el sistema de gradación específica de cada guía de práctica clínica seleccionada. Las siglas AG (acuerdo de grupo) corresponde a las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en dichas guías.	4
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>7.12 Si el/la paciente presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sintomatología de depresión: se realizará cribado utilizando test sencillos (Recomendación D.32) y recomendados en el PAI Ansiedad, depresión y somatizaciones (AG) 32. Si se confirma la depresión, se usarán antidepresivos para el tratamiento de la depresión postictus, valorando individualmente el riesgo de efectos adversos (Recomendación E.18). Labilidad emocional persistente tras el ictus, con episodios frecuentes y graves: se considerará tratamiento con fármacos antidepresivos, valorando sobre todo en personas de edad avanzada, sus efectos adversos (Recomendación E.18). 	4

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación																				
12.Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1104 284 1675 308">Recomendación</th> <th data-bbox="1680 284 1872 308">Grado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1104 311 1675 419">Se activará el Código Ictus, ante la sospecha de ictus isquémico, cuando cumpla los siguientes criterios: • Inicio de los síntomas (tiempo de evolución < 4,5 horas). • Situación basal del paciente mediante escala Rankin \leq 2. • Síntomas neurológicos agudos.</td> <td data-bbox="1680 311 1872 419">AG²²</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 422 1675 483">Se realizará el traslado de la/el paciente con Prioridad 1 y se recomienda que la recepción en el SCCU-H no sobrepase los 45-60 minutos desde la llamada al centro receptor.</td> <td data-bbox="1680 422 1872 483">AG^{22,23}</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 486 1675 547">Se recomienda la aplicación de un protocolo para la evaluación completa de los/as pacientes con sospecha de ictus en un tiempo máximo de 60 minutos (tiempo puerta-aguja) desde su llegada al SCCU-H.</td> <td data-bbox="1680 486 1872 547">2a¹</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 550 1675 601">Se realizará TC de cráneo que deberá estar realizado e interpretado en un tiempo máximo de 45 minutos desde su llegada al SCCU-H.</td> <td data-bbox="1680 550 1872 601">IA²</td> </tr> </tbody> </table>	Recomendación	Grado	Se activará el Código Ictus, ante la sospecha de ictus isquémico, cuando cumpla los siguientes criterios: • Inicio de los síntomas (tiempo de evolución < 4,5 horas). • Situación basal del paciente mediante escala Rankin \leq 2. • Síntomas neurológicos agudos.	AG ²²	Se realizará el traslado de la/el paciente con Prioridad 1 y se recomienda que la recepción en el SCCU-H no sobrepase los 45-60 minutos desde la llamada al centro receptor.	AG ^{22,23}	Se recomienda la aplicación de un protocolo para la evaluación completa de los/as pacientes con sospecha de ictus en un tiempo máximo de 60 minutos (tiempo puerta-aguja) desde su llegada al SCCU-H.	2a ¹	Se realizará TC de cráneo que deberá estar realizado e interpretado en un tiempo máximo de 45 minutos desde su llegada al SCCU-H.	IA ²	4										
Recomendación	Grado																						
Se activará el Código Ictus, ante la sospecha de ictus isquémico, cuando cumpla los siguientes criterios: • Inicio de los síntomas (tiempo de evolución < 4,5 horas). • Situación basal del paciente mediante escala Rankin \leq 2. • Síntomas neurológicos agudos.	AG ²²																						
Se realizará el traslado de la/el paciente con Prioridad 1 y se recomienda que la recepción en el SCCU-H no sobrepase los 45-60 minutos desde la llamada al centro receptor.	AG ^{22,23}																						
Se recomienda la aplicación de un protocolo para la evaluación completa de los/as pacientes con sospecha de ictus en un tiempo máximo de 60 minutos (tiempo puerta-aguja) desde su llegada al SCCU-H.	2a ¹																						
Se realizará TC de cráneo que deberá estar realizado e interpretado en un tiempo máximo de 45 minutos desde su llegada al SCCU-H.	IA ²																						
13.La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	Revisión externa: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Servicio Andaluz de Salud (SAS). Sociedades Científicas: Sociedad Andaluza de Neurología (SAN). Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC) Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. AP Andalucía (SEMergen). Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias-Agrupación Andalucía (SEMES)	4																				
14.Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	Esta guía no aparece cuando está previsto actualizar la guía. No cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1																				
15.Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="1104 1045 1608 1185">Se deberán cumplir los siguientes criterios para la realización de fibrinólisis i.v.:</td> <td data-bbox="1612 1045 1760 1069">A²</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1189 1608 1240">• Que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la aplicación de la fibrinólisis i.v. sea \leq 4,5 horas.</td> <td data-bbox="1612 1189 1760 1212">B²</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1243 1608 1294">• El tratamiento intravenoso con rt-PA, sólo debe administrarse bajo la autoridad de un médico con experiencia.</td> <td data-bbox="1612 1243 1760 1267">AG²</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1297 1608 1348">• Pacientes con edad \geq a 18 años.</td> <td data-bbox="1612 1297 1760 1321">AG²</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1351 1608 1402">Deberá tenerse en cuenta que las siguientes circunstancias aumentan el riesgo de hemorragia postfibrinólisis:</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1406 1608 1430">• Edad > 80 años.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1433 1608 1457">• Tratamiento anticoagulante oral.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1460 1608 1484">• NIHSS > 25.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1487 1608 1511">• Tiempo transcurrido desde el inicio del evento.</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1514 1608 1538">• Diabetes.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Se deberán cumplir los siguientes criterios para la realización de fibrinólisis i.v.:	A ²	• Que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la aplicación de la fibrinólisis i.v. sea \leq 4,5 horas.	B ²	• El tratamiento intravenoso con rt-PA, sólo debe administrarse bajo la autoridad de un médico con experiencia.	AG ²	• Pacientes con edad \geq a 18 años.	AG ²	Deberá tenerse en cuenta que las siguientes circunstancias aumentan el riesgo de hemorragia postfibrinólisis:		• Edad > 80 años.		• Tratamiento anticoagulante oral.		• NIHSS > 25.		• Tiempo transcurrido desde el inicio del evento.		• Diabetes.		4
Se deberán cumplir los siguientes criterios para la realización de fibrinólisis i.v.:	A ²																						
• Que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la aplicación de la fibrinólisis i.v. sea \leq 4,5 horas.	B ²																						
• El tratamiento intravenoso con rt-PA, sólo debe administrarse bajo la autoridad de un médico con experiencia.	AG ²																						
• Pacientes con edad \geq a 18 años.	AG ²																						
Deberá tenerse en cuenta que las siguientes circunstancias aumentan el riesgo de hemorragia postfibrinólisis:																							
• Edad > 80 años.																							
• Tratamiento anticoagulante oral.																							
• NIHSS > 25.																							
• Tiempo transcurrido desde el inicio del evento.																							
• Diabetes.																							

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación				
<p>16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.</p>	<p>Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE. Se encuentra en el texto de diferente manera a como se encuentran en las guías que se han utilizado.</p>	<p>INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS: Siempre que se considere el tratamiento anticoagulante hay que valorar el riesgo hemorrágico mediante el sistema HAS-BLED ^{(AG)2B} (Anexo 6). En pacientes que reciban fibrinólisis i.v., el uso de cualquier antitrombótico se retrasará 24 horas ^(Clase III. Nivel de evidencia A1Z).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiagregantes plaquetarios: <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda tratamiento con ácido acetil salicílico (AAS) a dosis inicial de 325 mg, a menos que existan contraindicaciones, dentro de las primeras 24-48 horas tras un ictus isquémico ^(Clase I. Nivel de evidencia A1Z). - En pacientes con intolerancia demostrada a AAS o con efectos indeseables relacionados con la propia actividad antiagregante, podrá utilizarse clopidogrel ^(Clase III. Nivel de evidencia C1Z). • Anticoagulación: <ul style="list-style-type: none"> - No debe instaurarse sistemáticamente tratamiento anticoagulante en pacientes con un ictus isquémico ya que no hay evidencia de beneficios adicionales sobre el tratamiento antiagregante ^(Clase I. Nivel de evidencia A1Z). - La decisión de iniciar terapia anticoagulante puede retrasarse hasta dos semanas, pero debe iniciarse antes del alta hospitalaria ^(Nivel de evidencia 2++. Grado de recomendación C1Z). - Está indicada en: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con Fibrilación auricular no valvular: Se utilizará para la valoración del riesgo tromboembólico la clasificación CHADS₂ ^{2B} (Anexo 7). Si el resultado de la valoración del riesgo tromboembólico es: > CHADS₂=0-1: Se establecerá la necesidad de tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes valorándose individualmente según las características y preferencias de paciente ^{(AG) 2, 2B}. 	<p>4</p>				
<p>17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.</p>	<p>Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.</p>	<p>Médico y Enfermera del SCCU-H</p> <table border="1" data-bbox="1088 967 1861 1313"> <thead> <tr> <th data-bbox="1088 967 1227 1002">Actividades</th> <th data-bbox="1234 967 1861 1002">Características de calidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1088 1007 1227 1313"> <p>3º ATENCIÓN EN EL SCCU-H</p> </td> <td data-bbox="1234 1007 1861 1313"> <p>3.1 Se recomienda la aplicación de un protocolo para la evaluación completa de los/as pacientes con sospecha de ictus en un tiempo máximo de 60 minutos (tiempo puerta-aguja) desde su llegada al SCCU-H ^(Clase I. Nivel de evidencia B1Z).</p> <p>3.2 En caso de que el/la paciente se halle en situación de incapacidad de hecho, en la que no pueda expresar personalmente su voluntad y le impida tomar decisiones por sí mismo/a, se podrá consultar su historia de salud para ver si tiene registrado un proceso de planificación anticipada de decisiones y/o una declaración de VVA. En caso afirmativo se consultará el RVVA y se actuará respetando los valores e instrucciones sanitarias contenidas en la declaración de voluntad vital anticipada (VVA) ^{(AG)16,1Z}.</p> <p>3.3 Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes </p> </td> </tr> </tbody> </table>	Actividades	Características de calidad	<p>3º ATENCIÓN EN EL SCCU-H</p>	<p>3.1 Se recomienda la aplicación de un protocolo para la evaluación completa de los/as pacientes con sospecha de ictus en un tiempo máximo de 60 minutos (tiempo puerta-aguja) desde su llegada al SCCU-H ^(Clase I. Nivel de evidencia B1Z).</p> <p>3.2 En caso de que el/la paciente se halle en situación de incapacidad de hecho, en la que no pueda expresar personalmente su voluntad y le impida tomar decisiones por sí mismo/a, se podrá consultar su historia de salud para ver si tiene registrado un proceso de planificación anticipada de decisiones y/o una declaración de VVA. En caso afirmativo se consultará el RVVA y se actuará respetando los valores e instrucciones sanitarias contenidas en la declaración de voluntad vital anticipada (VVA) ^{(AG)16,1Z}.</p> <p>3.3 Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes </p>	<p>4</p>
Actividades	Características de calidad						
<p>3º ATENCIÓN EN EL SCCU-H</p>	<p>3.1 Se recomienda la aplicación de un protocolo para la evaluación completa de los/as pacientes con sospecha de ictus en un tiempo máximo de 60 minutos (tiempo puerta-aguja) desde su llegada al SCCU-H ^(Clase I. Nivel de evidencia B1Z).</p> <p>3.2 En caso de que el/la paciente se halle en situación de incapacidad de hecho, en la que no pueda expresar personalmente su voluntad y le impida tomar decisiones por sí mismo/a, se podrá consultar su historia de salud para ver si tiene registrado un proceso de planificación anticipada de decisiones y/o una declaración de VVA. En caso afirmativo se consultará el RVVA y se actuará respetando los valores e instrucciones sanitarias contenidas en la declaración de voluntad vital anticipada (VVA) ^{(AG)16,1Z}.</p> <p>3.3 Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes </p>						

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación														
18.La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE. Hay escalas de valoración, esto puede servirle al usuario profesional pero no hay folletos, guías rápidas, o herramientas educativas para el paciente o familiares/cuidadores	<p>ESCALA DE RANKIN MODIFICADA²²</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1104 284 1391 316">0 Sin síntomas</td> <td data-bbox="1395 284 1718 316"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 319 1391 351">1 Sin incapacidad importante</td> <td data-bbox="1395 319 1718 351">Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 354 1391 386">2 Incapacidad leve</td> <td data-bbox="1395 354 1718 386">Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 389 1391 421">3 Incapacidad moderada</td> <td data-bbox="1395 389 1718 421">Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma (p.ej. necesitando alguna ayuda).</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 424 1391 456">4 Incapacidad moderadamente severa</td> <td data-bbox="1395 424 1718 456">Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continua (p.ej. Incapaz de atender sus necesidades personales sin asistencia).</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 459 1391 491">5 Incapacidad severa</td> <td data-bbox="1395 459 1718 491">Totalmente dependiente, necesitando asistencia día y noche.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 494 1391 526">6 Muerte</td> <td data-bbox="1395 494 1718 526"></td> </tr> </table>	0 Sin síntomas		1 Sin incapacidad importante	Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.	2 Incapacidad leve	Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.	3 Incapacidad moderada	Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma (p.ej. necesitando alguna ayuda).	4 Incapacidad moderadamente severa	Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continua (p.ej. Incapaz de atender sus necesidades personales sin asistencia).	5 Incapacidad severa	Totalmente dependiente, necesitando asistencia día y noche.	6 Muerte		2
0 Sin síntomas																	
1 Sin incapacidad importante	Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.																
2 Incapacidad leve	Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.																
3 Incapacidad moderada	Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma (p.ej. necesitando alguna ayuda).																
4 Incapacidad moderadamente severa	Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continua (p.ej. Incapaz de atender sus necesidades personales sin asistencia).																
5 Incapacidad severa	Totalmente dependiente, necesitando asistencia día y noche.																
6 Muerte																	
19.Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las Recomendaciones.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.		4														
20.Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.		4														

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
21.La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Prefibrinólisis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se deberá monitorizar la PA cada 15 minutos <small>(Nivel de evidencia C)2</small>. • La PA debe ser \leq 185/110 mmHg antes de iniciar la infusión de rt-PA <small>(Clase I. Nivel de evidencia B)2</small>. • En caso de cifras de PA mayores de 185/110 mmHg mantenidas en dos determinaciones tomadas cada 5-10 minutos, administrar uno o dos bolos de 10-20 mg de labetalol i.v.. Si no descienden las cifras de PA no se realizará fibrinólisis <small>(AG)1</small>. • El tiempo máximo recomendado para la aplicación del tratamiento es de menos de 60 minutos desde su llegada al hospital (tiempo puerta-aguja) <small>(Clase I. Nivel de evidencia A)2</small> 	4
22.La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE ya que es sin ánimo de lucro.	<p>Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2015 Maquetación: Artefacto</p> 	4
23.Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Conflicto de Interés: Todos/as los/as autores/as han realizado una declaración de intereses, que consta en el Servicio de Calidad y Procesos.</p>	4

ANEXO 3


Guía de manejo práctico de la enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Valenciana ¹⁸			
Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
1.El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	Sí que hay un objetivo, pero es muy genérico.		3
2.Lo(s) aspectos(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	Están desarrolladas, pero en el índice debería estar todos los subapartados ya que está todo muy generalizado y te das cuenta a medida que vas leyendo la GPC y al no aparecer en el índice el lector podría desinteresarse por la guía.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Realizar una continua y variada actividad intelectual y física desde edades tempranas hasta las más avanzadas. ▶ Participar con entusiasmo en actividades sociales y de ocio. ▶ Consumir una dieta baja en grasas saturadas, con vegetales y frutas con contenido antioxidante, sin exceso de calorías y con contenido de ácidos grasos omega-3 al menos una vez a la semana. ▶ Abandonar el tabaco y consumir como máximo un vaso diario de vino a partir de edades medias. ▶ Controlar y tratar la HTA desde edades medias, evitando la hipotensión en mayores de 75 años. ▶ Detectar la hipercolesterolemia y tratarla con estatinas desde edades medias. 	3
3.Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	No describe a la población diana, lo único que puedes encontrar que ponga es: La guía recoge aspectos del diagnóstico, de la clínica y del tratamiento de la enfermedad de Alzheimer de manera rigurosa y útil.		1
4.El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	No se observa que profesión ejercen los profesionales solo se puede ver en qué servicio y hospital están.	<p>María Soledad Campillo Alpera Unidad de Memoria y Demencias. Hospital La Magdalena</p> <p>Dr. Vicente Medrano Martínez Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Virgen de la Salud de Elda</p> <p>Jorge Martínez Salvador Joaquín Escudero Torrella Gladis Esteve Blasco Carmen Pascual Calatayud Rocío Roselló Miranda Servicio de Psiquiatría. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia Unidad de Demencias. Servicio de Neurología. Consortio Hospital General Universitario. Valencia</p>	1

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	Esta guía que si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	1. Jack CR Jr, Albert MS, Knopman DS, McKhann GM, Sperling RA, Carrillo MC, et al. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease. <i>Alzheimers Dement.</i> 2011; 7(3):257-62.	4
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	Para ser una guía de Alzheimer debería de dirigirse a más de profesionales sanitarios por lo que no cumple con el ítem del protocolo AGREE.	sanitarias específicas. Su fin último es el de ofrecer al médico una serie de directrices con las que poder resolver, a través de la evidencia científica, los problemas que surgen diariamente con los pacientes. Hoy en día, los médicos de profesionales sanitarios. Hoy en día, los neurólogos disponemos de un repertorio de exploraciones complementarias que hacen posible un diagnóstico de la enfermedad más preciso y sobre todo más precoz. Derivado de ello, surgen pre-	1
7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana.	No ha sido probada entre los usuarios diana por lo que no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1
8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	Esta guía que no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1
9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	Esta guía que no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	Esta guía que no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	Esta guía que no cumple del todo con el ítem del protocolo AGREE pero sí que considera las precauciones.	Hasta el momento no se ha demostrado de una forma contundente la protección de los antihipertensivos sobre la enfermedad de Alzheimer, sin embargo, como no hay dudas de su efecto protector sobre la enfermedad cerebrovascular, la HTA debe ser tratada desde edades medias con la precaución de no disminuir en exceso la presión diastólica sobretodo en sujetos mayores de 75 años.	3
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Evidencia y recomendaciones específicas:</p> <p>Las guías internacionales de uso apropiado de la PET amiloide establecen que esta tiene utilidad en un grupo reducido de pacientes con deterioro cognitivo y sospecha de EA entre otras posibilidades diagnósticas y en los que la presencia o ausencia de depósito de amiloide puede alterar el manejo clínico. Este hecho implica que los pacientes han de someterse a una evaluación completa para demostrar objetivamente el déficit cognitivo y excluir otras causas que puedan explicarlo.</p> <p>Recomendación 1: Evaluación previa.</p> <p>Antes de solicitar una PET amiloide habría que caracterizar adecuadamente el SDR clínico y excluir otras causas que puedan justificar la sintomatología. Por tanto sería necesario realizar como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Evaluación clínica. ▶ Estudios analíticos para descartar causas tratables. ▶ Evaluación neuropsicológica que valore los diferentes dominios cognitivos. ▶ Estudio de neuroimagen (TC o RM cerebral). <p>Recomendación 2: Demencia de inicio precoz.</p> <p>La PET amiloide puede tener una utilidad en la evaluación de sujetos con deterioro cognitivo/demencia de inicio precoz. La PET amiloide puede ser útil para</p>	4
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE ya que no se nombra en ningún momento a revisores/autores externos.		1
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE ya que no se menciona ningún procedimiento para dicha actualización.		1

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
15.Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>1.5. Recomendaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Se recomienda el tratamiento con IACE (donepezilo 5-10 mg/día, galantamina 16-24 mg/día o rivastigmina 6-12 mg /día oral/ 4,6-9,5-13,3 mg/día transdérmica) en pacientes con EA leve-moderada. ▶ Puede utilizarse un IACE en la EA grave, aunque la evidencia de su beneficio es menor. ▶ Se recomienda el tratamiento con memantina 20 mg/día en pacientes con EA moderada- grave. ▶ Se recomienda la adición de memantina en pacientes con EA de moderada a grave, tratados con IACE a dosis estables en terapia combinada. ▶ Se recomienda evaluar de forma individual la suspensión del tratamiento farmacológico específico al no existir actualmente guías de consenso de actuación. 	4
16.Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE aunque para saber que si cumple con el ítem tienes que ir a los apartados para ver los subapartados.	<p>2. Criterios diagnósticos de enfermedad de Alzheimer José Francisco Vázquez Costa y Ana Isabel Cuevas Jiménez</p> <p>3. Exploraciones complementarias Md. Martínez Lozano y C. Peiró Vilaplana</p> <p>4. El papel de la atención primaria en la asistencia al deterioro cognitivo. Criterios de derivación a atención especializada Silvia Roig Morata y Vicente Peset Mancebo</p> <p>5. Prevención primaria en la enfermedad de Alzheimer Begoña López Pesquera y José Miguel Santonja Llabata</p> <p>6. Deterioro cognitivo ligero y enfermedad de Alzheimer prodromica Miguel Baquero Toledo</p> <p>7. Tratamiento farmacológico y no farmacológico específico de la enfermedad de Alzheimer I. Abellán Miralles, G. González Caballero y M.J Sáenz Sanjuan</p> <p>8. Avances en entrenamiento cognitivo: neuromodulación (tDCS), mindfulness y realidad virtual Raül Espert, Sara Villalba y Javier Oltra, Marién Gadea</p> <p>9. Manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias Jorge Martínez Salvador, Joaquín Escudero Torrella,</p>	4
17.Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p><u>Recomendación 4:</u> Formas atípicas.</p> <p>El uso de PET amiloide puede aumentar el grado de certeza diagnóstica en algunos pacientes con ciertas formas de afasia progresiva primaria y en casos de atrofia cortical posterior en los que hay sospecha de EA y el resto de la evaluación no es suficiente para hacer el diagnóstico.</p> <p><u>Recomendación 5:</u> Usos inapropiados.</p>	4

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación																																		
18.La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE pero sí que hay información en el que puede ser útil al lector para una consulta rápida.	<p style="text-align: center;">Tabla 1. Diagnóstico Diferencial entre Depresión y Demencia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e6e6fa;">Depresión</th> <th style="background-color: #e6e6fa;">Demencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cualquier edad</td> <td>Excepcional antes de los 45</td> </tr> <tr> <td>Inicio en un periodo concreto en semanas</td> <td>Inicio impreciso, lento, en meses, años</td> </tr> <tr> <td>Progresión rápida</td> <td>Progresión lenta</td> </tr> <tr> <td>La familia es consciente del trastorno y su gravedad</td> <td>La familia lo desconoce durante mucho tiempo</td> </tr> <tr> <td>Frecuentes antecedentes psiquiátricos</td> <td>Menor frecuencia de antecedentes psiquiátricos</td> </tr> <tr> <td>Suelen recibir atención médica poco después de la aparición del cuadro</td> <td>Hay un periodo largo de tiempo hasta que recibe tratamiento médico</td> </tr> <tr> <td>Quejas de tristeza</td> <td>Alteración afectiva fluctuante</td> </tr> <tr> <td>Frecuentes y detalladas quejas de pérdidas cognitivas</td> <td>Quejas escasas y vagas</td> </tr> <tr> <td>Enfatiza sus incapacidades y exagera sus fracasos</td> <td>El paciente oculta sus incapacidades, muestra satisfacción por lo que hace aunque sea sencillo y trivial</td> </tr> <tr> <td>Realiza escasos esfuerzos, dando respuestas del tipo "no se"</td> <td>Se esfuerza, aunque da respuestas aproximadamente y erróneas</td> </tr> <tr> <td>Comunica un sentimiento de sufrimiento</td> <td>Parece no estar afectado ni preocupado</td> </tr> <tr> <td>Pérdida rápida de habilidades sociales</td> <td>Mantenimiento relativo de habilidades sociales.</td> </tr> <tr> <td>La conducta a veces es incongruente con la escasa gravedad del deterioro cognitivo</td> <td>La conducta es congruente con el grado de deterioro cognitivo</td> </tr> <tr> <td>Infrecuente agravamiento nocturno</td> <td>Frecuente agravamiento nocturno</td> </tr> <tr> <td>Afectación similar de la memoria remota y la memoria reciente</td> <td>Mayor afectación de la memoria reciente</td> </tr> <tr> <td>Atención y concentración bien conservadas</td> <td>Pérdida de la atención y la concentración</td> </tr> </tbody> </table>	Depresión	Demencia	Cualquier edad	Excepcional antes de los 45	Inicio en un periodo concreto en semanas	Inicio impreciso, lento, en meses, años	Progresión rápida	Progresión lenta	La familia es consciente del trastorno y su gravedad	La familia lo desconoce durante mucho tiempo	Frecuentes antecedentes psiquiátricos	Menor frecuencia de antecedentes psiquiátricos	Suelen recibir atención médica poco después de la aparición del cuadro	Hay un periodo largo de tiempo hasta que recibe tratamiento médico	Quejas de tristeza	Alteración afectiva fluctuante	Frecuentes y detalladas quejas de pérdidas cognitivas	Quejas escasas y vagas	Enfatiza sus incapacidades y exagera sus fracasos	El paciente oculta sus incapacidades, muestra satisfacción por lo que hace aunque sea sencillo y trivial	Realiza escasos esfuerzos, dando respuestas del tipo "no se"	Se esfuerza, aunque da respuestas aproximadamente y erróneas	Comunica un sentimiento de sufrimiento	Parece no estar afectado ni preocupado	Pérdida rápida de habilidades sociales	Mantenimiento relativo de habilidades sociales.	La conducta a veces es incongruente con la escasa gravedad del deterioro cognitivo	La conducta es congruente con el grado de deterioro cognitivo	Infrecuente agravamiento nocturno	Frecuente agravamiento nocturno	Afectación similar de la memoria remota y la memoria reciente	Mayor afectación de la memoria reciente	Atención y concentración bien conservadas	Pérdida de la atención y la concentración	2
Depresión	Demencia																																				
Cualquier edad	Excepcional antes de los 45																																				
Inicio en un periodo concreto en semanas	Inicio impreciso, lento, en meses, años																																				
Progresión rápida	Progresión lenta																																				
La familia es consciente del trastorno y su gravedad	La familia lo desconoce durante mucho tiempo																																				
Frecuentes antecedentes psiquiátricos	Menor frecuencia de antecedentes psiquiátricos																																				
Suelen recibir atención médica poco después de la aparición del cuadro	Hay un periodo largo de tiempo hasta que recibe tratamiento médico																																				
Quejas de tristeza	Alteración afectiva fluctuante																																				
Frecuentes y detalladas quejas de pérdidas cognitivas	Quejas escasas y vagas																																				
Enfatiza sus incapacidades y exagera sus fracasos	El paciente oculta sus incapacidades, muestra satisfacción por lo que hace aunque sea sencillo y trivial																																				
Realiza escasos esfuerzos, dando respuestas del tipo "no se"	Se esfuerza, aunque da respuestas aproximadamente y erróneas																																				
Comunica un sentimiento de sufrimiento	Parece no estar afectado ni preocupado																																				
Pérdida rápida de habilidades sociales	Mantenimiento relativo de habilidades sociales.																																				
La conducta a veces es incongruente con la escasa gravedad del deterioro cognitivo	La conducta es congruente con el grado de deterioro cognitivo																																				
Infrecuente agravamiento nocturno	Frecuente agravamiento nocturno																																				
Afectación similar de la memoria remota y la memoria reciente	Mayor afectación de la memoria reciente																																				
Atención y concentración bien conservadas	Pérdida de la atención y la concentración																																				
19.Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las Recomendaciones.	No ha habido ninguna discusión sobre cambios en la organización de la asistencia dentro de los servicios o unidad pero en algún momento si que se nombra que debería de intervenir alguna unidad específica.	Los cuidados paliativos deberían asumirse por todos los profesionales sanitarios y servicios sociales, siendo deseable la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales e incluso la intervención de unidades específicas de cuidados paliativos para necesidades más complejas. Deben administrarse preferiblemente en el domicilio.	1																																		
20.Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	en la asistencia disponibles. En algunas enfermedades su utilidad es evidente: en procesos con gran impacto social y económico en los que no existe unanimidad en la forma de ser abordados más si están implicados varios niveles asistenciales o en entidades donde las pruebas diagnósticas o los tratamientos produzcan efectos adversos o costes que resulta imprescindible valorar.	4																																		

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
21.La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Se recomienda el tratamiento con memantina 20 mg/día en pacientes con EA moderada-grave.</p>	4
22.La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE ya que colabora una empresa de suplementos nutricionales.	<p>En colaboración con:</p> 	1
23.Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE ya que no aparece en la guía.		1

ANEXO 4

Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias ¹⁹			
Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
1.El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	Sí que hay un objetivo general y varios específicos descritos.	<p>Objetivo</p> <p>Elaborar una GPC basada en la evidencia sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias con un alcance de ámbito nacional que ofrezca “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica” integrando de manera coordinada los diferentes dispositivos sanitarios del SNS implicados.</p> <p>Objetivos secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la equidad en la atención sanitaria y social de las personas afectadas de demencia y de sus familias, con independencia de su edad, sexo, posición social, educación y cultura. • Disminuir la variabilidad de la práctica clínica en la atención integral de las demencias, tanto en sus aspectos diagnósticos como en su manejo terapéutico. • Ofrecer una atención integral e integrada a la persona, familiares y a su entorno con una visión multiinterdisciplinar, valorando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales (aproximación biopsicosocial). • Mejorar las habilidades clínicas de los profesionales sanitarios y sociales implicados en la atención de las personas con demencia y sus familiares. • Utilizar las más actuales opciones de diagnóstico y tratamiento basados en la mejor evidencia científica y en el consenso de expertos. • Evaluar la eficacia, seguridad y eficiencia de las diferentes técnicas de diagnóstico y de las propuestas terapéuticas farmacológicas (específicas y sintomáticas) y no farmacológicas. • Proporcionar información útil para la toma de decisiones a la población, personas afectadas de deterioro cognitivo ligero o demencia, familiares de las personas afectadas, cuidadores, profesionales de la salud y servicios sociales y otros profesionales relacionados con la atención de la demencia en alguno de sus aspectos. • Desarrollar indicadores de calidad asistencial que permitan evaluar la implementación de las recomendaciones establecidas en la GPC. • Establecer recomendaciones para incrementar el conocimiento de todos los profesionales implicados a nivel de la formación de pregraduado, posgraduado y formación continuada. • Elaborar un material informativo general y específico para las personas afectadas por demencia y sobre todo para sus familiares y cuidadores, que les permita conocer mejor el proceso de la demencia en su globalidad y en cada uno de aquellos elementos que inciden en el curso de la enfermedad. 	4

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación																																				
2.Lo(s) aspectos(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Recomendaciones</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Tratamientos hormonales</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>No se recomiendan las terapias hormonales (ACTH, prednisona, estrógenos, dehidroepiandrosterona) como tratamiento de la EA.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">AINÉ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>No se recomiendan el ibuprofeno, indometacina o dosis bajas de naproxeno como tratamiento de la EA.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Piracetam</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>No se recomienda el piracetam como tratamiento de la EA.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Propentofilina</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>No se recomienda la propentofilina como tratamiento de la EA o la DV.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Nimodipino</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>No se recomienda el nimodipino como tratamiento de la DV.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Selegilina</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>No se recomienda la selegilina como tratamiento de la EA.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Ibedenona</td> </tr> <tr> <td colspan="2">No se recomienda la ibedenona como tratamiento de la EA.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Dihidroergotoxina mesilato</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>No se recomienda la dihidroergotoxina mesilato como tratamiento de EA o de la DV.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>Las intervenciones cognitivas individuales son recomendables para estabilizar la función cognitiva y funcionalidad de los sujetos con EA.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-</td> <td>No es posible recomendar el uso de intervenciones individuales frente a las intervenciones en grupo o viceversa.</td> </tr> </table>	Tratamientos hormonales		A	No se recomiendan las terapias hormonales (ACTH, prednisona, estrógenos, dehidroepiandrosterona) como tratamiento de la EA.	AINÉ		A	No se recomiendan el ibuprofeno, indometacina o dosis bajas de naproxeno como tratamiento de la EA.	Piracetam		A	No se recomienda el piracetam como tratamiento de la EA.	Propentofilina		A	No se recomienda la propentofilina como tratamiento de la EA o la DV.	Nimodipino		B	No se recomienda el nimodipino como tratamiento de la DV.	Selegilina		A	No se recomienda la selegilina como tratamiento de la EA.	Ibedenona		No se recomienda la ibedenona como tratamiento de la EA.		Dihidroergotoxina mesilato		B	No se recomienda la dihidroergotoxina mesilato como tratamiento de EA o de la DV.	B	Las intervenciones cognitivas individuales son recomendables para estabilizar la función cognitiva y funcionalidad de los sujetos con EA.	-	No es posible recomendar el uso de intervenciones individuales frente a las intervenciones en grupo o viceversa.	4
Tratamientos hormonales																																							
A	No se recomiendan las terapias hormonales (ACTH, prednisona, estrógenos, dehidroepiandrosterona) como tratamiento de la EA.																																						
AINÉ																																							
A	No se recomiendan el ibuprofeno, indometacina o dosis bajas de naproxeno como tratamiento de la EA.																																						
Piracetam																																							
A	No se recomienda el piracetam como tratamiento de la EA.																																						
Propentofilina																																							
A	No se recomienda la propentofilina como tratamiento de la EA o la DV.																																						
Nimodipino																																							
B	No se recomienda el nimodipino como tratamiento de la DV.																																						
Selegilina																																							
A	No se recomienda la selegilina como tratamiento de la EA.																																						
Ibedenona																																							
No se recomienda la ibedenona como tratamiento de la EA.																																							
Dihidroergotoxina mesilato																																							
B	No se recomienda la dihidroergotoxina mesilato como tratamiento de EA o de la DV.																																						
B	Las intervenciones cognitivas individuales son recomendables para estabilizar la función cognitiva y funcionalidad de los sujetos con EA.																																						
-	No es posible recomendar el uso de intervenciones individuales frente a las intervenciones en grupo o viceversa.																																						
3.Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Población diana</p> <p>Esta GPC se centra en la atención integral de personas afectadas por demencia, sea cual sea la edad de inicio de su proceso, a sus familiares y cuidadores. Se incluyen los menores de 65 años por tener manifestaciones clínicas diferentes y una importante repercusión social. Las entidades clínicas que se abordan con más detalle son: enfermedad de Alzheimer (EA), demencia vascular (DV), demencia asociada a la enfermedad de Parkinson (PDD), demencia con cuerpos de Lewy (DLB) y degeneración lobular frontotemporal (DLFT).</p>	4																																				
4.El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>M.^a Rosa Giner Quiñonero, presidenta Associació de Familiars d'Alzheimer del Baix Llobregat (Barcelona)</p> <p>Xavier Gómez-Batiste, oncólogo, director del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Programas Públicos de Cuidados Paliativos, Hospitalet de Llobregat (Barcelona),</p> <p>Antonia González Castilla, posgraduada en demencias y Alzheimer, Associació de Familiars d'Alzheimer del Baix Llobregat (Barcelona)</p> <p>M.^a Jesús González Moneo, médico de familia, Centro Atención Primaria San Martín (Barcelona)</p> <p>Jaime Kulisevsky Bojarski, neurólogo, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)</p>	4																																				

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación		
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	M. ^a Rosa Giner Quiñonero, presidenta Associació de Familiars d'Alzheimer del Baix Llobregat (Barcelona)	3		
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de la salud que tienen contacto directo y han de tomar decisiones para atender a personas afectadas de demencia (médicos de familia, neurólogos, geriatras, psiquiatras, neuropsicólogos, psicólogos, enfermeros, farmacéuticos, internistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc.). • Profesionales de otros ámbitos que tienen contacto directo con las personas afectadas de demencia (servicios sociales, medios de comunicación, justicia, etc.). 	4		
7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana.	No ha sido probada entre los usuarios diana por lo que no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1		
8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	Búsqueda bibliográfica en: Pubmed/Medline, The Cochrane Library, Psycinfo, Scopus, Tripdatabase, CMA Infobase (Canada), GuíaSalud Biblioteca de GPC del SNS, International Guidelines Library (GIN), National Electronic Library for Health y U.S. National Guidelines Clearinghouse. Periodo temporal: desde enero de 2006 hasta febrero de 2009. Idiomas: castellano, catalán, francés, inglés e italiano. En una primera fase se ha realizado una búsqueda preliminar de GPC y revisiones sistemáticas en las bases de datos mencionadas anteriormente. Se identificaron GPC, que	4		
9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	En una segunda fase, se ha realizado una búsqueda ampliada de estudios originales (ensayo controlado aleatorio, ECA; estudios de cohortes, estudios de casos y controles, etc.) hasta julio de 2009. Posteriormente, se han creado alertas de búsqueda en Pubmed para identificar los estudios relevantes en las revistas biomédicas de mayor impacto así como se ha consultado a todo el grupo de trabajo hasta el mes de mayo de 2010, fecha de cierre del primer borrador de la guía.	4		
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	Formulación de recomendaciones basada en la "evaluación formal" o "juicio razonado" de SIGN. La clasificación de la evidencia y la graduación de las recomendaciones se ha realizado con el sistema de SIGN. Para las preguntas de diagnóstico se ha utilizado el sistema del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford (grado A: nivel de evidencia Ia o Ib [en la guía consta como 2++]; grado B: nivel de evidencia II [en la guía consta como 2+]; grado C: nivel de evidencia III [en la guía consta como 2-]; grado D: nivel de evidencia IV [en la guía consta como 3 o 4]) que es el sugerido por el Manual de elaboración de GPC del SNS para los estudios de pruebas diagnósticas. ¹² Las recomendaciones controvertidas o con ausencia de evidencia se han resuelto por consenso simple del grupo elaborador.	4		
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<table border="1"> <tr> <td>B</td> <td>En pacientes afectos de PDD, el tratamiento con donepezilo y memantina se asoció a una tasa de efectos adversos similares al grupo placebo, a diferencia de rivastigmina, que mostró una tasa mayor de efectos secundarios, aumento de temblor y una menor tasa de mortalidad que el grupo placebo.</td> </tr> </table>	B	En pacientes afectos de PDD, el tratamiento con donepezilo y memantina se asoció a una tasa de efectos adversos similares al grupo placebo, a diferencia de rivastigmina, que mostró una tasa mayor de efectos secundarios, aumento de temblor y una menor tasa de mortalidad que el grupo placebo.	4
B	En pacientes afectos de PDD, el tratamiento con donepezilo y memantina se asoció a una tasa de efectos adversos similares al grupo placebo, a diferencia de rivastigmina, que mostró una tasa mayor de efectos secundarios, aumento de temblor y una menor tasa de mortalidad que el grupo placebo.				

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación										
<p>12.Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.</p>	<p>Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.</p>	<p>Resumen de evidencia</p> <table border="1" data-bbox="1111 293 1756 446"> <tr> <td data-bbox="1111 293 1173 370">1+/ 1+</td> <td data-bbox="1173 293 1756 370">El tratamiento con IACE y con otros fármacos como AINE, estrógenos, ginkgo biloba o vitamina E no ha demostrado beneficio sintomático ni modificación del riesgo de progresión a demencia en pacientes con DCL en ECA de calidad.⁶⁹</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1111 370 1173 446">1+/1-/ 2+/2-</td> <td data-bbox="1173 370 1756 446">Los programas de estimulación cognitiva o de ejercicio físico no han aportado evidencia consistente de que pueden evitar la progresión a demencia en estudios de calidad variable y con limitaciones metodológicas.⁶⁹</td> </tr> </table> <p>Recomendaciones</p> <table border="1" data-bbox="1111 504 1756 686"> <tr> <td data-bbox="1111 504 1173 561">A</td> <td data-bbox="1173 504 1756 561">No se recomienda actualmente el uso de IACE para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1111 561 1173 635">A</td> <td data-bbox="1173 561 1756 635">No se recomienda actualmente el uso de AINE, terapia sustitutiva con estrógenos, ginkgo biloba o vitamina E para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1111 635 1173 686">C</td> <td data-bbox="1173 635 1756 686">No hay suficiente evidencia para recomendar la estimulación cognitiva ni el ejercicio físico para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia.</td> </tr> </table>	1+/ 1+	El tratamiento con IACE y con otros fármacos como AINE, estrógenos, ginkgo biloba o vitamina E no ha demostrado beneficio sintomático ni modificación del riesgo de progresión a demencia en pacientes con DCL en ECA de calidad. ⁶⁹	1+/1-/ 2+/2-	Los programas de estimulación cognitiva o de ejercicio físico no han aportado evidencia consistente de que pueden evitar la progresión a demencia en estudios de calidad variable y con limitaciones metodológicas. ⁶⁹	A	No se recomienda actualmente el uso de IACE para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia.	A	No se recomienda actualmente el uso de AINE, terapia sustitutiva con estrógenos, ginkgo biloba o vitamina E para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia.	C	No hay suficiente evidencia para recomendar la estimulación cognitiva ni el ejercicio físico para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia.	<p>4</p>
1+/ 1+	El tratamiento con IACE y con otros fármacos como AINE, estrógenos, ginkgo biloba o vitamina E no ha demostrado beneficio sintomático ni modificación del riesgo de progresión a demencia en pacientes con DCL en ECA de calidad. ⁶⁹												
1+/1-/ 2+/2-	Los programas de estimulación cognitiva o de ejercicio físico no han aportado evidencia consistente de que pueden evitar la progresión a demencia en estudios de calidad variable y con limitaciones metodológicas. ⁶⁹												
A	No se recomienda actualmente el uso de IACE para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia.												
A	No se recomienda actualmente el uso de AINE, terapia sustitutiva con estrógenos, ginkgo biloba o vitamina E para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia.												
C	No hay suficiente evidencia para recomendar la estimulación cognitiva ni el ejercicio físico para evitar o retrasar la progresión de DCL a demencia.												
<p>13.La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.</p>	<p>Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.</p>	<p>Revisión externa</p> <p>Rafael Blesa González, neurólogo, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)</p> <p>Mercè Boada Rovira, neuróloga, Fundació ACE, Institut Català de Neurociències Aplicades, Hospital Universitari Vall d'Hebron-Institut de Recerca, Universitat Autònoma de Barcelona (VHIR-UAB) (Barcelona)</p> <p>Luis Ignacio Brusco, psiquiatra, Facultad de Medicina de Buenos Aires (Argentina)</p>	<p>4</p>										
<p>14.Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.</p>	<p>Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.</p>	<p>En los últimos años se han realizado avances importantes en clínica, genética y técnicas de diagnóstico mediante estudios en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y pruebas de neuroimagen; también se está a la espera de publicaciones sobre la eficacia de nuevos fármacos. Esta tendencia sin duda va a continuar en los próximos años, por lo que será necesario revisar y reeditar esta guía en un plazo no superior a 5 años si se produce algún avance significativo, sin que se descarte una actualización más precoz en su edición electrónica.</p>	<p>4</p>										
<p>15.Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.</p>	<p>Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE, aunque la gran mayoría de las recomendaciones no son tan específicas como los ejemplos del protocolo.</p>	<table border="1" data-bbox="1111 1110 1783 1184"> <tr> <td data-bbox="1111 1110 1173 1184">A</td> <td data-bbox="1173 1110 1783 1184">Se recomienda el tratamiento con IACE (donepezilo 5-10 mg/día, galantamina 16-24 mg/día o rivastigmina 6-12 mg/día oral/4,6-9,5 mg/día transdérmica) en pacientes con EA leve o moderada.</td> </tr> </table>	A	Se recomienda el tratamiento con IACE (donepezilo 5-10 mg/día, galantamina 16-24 mg/día o rivastigmina 6-12 mg/día oral/4,6-9,5 mg/día transdérmica) en pacientes con EA leve o moderada.	<p>3</p>								
A	Se recomienda el tratamiento con IACE (donepezilo 5-10 mg/día, galantamina 16-24 mg/día o rivastigmina 6-12 mg/día oral/4,6-9,5 mg/día transdérmica) en pacientes con EA leve o moderada.												

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
16.Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Uso de fármacos:</p> <p>Estatinas. Hipercolesterolemia.</p> <p>Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)</p> <p>Aunque una RS no encontró diferencias estadísticamente significativas entre el consumo crónico de AINE y un menor riesgo de padecer EA o demencia en general, una RS más amplia y reciente estima que la exposición a AINE se asocia a una disminución del riesgo de demencia por cualquier causa en estudios prospectivos (RR 0,74) y no prospectivos (OR 0,51). El riesgo es similar en ibuprofeno, que reduce el péptido Aβ-42, y el naproxeno, que no lo reduce.⁹²</p> <p>Benzodiazepinas</p> <p>Los resultados de los estudios son inconsistentes. Algunos estudios prospectivos estiman un incremento del riesgo de demencia, mientras que en otros hay una reducción.⁹²</p> <p>Vacunas</p> <p>Datos del Canadian Study of Health and Aging mostraron que los sujetos que habían sido vacunados en el pasado de difteria, tétanos, poliomielitis o gripe tenían menor riesgo de desarrollar EA que los no vacunados.⁹²</p> <p>Vitaminas para la hiperhomocisteinemia. Hiperhomocisteinemia.</p> <p>Terapia hormonal sustitutiva (THS)</p> <p>Una RS Cochrane¹¹⁵ y un MA de estudios observacionales y de ECA¹¹⁶ no observaron beneficio consistente de la THS sobre la cognición y el</p> <p>RS de estudio observacional; 2++</p> <p>Estudio observacional, 2-</p> <p>Estudio observacional, 2-</p> <p>RS y MA de estudio</p>	4
17.Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Recomendaciones</p> <p>C El estudio genético predictivo se puede realizar en sujetos mayores de edad, con riesgo de ser portadores de una mutación patogénica conocida causante de demencia que así lo deseen, tras consentimiento informado por escrito y asesoramiento genético multidisciplinar previo al análisis genético y seguimiento posterior.</p>	4
18.La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>16. Difusión e implementación</p> <p>Las GPC son útiles para mejorar la asistencia y los resultados en los pacientes. El gran reto en la actualidad es conseguir la adherencia de los profesionales. Para ello es fundamental una estrategia de implementación dirigida a vencer las barreras existentes en el medio en el que se va a aplicar.</p> <p>La GPC consta de tres versiones para profesionales de la salud: la completa, la resumida y la rápida. Las dos primeras disponen de información para pacientes. Todas las versiones de la GPC se editan en formato electrónico y se tiene acceso a través de la página web de GuíaSalud y la de la AIAQS. La versión resumida y la guía rápida se editan también en papel. La versión resumida contiene un CD-ROM con la versión completa de la guía.</p>	4
19.Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las Recomendaciones.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>B Se recomienda derivar a servicios especializados (psicología, psiquiatría, etc.) a la persona con duelo complicado para que reciba atención específica y estructurada.</p>	4

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación		
20.Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	Verdadera enfermedad de la familia y una enfermedad de la sociedad. La atención a las personas con demencia y a sus familiares exige un abordaje multidisciplinar, con participación activa de todos los profesionales implicados; debe ser integrada y debe garantizar el <i>continuum asistencial</i> de manera que la participación de cada profesional y recurso se adapte a las necesidades cambiantes del paciente y los cuidadores en cada fase evolutiva de la enfermedad. La norma debe ser el intercambio coordinado, flexible y eficaz de conocimientos y de recursos entre los profesionales del ámbito sociosanitario, puesto a disposición de personas enfermas y de cuidadores.	4		
21.La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria.	Desde el punto de vista de la autora del trabajo no está muy de acuerdo con este punto ya que las únicas mediciones que se pueden ver son de fármacos.	<table border="1" data-bbox="1111 512 1872 600"> <tr> <td data-bbox="1111 512 1182 600">A</td> <td data-bbox="1182 512 1872 600">Se recomienda el tratamiento con IACE (donepezilo 5-10 mg/día, galantamina 16-24 mg/día o rivastigmina 6-12 mg/día oral/4,6-9,5 mg/día transdérmica) en pacientes con EA leve o moderada.</td> </tr> </table>	A	Se recomienda el tratamiento con IACE (donepezilo 5-10 mg/día, galantamina 16-24 mg/día o rivastigmina 6-12 mg/día oral/4,6-9,5 mg/día transdérmica) en pacientes con EA leve o moderada.	2
A	Se recomienda el tratamiento con IACE (donepezilo 5-10 mg/día, galantamina 16-24 mg/día o rivastigmina 6-12 mg/día oral/4,6-9,5 mg/día transdérmica) en pacientes con EA leve o moderada.				
22.La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE	Esta GPC ha sido financiada mediante el convenio suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS, antes Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, AATRM) de Cataluña, en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.	4		
23.Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<h3 data-bbox="1111 818 1693 863">Anexo 5. Conflicto de interés</h3> <p data-bbox="1111 903 1794 927">Grupo de trabajo de la GPC sobre enfermedad de Alzheimer y otras demencias</p> <p data-bbox="1111 930 1877 1230">Daniel Andrés Alcolea, ha recibido apoyo de los laboratorios Pfizer, Janssen y Novartis para acudir a congresos, también ha recibido honorarios de Angelini por su participación, como ponente en congresos, así como ayuda económica por parte de Pfizer y Janssen para la financiación de una colaboración en estudios clínicos. Félix Bermejo Pareja, ha asesorado y colaborado en ensayos clínicos, estudios, simposios o monografías científicas patrocinadas por los siguientes laboratorios: AstraZeneca, Bayer, Delangrange-Synthelabo, Eisai, Esteve, Ferrer Internacional, Glaxo Wellcome, Grünenthal (Andrómaco), Hoechst MR, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, Novartis, Parke Davis, Pfizer, Pierre Fabre, Servier, SKB, UCB Pharma, Uriach y Wyeth Research así como en fundaciones ligadas a la industria o a corporaciones privadas: Fundación Mutua Madrileña y Fundación Pfizer. Albert Lleó Bisa, ha recibido apoyo de los laboratorios Pfizer y Janssen para acudir a congresos, también ha recibido honorarios de Esteve, Novartis y Janssen por su participación como ponente en</p>	4		

ANEXO 5


Guía de actuación en pacientes con Esclerosis Múltiple ²⁰															
Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación												
1.El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	No aparece ningún objetivo en la guía, pero leyendo la presentación de la guía se puede sobre entender cuál es la intención de crear esta guía.	<p>En este contexto, desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, promueve la elaboración de una Guía de Práctica Clínica para orientar a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones y disminuir la variabilidad en la atención a las personas con esta patología.</p> <p>Esta Guía es una herramienta importante para la mejora en la toma de decisiones en la asistencia a estos pacientes y esperamos que contribuya a una mejor calidad asistencial a las personas con Esclerosis Múltiple y a sus familiares en nuestra Comunidad Autónoma.</p> <p>4.2.4. <i>Inmunoglobulinas</i> (Situaciones especiales no incluidas en FT).⁷⁸</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FORMAS CLÍNICAS</th> <th>RECOMENDACIONES</th> <th>DOSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente</td> <td>Como segunda línea de tratamiento en pacientes que no toleren tratamientos IM o SC (Interferón vs AG).</td> <td>0.15-0.2 g/Kg cada 4 semanas durante 2 años</td> </tr> <tr> <td>Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva</td> <td>No debe ser recomendada.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reducción de brotes en posparto</td> <td></td> <td>0.4 g/kg durante 5 días administrados en la semana 32 a 38 semanas de gestación.</td> </tr> </tbody> </table>	FORMAS CLÍNICAS	RECOMENDACIONES	DOSIS	Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente	Como segunda línea de tratamiento en pacientes que no toleren tratamientos IM o SC (Interferón vs AG).	0.15-0.2 g/Kg cada 4 semanas durante 2 años	Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva	No debe ser recomendada.		Reducción de brotes en posparto		0.4 g/kg durante 5 días administrados en la semana 32 a 38 semanas de gestación.	1
FORMAS CLÍNICAS	RECOMENDACIONES	DOSIS													
Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente	Como segunda línea de tratamiento en pacientes que no toleren tratamientos IM o SC (Interferón vs AG).	0.15-0.2 g/Kg cada 4 semanas durante 2 años													
Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva	No debe ser recomendada.														
Reducción de brotes en posparto		0.4 g/kg durante 5 días administrados en la semana 32 a 38 semanas de gestación.													
2.Lo(s) aspecto(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>FORMAS CLÍNICAS</th> <th>RECOMENDACIONES</th> <th>DOSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente</td> <td>Como segunda línea de tratamiento en pacientes que no toleren tratamientos IM o SC (Interferón vs AG).</td> <td>0.15-0.2 g/Kg cada 4 semanas durante 2 años</td> </tr> <tr> <td>Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva</td> <td>No debe ser recomendada.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reducción de brotes en posparto</td> <td></td> <td>0.4 g/kg durante 5 días administrados en la semana 32 a 38 semanas de gestación.</td> </tr> </tbody> </table>	FORMAS CLÍNICAS	RECOMENDACIONES	DOSIS	Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente	Como segunda línea de tratamiento en pacientes que no toleren tratamientos IM o SC (Interferón vs AG).	0.15-0.2 g/Kg cada 4 semanas durante 2 años	Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva	No debe ser recomendada.		Reducción de brotes en posparto		0.4 g/kg durante 5 días administrados en la semana 32 a 38 semanas de gestación.	4
FORMAS CLÍNICAS	RECOMENDACIONES	DOSIS													
Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente	Como segunda línea de tratamiento en pacientes que no toleren tratamientos IM o SC (Interferón vs AG).	0.15-0.2 g/Kg cada 4 semanas durante 2 años													
Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva	No debe ser recomendada.														
Reducción de brotes en posparto		0.4 g/kg durante 5 días administrados en la semana 32 a 38 semanas de gestación.													
3.Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>En su contenido se han tenido en cuenta las distintas formas de presentación de la enfermedad. Se ha hecho una distinción entre pacientes con inicio de la Esclerosis Múltiple en la edad pediátrica y adulta cuando se ha considerado necesario, se han revisado y actualizado los criterios clínicos diagnósticos así como los criterios radiológicos, se han actualizado tratamientos, y se han incorporado aspectos de la Esclerosis Múltiple en el embarazo, en la lactancia, en relación con la anticoncepción, en las vacunas y otros. Además, se ha incorporado un díptico informativo para los profesionales de Atención Primaria, que facilitará la toma de decisiones ante los casos clínicos sospechosos.</p>	4												

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
4.El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p><i>Neurólogos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cristina CROISSIER ELÍAS, Neuróloga del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). • Miguel Ángel HERNÁNDEZ PÉREZ, Neurólogo del Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de Candelaria (CHUNSC). <p><i>Radiólogos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Adela RODRÍGUEZ FUENTES, Radióloga del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). • Emilio OTERMÍN DOMÍNGUEZ, Radiólogo del Complejo Hospitalario de Gran Canaria Dr. Negrín (CHU Doctor Negrín). <p><i>Farmacéuticos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alicia Díez DEL PINO, Farmacéutica del Complejo Hospitalario Insular de Gran Canaria. (CHUIMI) • Gábor Amelia CALLEJÓN CALLEJÓN, Farmacéutica del Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de Candelaria (CHUNSC). <p><i>Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bernardo E. MACÍAS GUTIÉRREZ, Director General de Programas Asistenciales. • M. Teresa FLÓREZ-ESTRADA FERNÁNDEZ, Jefa de Servicio de Atención Especializada. 	4
5.Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1
6.Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE. El profesional sanitario que vaya a utilizar la guía no puede saber enseguida si le va a ser útil o no según su profesión, no especifica para quien le puede servir la guía.		1
7.La guía ha sido probada entre los usuarios diana.	No ha sido probada entre los usuarios diana por lo que no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE. Para poder ver si se cumple o no el ítem se tiene que ir al final de la guía y se puede comprobar que no aparece como se ha realizado la búsqueda de las guías.	<p>10. BIBLIOGRAFIA</p> <p>Esta guía se ha basado en las siguientes Guías de Esclerosis Múltiple:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>EFNS guidelines for the use of intravenous immunoglobulin in treatment of neurological diseases</i>: EFNS task force on the use of intravenous immunoglobulin in treatment of neurological diseases. 2008 European Journal of Neurology: The Official Journal of the European Federation of Neurological Societies, 15(9), 893-908. http://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2008.02246.x. • <i>Evidence-based guideline: assessment and management of psychiatric disorders in individuals with MS</i>. report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2014, 82(2), 174-181. http://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000013. • <i>EAU guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction</i>. 2009 European Urology, 56(1), 81-88. http://doi.org/10.1016/j.eururo. • <i>Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance</i>. United Kingdom Medical Eligibility Criteria (UKMEC). March 2015 ISSN 1755-103X. http://www.fsrh.org/pages/clinical_guidance.asp • <i>Guía de práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple</i>. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut 1ª edición: Barcelona, XXX 2013 Depósito legal: B.4794-2013. http://www.cem-cat.org/wp-content/uploads/2014/09/GUIA_EM_RAPIDA.pdf 	1
9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	No se ha hecho una inclusión o exclusión de evidencias ni de guías, sino que se ha seleccionado de las guías más actuales encontradas lo más relevante o de mayor interés para los autores, pero pensando en lo que necesita saber el usuario de la guía.	En su contenido se han tenido en cuenta las distintas formas de presentación de la enfermedad. Se ha hecho una distinción entre pacientes con inicio de la Esclerosis Múltiple en la edad pediátrica y adulta cuando se ha considerado necesario, se han revisado y actualizado los criterios clínicos diagnósticos así como los criterios radiológicos, se han actualizado tratamientos, y se han incorporado aspectos de la Esclerosis Múltiple en el embarazo, en la lactancia, en relación con la anticoncepción, en las vacunas y otros. Además, se ha incorporado un díptico informativo para	1
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE. No se describe el método utilizado para llegar a ese acuerdo de utilización de esas guías.		1

Ítem	Justificación	Evidencia			Puntuación															
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1106 261 1328 300">Fármaco Antiespásticos</th> <th data-bbox="1332 261 1541 300">Dosis</th> <th data-bbox="1545 261 1753 300">Efectos Adversos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1106 303 1328 379">Benzodiazepinas</td> <td data-bbox="1332 303 1541 379">Diacepam (10-20 mg/día) Clonacepam (2-8 mg/día).</td> <td data-bbox="1545 303 1753 379">Efecto sedante están indicados para evitar los espasmos nocturnos.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1106 383 1328 517">Baclofeno oral</td> <td data-bbox="1332 383 1541 517">5 mg/8 h. hasta alcanzar una dosis máxima de 75-125 mg/día repartidos en 3 ó 4 tomas.</td> <td data-bbox="1545 383 1753 517">Mareos, vértigo, debilidad, cefaleas, náuseas/vómitos, hipotensión, constipación, letargia/fatiga, confusión, insomnio y aumento de la frecuencia urinaria.</td> </tr> </tbody> </table>	Fármaco Antiespásticos	Dosis	Efectos Adversos	Benzodiazepinas	Diacepam (10-20 mg/día) Clonacepam (2-8 mg/día).	Efecto sedante están indicados para evitar los espasmos nocturnos.	Baclofeno oral	5 mg/8 h. hasta alcanzar una dosis máxima de 75-125 mg/día repartidos en 3 ó 4 tomas.	Mareos, vértigo, debilidad, cefaleas, náuseas/vómitos, hipotensión, constipación, letargia/fatiga, confusión, insomnio y aumento de la frecuencia urinaria.			4						
Fármaco Antiespásticos	Dosis	Efectos Adversos																		
Benzodiazepinas	Diacepam (10-20 mg/día) Clonacepam (2-8 mg/día).	Efecto sedante están indicados para evitar los espasmos nocturnos.																		
Baclofeno oral	5 mg/8 h. hasta alcanzar una dosis máxima de 75-125 mg/día repartidos en 3 ó 4 tomas.	Mareos, vértigo, debilidad, cefaleas, náuseas/vómitos, hipotensión, constipación, letargia/fatiga, confusión, insomnio y aumento de la frecuencia urinaria.																		
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE para poder saber de dónde salen esas recomendaciones puedes ir al enlace de la bibliografía e interpretar tú la evidencia.				1															
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<i>Revisores externos colaboradores</i> <ul style="list-style-type: none"> • Mar MENDIBE BILBAO, Neuróloga del Hospital de Cruces de Baracaldo (Vizcaya) • Claudia VILLAR VAN DEN WEYGAERT, Neuróloga Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de Candelaria (CHUNSC). • Guillermo IZQUIERDO AVUSO, Neurólogo del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla) y Profesor Asociado CIS de la Universidad de Sevilla. 			4															
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE.				1															
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1106 948 1328 986">FORMAS CLÍNICAS</th> <th data-bbox="1332 948 1541 986">RECOMENDACIONES</th> <th data-bbox="1545 948 1753 986">DOSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1106 989 1328 1053">Tratamiento de Esclerosis Múltiple Embarazo</td> <td data-bbox="1332 989 1541 1053">En pacientes embarazadas con brotes.</td> <td data-bbox="1545 989 1753 1053">0,4 g/ Kg durante 5 días</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1106 1056 1328 1120">Neuromielitis Óptica de Devic</td> <td data-bbox="1332 1056 1541 1120">Disminución de brotes</td> <td data-bbox="1545 1056 1753 1120">1 g/Kg mensual</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1106 1123 1328 1187">Esclerosis concéntrica de Balo</td> <td data-bbox="1332 1123 1541 1187"></td> <td data-bbox="1545 1123 1753 1187">0.4 g/Kg/ día durante 5 días</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1106 1190 1328 1324">Encefalomiелitis Aguda diseminada</td> <td data-bbox="1332 1190 1541 1324">En pacientes no respondedores a altas dosis de esteroides, se pueden repetir los ciclos. Se puede considerar alternativa la plasmaféresis.</td> <td data-bbox="1545 1190 1753 1324">- 0.4 g/Kg/ día durante 5 días. Evidencia clase IV - 1 g/Kg/ 2 días. Evidencia clase IV</td> </tr> </tbody> </table>	FORMAS CLÍNICAS	RECOMENDACIONES	DOSIS	Tratamiento de Esclerosis Múltiple Embarazo	En pacientes embarazadas con brotes.	0,4 g/ Kg durante 5 días	Neuromielitis Óptica de Devic	Disminución de brotes	1 g/Kg mensual	Esclerosis concéntrica de Balo		0.4 g/Kg/ día durante 5 días	Encefalomiелitis Aguda diseminada	En pacientes no respondedores a altas dosis de esteroides, se pueden repetir los ciclos. Se puede considerar alternativa la plasmaféresis.	- 0.4 g/Kg/ día durante 5 días. Evidencia clase IV - 1 g/Kg/ 2 días. Evidencia clase IV			4
FORMAS CLÍNICAS	RECOMENDACIONES	DOSIS																		
Tratamiento de Esclerosis Múltiple Embarazo	En pacientes embarazadas con brotes.	0,4 g/ Kg durante 5 días																		
Neuromielitis Óptica de Devic	Disminución de brotes	1 g/Kg mensual																		
Esclerosis concéntrica de Balo		0.4 g/Kg/ día durante 5 días																		
Encefalomiелitis Aguda diseminada	En pacientes no respondedores a altas dosis de esteroides, se pueden repetir los ciclos. Se puede considerar alternativa la plasmaféresis.	- 0.4 g/Kg/ día durante 5 días. Evidencia clase IV - 1 g/Kg/ 2 días. Evidencia clase IV																		

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación												
16.Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	5. MISCELÁNEA 66 5.1. EM Y REPRODUCCIÓN..... 66 5.2. LACTANCIA..... 69 5.3. ANTICONCEPCIÓN..... 70 5.4. CIRUGÍA, ANESTESIA Y PUNCIÓNES LUMBARES 70 5.5. VACUNAS..... 71 5.6. INFECCIONES 71 5.7. CALOR 72 5.8. DIETA, TABACO Y ALCOHOL..... 72 5.9. ESTRÉS..... 73 5.10. TERAPIAS ALTERNATIVAS..... 73 5.11. CONDUCCIÓN 73 5.12. TRABAJO..... 73 5.13. EJERCICIO 74 6. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA EM..... 74 6.1. RECOMENDACIÓN A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN CONTINUADA DE LOS PACIENTES 75	4												
17.Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1104 742 1350 782">FORMAS CLÍNICAS</th> <th data-bbox="1355 742 1585 782">RECOMENDACIONES</th> <th data-bbox="1590 742 1823 782">DOSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1104 785 1350 890">Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente</td> <td data-bbox="1355 785 1585 890">Como segunda línea de tratamiento en pacientes que no toleren tratamientos IM o SC (Interferón vs AG).</td> <td data-bbox="1590 785 1823 890">0.15-0.2 g/Kg cada 4 semanas durante 2 años</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 893 1350 957">Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva</td> <td data-bbox="1355 893 1585 957">No debe ser recomendada.</td> <td data-bbox="1590 893 1823 957"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 960 1350 1042">Reducción de brotes en posparto</td> <td data-bbox="1355 960 1585 1042"></td> <td data-bbox="1590 960 1823 1042">0,4 g/kg durante 5 días administrados en la semana 32 a 38 semanas de gestación.</td> </tr> </tbody> </table>	FORMAS CLÍNICAS	RECOMENDACIONES	DOSIS	Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente	Como segunda línea de tratamiento en pacientes que no toleren tratamientos IM o SC (Interferón vs AG).	0.15-0.2 g/Kg cada 4 semanas durante 2 años	Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva	No debe ser recomendada.		Reducción de brotes en posparto		0,4 g/kg durante 5 días administrados en la semana 32 a 38 semanas de gestación.	4
FORMAS CLÍNICAS	RECOMENDACIONES	DOSIS													
Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente	Como segunda línea de tratamiento en pacientes que no toleren tratamientos IM o SC (Interferón vs AG).	0.15-0.2 g/Kg cada 4 semanas durante 2 años													
Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva	No debe ser recomendada.														
Reducción de brotes en posparto		0,4 g/kg durante 5 días administrados en la semana 32 a 38 semanas de gestación.													
18.La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE. En los anexos se puede encontrar información que puede interesar al paciente y a la vez educativa para tener mejor calidad de vida.	Anexo I: Recomendaciones de vacunación en la EM..... 120 Anexo II: Recomendaciones de ahorro de fatiga 128 Anexo III: Consejos para mejorar el sueño..... 130	4												
19.Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las Recomendaciones.	No cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1												

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación												
20.Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1												
21.La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>4.2.4. <i>Inmunoglobulinas</i> (Situaciones especiales no incluidas en FT).⁷⁸</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FORMAS CLÍNICAS</th> <th>RECOMENDACIONES</th> <th>DOSIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente</td> <td>Como segunda línea de tratamiento en pacientes que no toleren tratamientos IM o SC (Interferón vs AG).</td> <td>0.15-0.2 g/Kg cada 4 semanas durante 2 años</td> </tr> <tr> <td>Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva</td> <td>No debe ser recomendada.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reducción de brotes en posparto</td> <td></td> <td>0,4 g/kg durante 5 días administrados en la semana 32 a 38 semanas de gestación.</td> </tr> </tbody> </table>	FORMAS CLÍNICAS	RECOMENDACIONES	DOSIS	Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente	Como segunda línea de tratamiento en pacientes que no toleren tratamientos IM o SC (Interferón vs AG).	0.15-0.2 g/Kg cada 4 semanas durante 2 años	Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva	No debe ser recomendada.		Reducción de brotes en posparto		0,4 g/kg durante 5 días administrados en la semana 32 a 38 semanas de gestación.	4
FORMAS CLÍNICAS	RECOMENDACIONES	DOSIS													
Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente	Como segunda línea de tratamiento en pacientes que no toleren tratamientos IM o SC (Interferón vs AG).	0.15-0.2 g/Kg cada 4 semanas durante 2 años													
Esclerosis Múltiple Secundaria Progresiva	No debe ser recomendada.														
Reducción de brotes en posparto		0,4 g/kg durante 5 días administrados en la semana 32 a 38 semanas de gestación.													
22.La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.		4												
23.Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1												

ANEXO 6

Guía de práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple ¹¹			
Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
1.El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	Sí que aparecen los objetivos generales, pero no son tan específicos como en el protocolo AGREE pretende que sean según los ejemplos.	<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar una guía de práctica clínica (GPC) para orientar a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones y disminuir la variabilidad en la atención a las personas con EM. • Proporcionar información útil para los pacientes, familiares y cuidadores que les permita conocer aquellas intervenciones avaladas científicamente e implicarse de forma activa en el proceso de atención de su enfermedad. 	3
2.Lo(s) aspectos(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Interferón beta</p> <p>Fuerte En pacientes con EM remitente recurrente y actividad clínica en forma de brotes, se recomienda tratar con interferón beta (1a o 1b) para disminuir la frecuencia de brotes.</p> <p>Ciclofosfamida</p> <p>Fuerte En los pacientes con EM progresiva, NO se recomienda el tratamiento con ciclofosfamida.</p> <p>Débil La ciclofosfamida se recomienda como una posible opción terapéutica en pacientes con formas agresivas de EM que no responden al tratamiento médico adecuado, teniendo especialmente en cuenta el balance beneficio-riesgo en pacientes jóvenes.</p> <p>Tratamiento en niños con esclerosis múltiple confirmada</p> <p>Débil En pacientes con EM menores de 18 años, se recomienda el tratamiento con interferón beta (1a o 1b) y acetato de glatirámero en las mismas indicaciones y dosis que en adultos.</p> <p>Débil El natalizumab está contraindicado, según ficha técnica, en pacientes con EM menores de 18 años, pero se podría considerar su uso cuando fallen los inmunomoduladores, en determinadas circunstancias y en las mismas indicaciones y dosis que en adultos.</p> <p>Fuerte En pacientes con EM menores de 18 años, NO se recomienda el tratamiento con mitoxantrona.</p> <p>Débil En pacientes con EM menores de 18 años, NO se recomienda el tratamiento con ciclofosfamida.</p>	4
3.Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Población</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con EM diferenciándose, cuando sea necesario, entre pacientes con inicio de la enfermedad en la edad pediátrica y adulta. • La guía aborda pacientes con síndrome clínico aislado (SCA) sin criterios de EM y pacientes con EM establecida. Diferencia también entre los distintos subtipos clínicos de la EM (en brotes y progresivos). • La guía incluye aspectos de la EM en el embarazo y la lactancia. 	4

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
4.El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Jordi Rio Izquierdo Neurólogo, UNIC, Cemcat, Hospital Universitari de la Vall d'Hebron (Barcelona).</p> <p>Àlex Rovira Cañellas Radiólogo, Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, en representación de la Sociedad Española de Neurorradiología (SENR) (Barcelona).</p> <p>Albert Salz Hinarejos Neurólogo, Hospital Clínic i Provincial (Barcelona).</p> <p>Samuel Sánchez Pous Enfermero y fisioterapeuta, UNeR, Cemcat, Hospital de Día de Esclerosis Múltiple (Barcelona).</p> <p>Sandra Sánchez Vergés Psicóloga clínica y de la salud, Asociación de Esclerosis Múltiple del Baix Llobregat (Barcelona).</p> <p>Carmen Santoyo Medina Fisioterapeuta, UNeR, Cemcat, Hospital de Día de Esclerosis Múltiple (Barcelona).</p>	4
5.Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Pedro Carrascal Rueda Director, Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (FELEM), en representación de la FELEM (Madrid).</p> <p>Rosa Maria Estrany Llorens Presidenta, Fundació Esclerosi Múltiple (FEM) en representación de la FEM (Barcelona).</p>	4
6.Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Principales usuarios</p> <p>La guía está dirigida a profesionales de la neurología, neurología pediátrica, neurorradiología, enfermería neurológica, medicina familiar y comunitaria, farmacia, farmacología clínica, neurorrehabilitación, neuropsicología, neurofisiología y oftalmología que están implicados en el proceso de atención a las personas con EM. También dispone de un material informativo para pacientes, familiares y cuidadores (véase el anexo 2).</p>	4
7.La guía ha sido probada entre los usuarios diana.	No ha sido probada entre los usuarios diana por lo que no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1
8.Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Adicionalmente, se revisaron manualmente los libros de resúmenes de las últimas reuniones anuales de ECTRIMS y ACTRIMS (<i>European and American Committee on Treatment and Research in Multiple Sclerosis</i>, respectivamente) y la bibliografía de los estudios incluidos en la guía. Se valoraron también los sugeridos por los expertos. Las alertas bibliográficas se activaron en <i>Scopus</i> y redes sociales.</p> <p>Periodo temporal: la búsqueda de GPC, RS e informes de evaluación se ejecutó durante el mes de febrero de 2011. Posteriormente, la actualización para buscar ECA y estudios observacionales publicados a partir del 2003 (debido a que la GPC del NICE sobre <i>Management of multiple sclerosis in primary and secondary care</i>¹⁹ se había publicado en ese año) se realizó entre julio y agosto de 2011. En ese mismo periodo se llevaron a cabo las búsquedas adicionales de estudios sobre evaluaciones económicas y valores y preferencias de los pacientes/cuidadores. Finalmente, se activaron alertas bibliográficas quincenales entre julio y septiembre de 2012. No se establecieron límites idiomáticos en la búsqueda. Se incluyeron aquellas publicaciones</p>	4

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación				
9.Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Ambito asistencial</p> <ul style="list-style-type: none"> Las recomendaciones de la guía se han formulado teniendo en cuenta los recursos disponibles actualmente en la atención especializada, primaria y en los servicios sociales en España. Al tratarse de una guía de enfoque estatal, no se tratan aspectos organizativos o modelos de atención requeridos para poner en práctica las recomendaciones. <p>Proceso asistencial</p> <ul style="list-style-type: none"> La guía aborda los siguientes aspectos del manejo clínico: diagnóstico e historia natural, tratamiento modificador del curso de la enfermedad, así como tratamiento sintomático y tratamiento rehabilitador (de los brotes y de los síntomas). Esta guía incluye el tratamiento específico de la fatiga, la espasticidad y la capacidad de marcha, el dolor neuropático, el déficit cognitivo, la disfunción vesical y la afectación de la calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos NO incluidos en la guía. La guía no formula recomendaciones de principios activos que aún no están aprobados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), organismo regulador, aunque sí enumera en «Líneas de investigación futura» aquellos principios activos con ensayos en fase III en estudio por la EMA, describiendo sus resultados si han sido publicados en Medline/ Pubmed. No incluye aquellos tratamientos usualmente catalogados como medicina complementaria y/o alternativa. Tampoco tiene en cuenta aspectos de tratamiento paliativo ni atención al final de la vida. 	4				
10.Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Para graduar la fuerza de las recomendaciones de la guía se han seguido las directrices del grupo de trabajo GRADE. Para asignar la fuerza de una recomendación se ha tenido en cuenta la calidad de la evidencia científica y el balance beneficio-riesgo de la intervención. Siempre que ha sido relevante y hubiera información disponible, se han considerado también las circunstancias específicas del contexto de aplicación de la recomendación, como son los valores y preferencias de los pacientes/cuidadores y los costes o utilización de recursos. La calidad de la evidencia y el juicio sobre el balance entre beneficios y riesgos se analiza antes que las demás circunstancias. En la guía se han tenido en cuenta las indicaciones aprobadas por la AEMPS según ficha técnica.</p> <p>Las categorías de recomendaciones sugeridas por GRADE son: Fuerte a favor («Recomendamos hacer»), Débil a favor («Sugerimos hacer»), Débil en contra («Sugerimos NO hacer») y Fuerte en contra («Recomendamos NO hacer»).</p>	4				
11.Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<table border="1" data-bbox="1104 1114 1794 1299"> <tr> <td data-bbox="1104 1121 1196 1177">Fuerte</td> <td data-bbox="1200 1121 1794 1177">En los pacientes con EM progresiva, NO se recomienda el tratamiento con ciclofosfamida.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1181 1196 1236">Débil</td> <td data-bbox="1200 1181 1794 1236">La ciclofosfamida se recomienda como una posible opción terapéutica en pacientes con formas agresivas de EM que no responden al tratamiento médico adecuado, teniendo especialmente en cuenta el balance beneficio-riesgo en pacientes jóvenes.</td> </tr> </table>	Fuerte	En los pacientes con EM progresiva, NO se recomienda el tratamiento con ciclofosfamida.	Débil	La ciclofosfamida se recomienda como una posible opción terapéutica en pacientes con formas agresivas de EM que no responden al tratamiento médico adecuado, teniendo especialmente en cuenta el balance beneficio-riesgo en pacientes jóvenes.	4
Fuerte	En los pacientes con EM progresiva, NO se recomienda el tratamiento con ciclofosfamida.						
Débil	La ciclofosfamida se recomienda como una posible opción terapéutica en pacientes con formas agresivas de EM que no responden al tratamiento médico adecuado, teniendo especialmente en cuenta el balance beneficio-riesgo en pacientes jóvenes.						

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
12.Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>De la evidencia a la recomendación</p> <p>Los estudios identificados analizan la prevalencia para diferentes determinaciones analíticas en pacientes con EM y controles³¹⁻³⁶. No se han identificado estudios que evalúen estas determinaciones en pacientes con sospecha de EM para establecer el rendimiento de la analítica para el diagnóstico diferencial. Por tanto, no disponemos de evidencia directa para formular una recomendación al respecto. No obstante, la falta de riesgo de la intervención y el hecho de que puede aportarnos información sobre la existencia o coexistencia de otras patologías con una clínica similar a la EM que sean potencialmente tratables, hacen aconsejable realizar la analítica.</p> <p>Recomendaciones</p> <hr/> <p>✓ En pacientes con sospecha de EM y en función de la presentación clínica y el contexto epidemiológico del paciente, se recomienda valorar la determinación de anticuerpos antinucleares y/o anticuerpos anti-Ro y anti-La, así como serología frente a sífilis, VIH, Borrelia burgdorferi y/o determinaciones de vitamina B12.</p>	4
13.La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Revisión externa</p> <p>José Carlos Álvarez-Cermeño Neurólogo, Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).</p> <p>Cristina Auger Acosta Radióloga, Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, en representación de la SENR (Barcelona).</p> <p>Julián Benito-León Neurólogo, Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid).</p> <p>Mª Carmen Calles Hernández Neuróloga, Hospital Universitario Son Espases (Palma de Mallorca).</p> <p>Claudia Cárcamo Rodríguez Neuróloga, Pontificia Universidad Católica de Chile, en representación de LACTRIMS, Santiago (Chile).</p> <p>Gisela Carrés González Psicóloga, coordinadora de los Hospitales de Día de la Fundació Esclerosi Múltiple, en representación de la FEM (Barcelona).</p>	4
14.Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>3.1.9. Actualización de la guía</p> <p>La guía se actualizará entre los 3 y los 5 años del cierre de la búsqueda para garantizar la vigencia de sus recomendaciones. El equipo de coordinación establecerá mecanismos de monitorización periódica mediante alertas para valorar la necesidad de actualizar la guía antes del plazo mínimo. La actualización será, además, una oportunidad para incluir nuevas áreas relevantes y aspectos que, por cuestiones de factibilidad, no han podido ser incluidas en la presente edición.</p>	4

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
15.Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Metilprednisolona</p> <p>Fuerte En pacientes con EM que presentan un brote discapacitante, se recomienda el tratamiento con metilprednisolona durante 3 o 5 días consecutivos para disminuir su duración.</p>	4
16.Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>5.6. Deseo gestacional, embarazo y lactancia 157</p> <p>5.6.1. Esclerosis múltiple y embarazo 157</p> <p>5.6.2. Esclerosis múltiple y lactancia 158</p> <p>5.6.3. Tratamiento modificador del curso de la enfermedad durante el embarazo y la lactancia 159</p> <p>6. Tratamiento sintomático y tratamiento rehabilitador 163</p> <p>6.1. Tratamiento del brote 163</p> <p>6.1.1. Tratamiento con corticosteroides 164</p> <p>6.1.2. Tratamiento rehabilitador multidisciplinar 168</p> <p>6.1.3. Plasmaféresis 170</p> <p>6.1.4. Inmunoglobulina G intravenosa 171</p> <p>6.2. Fatiga 173</p> <p>6.2.1. Amantadina 173</p>	4
17.Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Metilprednisolona</p> <p>Fuerte En pacientes con EM que presentan un brote discapacitante, se recomienda el tratamiento con metilprednisolona durante 3 o 5 días consecutivos para disminuir su duración.</p> <p>Débil La pauta a dosis altas intravenosas o dosis equivalentes orales puede tener similar eficacia.</p>	4
18.La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	que están implicados en el proceso de atención a las personas con EM. También dispone de un material informativo para pacientes, familiares y cuidadores (véase el anexo 2).	4
19.Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las Recomendaciones.	No cumple con el ítem del modelo AGREE. Pone claramente en una parte de la introducción (al tratarse de un una guía de enfoque estatal, no se tratan aspectos organizativos o modelos de atención requeridos para poner en práctica las recomendaciones.)	<ul style="list-style-type: none"> Al tratarse de una guía de enfoque estatal, no se tratan aspectos organizativos o modelos de atención requeridos para poner en práctica las recomendaciones. 	1

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
20.Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	considerada. Siempre que se ha considerado relevante y se disponía de información, se han tenido en cuenta también las circunstancias específicas del contexto de aplicación de la recomendación, como son los valores y preferencias de los pacientes/ cuidadores y los costes o utilización de recursos.	4
21.La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria.	Según el punto de vista de la autora del trabajo no cree que cumpla del todo con el ítem.	<p>Fuerte</p> <p>En pacientes con EM en tratamiento con natalizumab durante más de 2 años con serología positiva para virus JC y antecedentes de terapia previa con fármacos inmunosupresores se recomienda valorar la suspensión de la medicación para minimizar el riesgo de leucoencefalopatía multifocal progresiva.</p>	3
22.La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE ya que se nombra al departamento de salud de la Generalitat de Catalunya y una empresa farmacéutica.	<p>Financiación</p> <p>La mayor parte de la financiación procede de una ayuda que ha recibido FEM/Cemcat (entidad sin fines lucrativos) de la empresa farmacéutica Novartis®, que ésta ha destinado al patrocinio de la guía.</p> <p>Esta guía es independiente de la entidad financiadora que no ha participado en ninguna de las etapas de desarrollo de la misma.</p>	1
23.Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Anexo 1. Declaración de intereses</p> <p><i>La declaración de intereses descrita a continuación únicamente refleja la realizada por cada uno de los miembros participantes en la guía a partir de un formulario estándar. No implica necesariamente que la descripción sea completa y uniforme entre los distintos miembros.</i></p> <p>Grupo de trabajo de la GPC sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple</p> <p>Anna Aymamí Soler, Dolors Benítez Solís, Inmaculada Bonaventura Ibars, Enric Bufill Soler, Juan José Conill Ramón, Mireia Espallargues Carreras, María-Dolors Estrada Sabadell, Anna Feliu Ribera, Ingrid Galán Cartañá, Júlia López Valero, Ana Mª Quiles Granado, Samuel Sánchez Pous, Sandra Sánchez Vergés, Carmen Santoyo Medina, Rosa Terré Boliart han declarado ausencia de conflicto de intereses.</p>	4

ANEXO 7

Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de parkinson ²¹			
Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
1.El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	Sí que aparecen los objetivos generales, pero no son tan específicos como en el protocolo AGREE pretende que sean según los ejemplos.	El objetivo principal es que se trate de una herramienta de consulta cómoda, y que dé respuestas eficaces y homogéneas a los problemas más frecuentes de los pacientes con EP en los distintos momentos de su enfermedad, desde el diagnóstico hasta las fases más avanzadas. Este Manual también pretende ser un eje que contribuya a la equidad en la atención sanitaria de los pacientes con EP, sirviendo como guía en el desarrollo e implementación de vías clínicas o procesos asistenciales, para mejorar el trabajo coordinado y multidisciplinar entre los distintos niveles. Por último, también es su objetivo servir como herramienta docente, formativa y divulgativa ¹ .	3
2.Lo(s) aspectos(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>RECOMENDACIONES DEL GATM</p> <p>La PICLC es eficaz para el control de las complicaciones motoras en la EP avanzada RECOMENDACIÓN GRADO A Actualización 2017</p> <p>La PICLC mejora la biodisponibilidad de LD, obteniéndose unos niveles plasmáticos más estables respecto a su administración oral RECOMENDACIÓN GRADO C</p> <p>La PICLC aporta un beneficio añadido a la sintomatología no motora y mejora la calidad de vida RECOMENDACIÓN GRADO C Actualización 2017</p> <p>La PICLC constituye una terapia segura en la EP avanzada RECOMENDACIÓN GRADO A Actualización 2017</p>	4
3.Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	La población diana que se describe en la guía es muy generalizada.	Este Manual de Recomendaciones se centra en la atención integral de personas afectadas por la EP con independencia de la edad de inicio, del ámbito sanitario (sistema sanitario público o privado) y del nivel asistencial (atención primaria o especializada). Algunas de las recomendaciones son también oportunas para el manejo de otros síndromes parkinsonianos.	2
4.El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE aunque no aparece en algunos autores su profesión.	<p>Fátima Carrillo García Unidad de Trastornos del Movimiento. UGC Neurociencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Instituto de Biomedicina de Sevilla.</p> <p>Francisca Carrión Pérez Médica especialista en Medicina Física y Rehabilitación. UGC de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Campus de la Salud. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.</p> <p>José Rafael Chacón Peña Unidad de Neurología. Hospital Quirónsalud Infanta Luisa. Sevilla.</p>	4
5.Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Ana Rodríguez Fernández Psicóloga. Asociación Parkinson Granada.</p> <p>Macarena Toral Irazo Trabajadora social. Asociación Parkinson Granada.</p>	4

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
6.Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	Para posibilitar dicho continuo, es fundamental la figura del médico de familia y de los distintos agentes, de dentro y de fuera del sistema sanitario, que intervienen en la consecución de la mejora de la calidad de vida de los pacientes (enfermeras, fisioterapeutas, geriatras, médicos internistas, neurocirujanos, neuropsicólogos, psicólogos, psiquiatras, rehabilitadores, trabajadores sociales, otras especialidades médicas, etc.). En este sentido, es de reconocer el papel de las asociaciones de	4
7.La guía ha sido probada entre los usuarios diana.	No ha sido probada entre los usuarios diana por lo que no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1
8.Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	Búsqueda bibliográfica en: Pubmed/Medline, Cochrane Library, Scopus, Trip Database, CMA Infobase, Evidence Based Review, Embase, Guíasalud (Biblioteca de GPC del Sistema Nacional de Salud español), International Guidelines Library (GIN), National Electronic Library for Health, AAN Guidelines, U.S. National Guidelines Clearinghouse y las principales GPC del Reino Unido (NICE y SIGN).	4
9.Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	Período temporal: desde noviembre de 2011 hasta noviembre de 2016. Idiomas: castellano e inglés. Se ha realizado una búsqueda de GPC, de revisiones sistemáticas en las bases de datos y de los estudios originales (ensayos controlados aleatorizados, estudios de cohortes, estudios de casos y controles, etc.). Se identificaron GPC, que fueron valoradas con el instrumento AGREE, y se decidió entonces incluirlas como fuente de evidencia, sustituyendo en el apartado de referencias a muchas fuentes primarias, también revisadas, con el objeto de reducir el volumen del Manual. Muchas de estas GPC han servido de inspiración y ejemplo por su rigor y claridad.	4
10.Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	La clasificación de la evidencia y de las recomendaciones se ha realizado de acuerdo con los criterios utilizados por la Sociedad Española de Neurología. Las recomendaciones controvertidas o con ausencia de evidencia se han resuelto por consenso dentro del grupo elaborador.	4
11.Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	Los AD ergóticos solo deben utilizarse en casos excepcionales y con una estrecha monitorización, por el riesgo de fibrosis RECOMENDACIÓN GRADO B	4

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
12.Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>¿Puede ayudar la sonografía transcraneal en el diagnóstico preclínico de la EPI?</p> <p>Berg <i>et al.</i>®, en un estudio longitudinal y prospectivo en 1271 sujetos asintomáticos mayores de 50 años (PRIPS), observaron que, a los cinco años, en 21 de ellos se manifestaba una EPI, diagnosticada por un neurólogo independiente, y que, de ellos, 14 presentaban hipercogecidad de la sustancia negra, lo que supone un riesgo relativo de 20 y un valor predictivo negativo del 99,7%, aunque con un valor predictivo positivo muy bajo (6,5%) (nivel de evidencia II).</p> <p>RECOMENDACIONES DEL GATM</p> <p>Se recomienda realizar prueba de neuroimagen (TAC y/o RM encefálica convencional) ante la sospecha de parkinsonismo secundario RECOMENDACIÓN GRADO B</p> <p>La RM de 3 teslas (DWI) puede ser útil en el diagnóstico diferencial entre EPI y AMS-P RECOMENDACIÓN GRADO B Actualización 2017</p> <p>La ST puede resultar útil en la identificación precoz de EPI y en el diagnóstico diferencial entre EPI y parkinsonismo atípico (AMS-P, PSP) RECOMENDACIÓN GRADO B</p>	4
13.La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE ya que el revisor externo es la misma persona que ha hecho el prólogo.	<p>Revisión externa</p> <p>Juan Carlos Martínez Castrillo Jefe de Unidad de Enfermedades Neurodegenerativas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.</p>	4
14.Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	De acuerdo con las previsiones, se ha realizado la primera actualización del Manual a los cinco años, manteniéndose el mismo período de tiempo para sucesivas.	4
15.Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	Esta guía no cumple como el ítem del protocolo AGREE especifica por lo que se considera ambiguas.	<p>RECOMENDACIONES DEL GATM</p> <p>En el ámbito de una consulta especializada, el DaTscan™ puede ayudar en el diagnóstico diferencial de EP y parkinsonismos no degenerativos (temblor esencial, parkinsonismo farmacológico y parkinsonismo vascular) RECOMENDACIÓN GRADO A Actualización 2017</p> <p>El estudio mediante ¹⁸F-DG-PET y ¹⁸F-FP-CIT-PET puede ser de utilidad en el diagnóstico diferencial entre EP, AMS y PSP RECOMENDACIÓN GRADO B Actualización 2017</p> <p>En el ámbito de una consulta especializada, el IBZM-SPECT puede ayudar en el diagnóstico diferencial entre EPI y AMS o PSP, especialmente en ausencia de tratamiento dopaminérgico RECOMENDACIÓN GRADO C</p> <p>En el ámbito de una consulta especializada, la gammagrafía cardíaca con MIBG puede aportar datos en el diagnóstico precoz de EPI y DCL, y ser de utilidad en el diagnóstico diferencial entre EP y otros parkinsonismos degenerativos (AMS, PSP v DCB) RECOMENDACIÓN GRADO B Actualización 2017</p>	1

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
16.Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>14. Terapias de segunda línea (I): Apomorfina subcutánea. Manuel Carballo Cordero, Francisco Pérez Errazquin 145</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué aporta la apomorfina en inyección intermitente?* • ¿Cuándo, cómo y por qué usar la perfusión subcutánea continua de apomorfina?* • ¿Es la apomorfina subcutánea una terapia segura?* <p>15. Terapias de segunda línea (II): Perfusión intestinal continua de levodopa/carbidopa. Carlos J. Madrid Navarro, Fátima Carrillo García 151</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué ventajas aporta respecto al tratamiento oral? • ¿Es la PICLC un tratamiento seguro? • ¿Es la PICLC una terapia coste-efectiva? <p>16. Terapias de segunda línea (III): Tratamiento quirúrgico. Adolfo Mínguez Castellanos, Teresa Muñoz Ruiz 159</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué resultados se obtienen? • ¿Es una terapia coste-efectiva? • ¿Qué pacientes son candidatos? • ¿Qué diana quirúrgica es mejor? • ¿Cuándo indicar cirugía versus sistemas de perfusión? <p>17. Tratamiento rehabilitador. Francisca Carrión Pérez, María Belén Pérez Ureña 167</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Es efectivo el tratamiento fisioterápico en el paciente con EP?* • ¿Qué tipos de tratamiento fisioterápico se pueden emplear?* • ¿Son superiores unas modalidades terapéuticas sobre otras?* 	4
17.Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>RECOMENDACIONES DEL GATM</p> <p>En el ámbito de una consulta especializada, el DaTscan™ puede ayudar en el diagnóstico diferencial de EP y parkinsonismos no degenerativos (temblor esencial, parkinsonismo farmacológico y</p> <p>RECOMENDACIÓN GRADO A Actualización 2017</p>	4
18.La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1
19.Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las Recomendaciones.	Esta guía no cumple del todo con el ítem del protocolo AGREE ya que no ha habido una discusión para poder aplicarlo en las recomendaciones, la unidad de cuidados paliativos que es lo que más se nombra en las evidencias.	<p>– Establecer contacto con las Unidades de Cuidados Paliativos cuando el paciente lo requiera, especialmente al final de la vida (nivel de evidencia IV).</p>	4

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
20.Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	Esta guía no hay una discusión sobre los recursos sanitarios, pero sí que se da la información al lector sobre los recursos de los que se dispone.	<ul style="list-style-type: none"> · Conocer e informar al paciente de los recursos disponibles en su medio para personas con EP (nivel de evidencia IV): servicio de neurología de su centro de referencia, otras consultas de Atención Hospitalaria (Salud Mental, Rehabilitación, Nutrición), servicios sociales comunitarios y asociaciones de enfermos y familiares (en Andalucía: Federación Andaluza de Parkinson, www.fandep.org, que agrupa a las asociaciones de Cádiz, Granada, Algeciras, Málaga, Bahía de Cádiz y Sevilla). 	4
21.La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria.	Según el punto de vista de la autora del trabajo no cree que cumpla del todo con el ítem.	<p>Las principales características que hacen previsible la indicación de una TSL son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Más de 5 tomas de LD al día y una duración de los períodos <i>off</i> \geq 2 horas del tiempo en vigila, especialmente si tales períodos son graves, y/o - Discinesias discapacitantes no controladas con amantadina, o - Temblor refractario <p style="text-align: right;">RECOMENDACIÓN GRADO C</p>	3
22.La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Sociedades colaboradoras</p> <p>Este Manual cuenta con el aval de la Sociedad Andaluza de Neurología (SAN) y ha sido revisado por la Asociación Parkinson Granada.</p>	4
23.Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Anexo I. Conflicto de intereses</p> <p>Antonio Arjona Padillo ha recibido honorarios por actividades científicas de Lundbeck España SA. Víctor Manuel Campos Arillo ha recibido honorarios por actividades docentes de Abbvie, UCB Pharma, Teva y Zambon, y por parte de las fundaciones de la Sociedad Española de Neurología y de la Sociedad Andaluza de Neurología por colaboración en la redacción de publicaciones científicas. Francisca</p>	4

ANEXO 8

Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson ²²			
Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
1.El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	Sí que aparecen los objetivos generales, pero no son tan específicos como en el protocolo AGREE pretende que sean según los ejemplos.	<p>Objetivos</p> <p>Se han marcado los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Establecer el correcto diagnóstico e identificación de los problemas durante las diferentes fases de la enfermedad. ▶ Recomendar el mejor manejo terapéutico en base a la mejor evidencia científica. ▶ Ayudar a tomar decisiones adecuadas. 	3
2.Lo(s) aspecto(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE, aunque no es tan específico como se puede encontrar en otras guías.	<p>Conclusiones y recomendaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La psicoeducación puede proporcionar al paciente y a sus familiares herramientas para la comprensión de la enfermedad (grado de recomendación C). ▶ El ejercicio físico es beneficioso desde etapas iniciales. El taichí puede ser de utilidad (grado de recomendación B). ▶ La terapia ocupacional puede ser beneficiosa en la enfermedad de Parkinson inicial (grado de recomendación C). <p>Conclusiones y recomendaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ No hay un fármaco de primera elección para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson inicial. No se justifica retrasar el inicio de los fármacos dopaminérgicos. No existe una justificación teórica de evitar la levodopa. Cualquiera de los grupos de IMAO-B, los agonistas dopaminérgicos y la levodopa puede estar indicado (grado de recomendación A). ▶ En pacientes con enfermedad de Parkinson de reciente comienzo y con leve afectación funcional se puede iniciar el tratamiento sintomático con selegilina o rasagilina (grado de recomendación A). ▶ Si se requiere una eficacia mayor, se pueden emplear agonistas dopaminérgicos en los casos leves-moderados en pacientes menores de 70 años y levodopa en los casos de edad avanzada o con especial repercusión funcional. ▶ Los agonistas dopaminérgicos son útiles en monoterapia durante periodos variables de tiempo (meses o años) antes de iniciar el tratamiento con levodopa, dependiendo de la incapacidad motora del paciente. 	3
3.Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.	En esta guía no aparece la población diana por lo que no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
4.El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE aunque no aparece la profesión de los autores.	<p>Ernest Balaguer Martínez Hospital Universitari General de Catalunya. Barcelona</p> <p>Víctor Manuel Campos Arillo Hospital Vithas Xanit Internacional. Málaga</p> <p>María José Catalán Alonso Hospital Clínico San Carlos. Madrid</p> <p>Pedro José García Ruiz Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. CIBERNED. Madrid</p> <p>Francisco Grandas Pérez Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid</p>	4
5.Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.	En esta guía no aparece ningún representante de los pacientes, entrevista ni revisiones bibliográficas de experiencias de los pacientes por lo que no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	Se ha desarrollado un temario de interés general orientado hacia los miembros del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento (GETM) de la Sociedad Española de Neurología, neurólogos generales, residentes de Neurología, médicos de Atención Primaria y en general profesionales de la salud, con la pretensión de que también pueda ser relevante para el sistema público de salud.	4
7.La guía ha sido probada entre los usuarios diana.	No ha sido probada entre los usuarios diana por lo que no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1
8.Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>AAN, American Academy of Neurology (2006): utilizan niveles de evidencia A (establecida; requiere dos estudios clase I consistentes), B (probable; requiere un estudio clase I o dos clase II consistentes), C (posible; requiere un estudio clase II o dos clase III consistentes) y U (inadecuado o conflictivo) (Anexo II).</p> <p>NICE, National Institute for Health and Care Excellence (2006): utilizan niveles de evidencia de 1 a 4 y grados de recomendación de A a E (Anexo II).</p> <p>SIGN, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010): utilizan niveles de evidencia de 1 a 4 y grados de recomendación de A a E (Anexo II).</p> <p>EFNS, European Federation of Neurological Societies (2013): utilizan A (establecida), B (probable), C (posible) y evidencia insuficiente para recomendación.</p> <p>Canadian Guidelines on Parkinson's Disease (2012): utilizan A (establecida), B (probable), C (posible), D (opinión del experto o consenso), U (inadecuado o conflictivo) y GPP (buena práctica clínica) (Anexo II).</p>	4
9.Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Revisiones de ensayos clínicos, preferentemente publicados en los últimos 5 años, aunque también previos cuando han sido de especial interés (Cochrane). En lo posible, se han excluido recomendaciones no basadas en ensayos clínicos o en metaanálisis.</p>	4

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación														
10.Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p style="text-align: center;">Canadian Guidelines on Parkinson's Disease (2012) Sistema de clasificación simplificada de las guías NICE, EFNS y AAN</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Grado de recomendación</th> <th style="text-align: center;">Evidencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>Establecido como eficaz, ineficaz o perjudicial para la condición dada en la población especificada.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>Probablemente eficaz, ineficaz o perjudicial para la condición dada en la población especificada.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C</td> <td>Posiblemente eficaz, ineficaz o perjudicial para la condición dada en la población especificada.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>Opinión de expertos, consenso formal.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">U</td> <td>Datos inadecuados o contradictorios dado el conocimiento actual, el tratamiento no está comprobado.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PBP</td> <td>Punto de buena práctica.</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small;">Canadian Guidelines on Parkinson's Disease. Can J Neurol Sci. 2012;39:Suppl 4:S1-S30.</p>	Grado de recomendación	Evidencia	A	Establecido como eficaz, ineficaz o perjudicial para la condición dada en la población especificada.	B	Probablemente eficaz, ineficaz o perjudicial para la condición dada en la población especificada.	C	Posiblemente eficaz, ineficaz o perjudicial para la condición dada en la población especificada.	D	Opinión de expertos, consenso formal.	U	Datos inadecuados o contradictorios dado el conocimiento actual, el tratamiento no está comprobado.	PBP	Punto de buena práctica.	4
Grado de recomendación	Evidencia																
A	Establecido como eficaz, ineficaz o perjudicial para la condición dada en la población especificada.																
B	Probablemente eficaz, ineficaz o perjudicial para la condición dada en la población especificada.																
C	Posiblemente eficaz, ineficaz o perjudicial para la condición dada en la población especificada.																
D	Opinión de expertos, consenso formal.																
U	Datos inadecuados o contradictorios dado el conocimiento actual, el tratamiento no está comprobado.																
PBP	Punto de buena práctica.																
11.Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>► A (2016). Los agonistas dopaminérgicos, incluyendo pramipexol, ropinirol y rotigotina (especialmente los orales), se asocian a trastorno del control de los impulsos; es necesario avisar a los pacientes de este potencial efecto secundario.</p> <p>► A (2016). El empleo precoz de agonistas reduce la incidencia de complicaciones motoras comparado con levodopa, a costa de menor eficacia terapéutica y mayores efectos secundarios (alucinaciones, somnolencia y edemas).</p>	4														
12.Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Parkinsonismos secundarios</p> <p>La SPECT o la PET de la vía dopaminérgica presináptica es normal en más del 90% de los pacientes con parkinsonismo farmacológico (sensibilidad del 100% y especificidad del 90,6%)⁴¹. La SPECT con ¹²³I-FP-CIT presenta una sensibilidad del 83,7% y una especificidad del 99,4% en la diferenciación entre parkinsonismo vascular y EP⁴².</p> <p style="text-align: center;">Conclusiones y recomendaciones</p> <p>► La neuroimagen funcional resulta útil como prueba complementaria para el diagnóstico clínico de la enfermedad de Parkinson y su diagnóstico diferencial con otras entidades que cursan con parkinsonismo (nivel de recomendación A).</p> <p>► La alteración de la vía dopaminérgica presináptica (SPECT con ¹²³I-FP-CIT o PET con ¹⁸F-FDOPA) permite diferenciar los pacientes con enfermedad de Parkinson de controles sanos, parkinsonismo farmacológico y temblor esencial, pero no resulta útil para el diagnóstico diferencial con los parkinsonismos atípicos degenerativos (nivel de recomendación A).</p> <p>► El rendimiento diagnóstico de la gammagrafía cardiaca con ¹²³I-MIBG resulta inferior a la SPECT con ¹²³I-FP-CIT como prueba complementaria para el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, mientras que los resultados se solapan entre diferentes entidades que cursan con parkinsonismos atípicos (nivel de recomendación B).</p> <p>► La PET ¹⁸F-DG es la prueba complementaria más útil en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Parkinson con otras entidades neurodegenerativas que cursan con parkinsonismo, especialmente la atrofia multisistema (nivel de recomendación A).</p>	4														

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
13.La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE., no aparece ningún autor o experto externo en l guía.		1
14.Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE., no se encuentra escrito ningún interés de actualización de la guía.		1
15.Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	► A (2016). La asociación levodopa-entacapona administrada con levodopa en enfermedad de Parkinson inicial no previene la presencia de discinesias.	3
16.Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>2. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO MOTOR EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON INICIAL</p> <p>En la EP inicial existe un amplio grupo de fármacos: levodopa, agonistas de la dopamina, inhibidores de la monoaminoxidasa B (IMAO-B), inhibidores de la catecol-O-metiltransferasa (COMT), amantadina y anticolinérgicos. Estos fármacos han sido evaluados previamente en el capítulo de neurofarmacología.</p> <p>Levodopa</p> <p>En general, se acepta que la levodopa es el fármaco fundamental en el tratamiento de los síntomas motores, sin efecto neuroprotector ni neurotóxico⁶. Pese a ello, la mayoría de los pacientes desarrollarán a largo plazo fluctuaciones motoras y discinesias. Las formulaciones de liberación prolongada no evitan el desarrollo de estas Inhibidores de la catecol-O-metiltransferasa</p> <p>En pacientes con EP inicial, no hay datos concluyentes sobre el beneficio motor de levodopa/entacapona en comparación con levodopa¹² (nivel de evidencia II).</p> <p>Amantadina</p> <p>Es eficaz tanto en monoterapia en la EP inicial, como en el control de las discinesias inducidas por levodopa, con un efecto sintomático leve (nivel de evidencia II).</p> <p>Fármacos anticolinérgicos</p> <p>Pueden tener un efecto leve sobre el temblor. El trihexifenidilo es el más usado, aunque su posible eficacia se ve limitada por sus efectos secundarios de tipo cognitivo y psiquiátrico¹³ (nivel de evidencia III).</p>	4
17.Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Recomendaciones</p> <p>► El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson sigue siendo fundamentalmente clínico, aunque hay pruebas complementarias que pueden realizarse ocasionalmente con objeto de resolver casos dudosos (nivel de evidencia A).</p>	4
18.La guía se apoya con herramientas para su aplicación.	Esta guía no cumple con el ítem del protocolo AGREE.		1

Ítem	Justificación	Evidencia	Puntuación
19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las Recomendaciones.	Si que se nombra en la guía en algún momento que hay pruebas que hay que realizarse en centros especializados.	Por este motivo, es recomendable que las pruebas genéticas, fuera del ámbito de la investigación y aplicadas en la práctica clínica, sean realizadas en centros especializados. Es preciso obtener un consentimiento informado y realizar un asesoramiento	3
20. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	Ante una entidad tan compleja como es la EP, es necesario contar con instrumentos de evaluación que ayuden a identificar la presencia de algunas manifestaciones o complicaciones, cuantifiquen su gravedad e impacto, documenten la evolución del proceso, valoren el efecto de las intervenciones terapéuticas y faciliten el intercambio de información entre clínicos, con otros profesionales y con los propios pacientes y sus familias. Por último, estas evaluaciones pueden suponer la base para la toma de decisiones y la planificación y asignación de recursos en política sanitaria.	4
21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Agonistas dopaminérgicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Tienen un doble papel en el manejo de las complicaciones motoras: <ul style="list-style-type: none"> - Su administración precoz en el curso de la enfermedad previene la aparición de complicaciones motoras, permitiendo retrasar el inicio del tratamiento con levodopa. - Mejorar las complicaciones motoras, reduciendo el tiempo <i>off</i> en pacientes con fluctuaciones y permitiendo reducciones de hasta un 30% de la dosis de levodopa. ▶ Se recomienda el uso de agonistas de liberación prolongada y no ergóticos. ▶ La rotigotina es el único agonista en formulación transdérmica que produce una liberación sostenida 24 horas. 	3
22. La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.	Esta guía si cumple con el ítem del protocolo AGREE.	<p>Conflicto de intereses</p> <p>Para el desarrollo de esta guía se ha garantizado la total independencia financiera, editorial y de distribución de las industrias farmacéuticas, que por lo tanto no han tenido ninguna influencia en la creación y elaboración de los diferentes capítulos que la componen.</p>	4
23. Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.	Hay un escrito de conflicto de interés que se puede suponer que ninguna persona del grupo de la guía ha tenido conflicto de interés.	<p>Conflicto de intereses</p> <p>Para el desarrollo de esta guía se ha garantizado la total independencia financiera, editorial y de distribución de las industrias farmacéuticas, que por lo tanto no han tenido ninguna influencia en la creación y elaboración de los diferentes capítulos que la componen.</p>	3

ANEXO 9

LOS DOMINIOS DE APLICACIÓN AGREE

Alcance y Objetivo (ítems 1-3)

1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía esta(n) específicamente descrito(s).
2. Lo(s) aspecto(s) clínico(s) cubierto(s) por la guía esta(n) específicamente descrito(s).
3. Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos.

Participación de los implicados (ítems 4-7)

4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias.
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.
7. La guía ha sido probada entre los usuarios diana.

Rigor en la elaboración (ítems 8-14)

8. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
9. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.

Claridad y presentación (ítems 15-18)

15. Las recomendaciones son específicas y no ambiguas.
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente.
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.
18. La guía es apoyada junto a herramientas para su aplicación.

Aplicabilidad (ítems 19-21)

19. Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las Recomendaciones.
20. Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones.
21. La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoria.

Independencia editorial (ítems 22-23)

22. La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.
23. Se registran los conflictos de interés de los miembros del grupo de desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. APETO[Internet].2017. ¿Qué es la TO? Definición; [consultado 17 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.apeto.com/que-es-la-to-definicion.html>
2. SEN [Internet] 2010. ¿Qué es la Neurología?;[consultado 17 de mayo de201]. Disponible en: http://www.sen.es/pdf/2010/que_es_la_neurologia.pdf
3. ¿Que es la Terapia Ocupacional? [Internet]. COPTOCA. n.d [consultado 17 de Mayo de 2019]. Disponible en: <https://aptoca.org/terapia-ocupacional/que-es-la-terapia-ocupacional-2/>
4. Bonetto M, Rosselló M, Ron M, Seinnen H. TERAPIA OCUPACIONAL.ABORDAJE EN PACIENTES NEUROLÓGICOS ADULTOS. 11(2):36. Disponible en: https://www.academia.edu/8916662/TERAPIA_OCUPACIONAL_ABORDAJE_EN_PACIENTES_NEUROL%C3%93GICOS_ADULTOS (último acceso el 17 de mayo de 2019).
5. Pérez-Menéndez A. 29 de octubre: Día Mundial del Ictus [Internet]. SEN. 2017 [consultado 17 de Mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link223.pdf>
6. Pérez-Menéndez A.29 de octubre: Día Mundial del Ictus [Internet]. SEN. 2018 [consultado 17 de Mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link253.pdf>
7. Pére-Menéndez A. 21 de septiembre: Día Mundial de la Enfermedad de Alzheimer [Internet]. SEN. 2018 [consultado 17 de Mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link249.pdf>
8. Pérez-Menéndez A. 11 de abril: Día Mundial del Parkinson [Internet]. SEN. 2019[consultado 17 de Mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link268.pdf>

9. Pérez-Menéndez A. 29 de mayo: Día Mundial de la Esclerosis Múltiple [Internet]. SEN. 2019 [consultado el 17 de Mayo de 2019]. Disponible en:
<http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link271.pdf>
10. Día Mundial de la Esclerosis Múltiple 2019: cifras, reivindicaciones y actividades [Internet]. Esclerosis múltiple España.(EME). 2019 [consultado 17 de Mayo 2019]. Disponible en:
<https://www.esclerosismultiple.com/dia-mundial-esclerosis-multiple-2019-cifras-reivindicaciones-actividades-programa/>
11. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple. AIAQS y FEM/Cemcat, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012.
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/798/gpc_esclerosis_multiple_2012_esp_completa.pdf?sequence=2&isAllowed=y (último acceso el 16 de mayo de 2019)
12. Fernandez R, Urteaga G, Agorreta E, Durán P. INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PATOLOGÍA NEUROLÓGICA Y/O DISFUNCIÓN FÍSICA[Internet]. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra—Nafarroako Lan—Terapeuten Elkargoa (COTONA_NALTE).2016[consultado 17 de Mayo de 2019]. Disponible en:
<https://www.cotona-nalte.com/files/2017/12/Intervencion%20de%20Terapia%20Ocupacional%20en%20Patologia%20Neurolgica.pdf>
13. Pérez de Heredia-Torres M, Cuadrado-Pérez ML. Terapia ocupacional en neurología. Rev Neurol. 2002 agosto 16; 35 (4): 366-72. <https://www.neurologia.com/articulo/2001522> (ultimo acceso el 17 de mayo de 2019) .
14. GuiaSalud Biblioteca. Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS). GuiaSalud. https://portal.guiasalud.es/gpc/?_sfm_wpcf-estado=1 (ultimo acceso el 17 de mayo de 2019)
15. The AGREE Collaboration 2001. EVALUACION DE GUÍAS DE PRACTICA CLINICA AGREE. Osteba, Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco. [consultado el 20 de Junio de 2019]. Disponible:
https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Spanish.pdf

16. Grupo de profesionales que han desarrollado el PCAI clínico. PCAI 6 Guía de recomendaciones clínicas Ictus actualizadas. Gobierno del principado de Asturias. Dirección General de Innovación Sanitaria Consejería de Sanidad; 2014. <http://www.ardacea.es/files/A-ICTUS2014.pdf> (último acceso el 27 de noviembre 2019)
17. Autoría. Ictus: Proceso asistencial integrado. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2015.
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1957075765_pai_ictus_abril_2015.pdf (último acceso el 27 de noviembre de 2019)
18. Guía elaborada por el Grupo de Neurología Cognitiva de la Sociedad Valenciana de Neurología, COGVAL. Guía de manejo práctico de la enfermedad de Alzheimer en la Comunidad Valenciana. Sociedad Valenciana de Neurología, COGVAL ;2017.
https://www.svneurologia.org/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/Guia_valenciana_Alzheimer_online.pdf (último acceso el 17 de mayo de 2019)
19. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf (último acceso el 16 de mayo de 2019)
20. Autores. Guía de actuación en pacientes con Esclerosis Múltiple]. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de la Salud, Dirección General de Programas Asistenciales; 2016. https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/84ccb8bf-a293-11e6-acfb-b7af34d5e321/12_GuiaEsclerosisMultipleCompleto.pdf (último acceso el 27 de noviembre de 2019)
21. Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento. Recomendaciones de práctica clínica en la enfermedad de parkinson. Sociedad Andaluza de Neurología; 2017.
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_561_Enfermedad_Parkinson.pdf (último acceso el 17 de mayo de 2019)

22. Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento (GETM) de la Sociedad Española de Neurología. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2016. 4. Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson. Sociedad Española de Neurología; 2016. http://getm.sen.es/pdf/2019/Guias_GETM_2016.pdf (último acceso el 17 de mayo de 2019)
23. Stamoulos, C., Reyes, A., Trepanier, L., Drapeau, M. (2014). The methodological quality of clinical practice guidelines in psychology: A pilot study of the guidelines developed by the Ordre des Psychologues du Québec. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 2014; 55(3): 177–186.
24. Rico Iturrioz Rosa, Gutiérrez-Ibarluzea Iñaki, Asua Batarrita José, Navarro Puerto M^a Asunción, Reyes Domínguez Antonio, Marín León Ignacio et al. Valoración de escalas y criterios para la evaluación de guías de práctica clínica. *Revista Española de Salud Pública*, 2004; 78(4): 457-467.
25. Aymerich, M., Sánchez, E.. Del conocimiento científico de la investigación clínica a la cabecera del enfermo: las guías de práctica clínica y su implementación *Gaceta Sanitaria*, 2004; 18 (4): 326-34.
26. Sanabria, AJ, Rigau, D., Rotaache, R., Selva, A., Marzo-Castillejo, M., Alonso-Coello, P. Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. *Atención Primaria*, 2015; 47 (1):48-55.
27. Parra-Anguita, L, Granero-Moya, N, Pancorbo-Hidalgo, PL. CALIDAD DE LAS GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA ESPAÑOLAS SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS. *Rev Esp Salud Pública*. 2016; 90: 1-7.
28. De la Calle, JL, Insausti, J, Cid J, del Pozo, C, de Andrés, J. Infusión espinal: valoración crítica de las guías de práctica clínica con el instrumento AGREE. *Rev Soc Esp Dolor* 2011; 18(3): 187-192.