

**GUIAS DE REHABILITACIÓN EN ATAQUE CEREBROVASCULAR, UNA
BRECHA ENTRE PAÍSES DE BAJOS Y MEDIANOS INGRESOS VS ALTOS
INGRESOS: UNA REVISIÓN DE ALCANCE**

***GUIDELINES IN STROKE REHABILITATION, A GAP BETWEEN LOW- AND
MIDDLE-INCOME COUNTRIES VS. HIGH-INCOME COUNTRIES: A
SCOPING REVIEW***

Autor principal:

Rodríguez-Orozco, Jaime Eduardo; MD

Coautores:

Bayona-Ortiz, Hernán Francisco; MD, MSc, FAHA

Martínez-Rubio, Carlos Fernando; MD

Moreno-Vargas, Eder; MD

Peña-Ortiz, Angélica

Pizarro-Peñaranda, María Catalina

Rojo-Bustamante, Estefanía; MD, PhD

Villarreal-García, Daniel Eduardo

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina - División de Postgrados y Formación Avanzada

Especialización en Neurología

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina - División de Postgrados y Formación Avanzada

Título de la investigación:

Guías de rehabilitación en ataque cerebrovascular, una brecha entre países de bajos y medianos ingresos vs altos ingresos: una revisión de alcance

Línea de investigación:

Grupo de Investigación en Neurología

Instituciones participantes:

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá

Universidad de los Andes

Universidad El Bosque

Tipo de investigación:

Postgrado

Investigador principal:

Jaime Eduardo Rodríguez Orozco, MD

Investigadores asociados:

Angélica Peña Ortiz

Carlos Fernando Martínez Rubio, MD

Catalina Pizarro

Daniel Villarreal

Eder Moreno, MD

Estefanía Rojo Bustamante, MD, PhD

Hernán Francisco Bayona Ortiz, MD, FAHA

Asesor Temático:

Carlos Fernando Martínez Rubio, MD

Asesor Metodológico:

Alberto Lineros Montañez, MD

NOTA DE SALVEDAD INSTITUCIONAL

La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético de este en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

AGRADECIMIENTOS

A las siete personas que me acompañaron desde la concepción de la idea, la revisión de la literatura, la búsqueda sistemática y el análisis de datos: Angélica, Carlos, Catalina, Daniel, Eder, Estefanía y Hernán. De ellos especialmente a Carlos Martínez y Hernán Bayona, que como asesores temáticos cumplieron una tarea espléndida. Al doctor Lineros como asesor metodológico por estar pendiente y responder prontamente a cualquier duda que me surgiera. Y a las personas cercanas: amigos, y familia, que de una u otra forma me apoyaron en los meses de trabajo para la culminación de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	1
Abstract	2
Pregunta de investigación	3
Propósito	4
Justificación	5
Marco teórico	6
Objetivos	11
Metodología	12
Sesgos	20
Consideraciones éticas	21
Resultados esperados	22
Trayectoria del grupo de investigación	23
Cronograma	24
Presupuesto	25
Resultados	26
Discusión	47
Conclusiones	54
Bibliografía	55
Anexos	60

LISTA DE FIGURAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Resumen del presupuesto.....	25
Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA-ScR de la revisión de la literatura.....	27
Tabla 2. Clasificación de país o países según renta nacional bruta per cápita, año 2021.....	28
Figura 2. Tipos de documento incluidos en el estudio.....	30
Figura 3. Metodologías de búsqueda de las fuentes de información.....	32
Tabla 3. Datos generales de las guías analizadas.....	34
Tabla 4. Caracterización de los documentos	40
Tabla 5. Comparación de población objetivo (6 P`s) según nivel de ingresos.....	41
Tabla 6. Comparación de consideraciones ELSE según nivel de ingresos.....	42
Tabla 7. Comparación de estándares del IOM según nivel de ingresos.....	43
Tabla 8. Comparación de calificaciones con la herramienta AGREE 2 según nivel de ingresos.....	45
Figura 4. Síntesis de las evaluaciones de calidad.....	46

RESUMEN

Las guías de práctica clínica (GPC) son herramientas que han permitido estandarizar la práctica clínica basándose en la mejor evidencia disponible; sin embargo, es importante que cada país tenga GPC que consideren adecuadamente el contexto local, esto es especialmente verdadero en el caso de la rehabilitación en ataque cerebrovascular (ACV). Hacer una GPC es un proceso difícil y costoso, y no todos los países tienen los recursos para hacer una propia, o para hacerla ceñida a los criterios de alta calidad recomendados. Hicimos una búsqueda sistemática de las GPC en rehabilitación post ACV, se calificaron en cuanto a su calidad global mediante el uso de múltiples herramientas enfocadas a diferentes dimensiones. Luego se comparó los resultados de las GPC provenientes de países de altos ingresos versus los de países de medianos ingresos. La calidad de los documentos provenientes de países de medianos ingresos es menor, principalmente en aspectos de rigurosidad metodológica y en el seguimiento de recomendaciones internacionales para la creación y presentación de guías. Los documentos de ambos grupos de países fallan en la inclusión del abanico completo de públicos objetivos (6P's) y en la integración de las consideraciones ELSE. Los países de medianos y bajos ingresos podrían enfocarse en la adopción, adaptación o contextualización de GPC existentes, sin embargo, estos documentos emergentes deberían incluir a todos los potenciales públicos objetivo, incluir las consideraciones socioeconómicas, éticas y legales, tener rigurosidad metodológica y cumplir con las recomendaciones para la creación y presentación de GPC.

Palabras clave:

Trastornos cerebrovasculares, Guías de práctica clínica, Rehabilitación de accidente cerebrovascular, factores socioeconómicos

ABSTRACT

Clinical Practice Guidelines (CPG) are documents that have allowed the standardization of clinical practice based on the best evidence available. It is important that every country have CPG aimed to the local context, this is especially true on rehabilitation post stroke. Creating a CPG is a difficult and expensive process, and not every country has the resources to create a national CPG and to make it following high-quality standards. We conducted a systematic search for all CPGs on post stroke rehabilitation, then we rated them using multiple tools aimed at distinct aspects of their quality. We compared the results of CPGs from high income countries (HIC) with CPGs from medium income countries (MIC). The quality of documents from MIC is lower, notably on methodologic rigor and attainment of international recommendations for the development of guidelines. Documents for both sets of countries fail on inclusion of all possible objective publics (6P's) and integration of ELSE considerations. Middle- and low-income countries could focus efforts on adopting, adapting or contextualizing existing CPG, keeping in mind that the emerging documents should include all potential objective publics, socioeconomic, ethical and legal considerations must be made, there must be methodological rigor, and recommendations for guideline development should be fulfilled.

Keywords:

Clinical practice guidelines, stroke rehabilitation, socioeconomic factors

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las diferencias en calidad de las guías de rehabilitación en ataque cerebrovascular entre países de bajos y medianos ingresos versus países de altos ingresos?

PROPÓSITO

Conocer la calidad de los documentos que guían la rehabilitación de pacientes luego de un ataque cerebrovascular en el mundo permite saber en qué lugar estamos en cuanto al uso de la mejor evidencia disponible en el cuidado de estos pacientes. Hacer un análisis comparativo dependiendo del sitio de origen de cada uno de los documentos, estimula a que los países u organizaciones se esfuercen en la creación de nuevas guías o recomendaciones de práctica clínica que sean de la mejor calidad posible y enfocadas a los contextos locales, con el fin de que el personal de salud de cada territorio cuente con la mejor directriz posible para el cuidado de sus pacientes.

JUSTIFICACIÓN

Las guías de práctica clínica son la hoja de ruta para el manejo de diferentes patologías, su seguimiento riguroso es típicamente recomendado y fomentado. Cada país tiene o debería tener guías de práctica clínica ajustadas a su contexto específico, y se debería asegurar que estas guías sean de alta calidad, rigurosas en el método científico, construidas de la forma adecuada, y que cubran todos los aspectos recomendados para que la enfermedad en cuestión sea manejada de la mejor manera posible por parte del personal de salud.

Con respecto al ataque cerebrovascular (ACV), en las últimas décadas la tendencia del cambio en la carga de discapacidad atribuible a esta ha sido diferente entre países desarrollados y en desarrollo, debido posiblemente a diferencias en la prevención, manejo agudo y neurorrehabilitación. Existen trabajos que corroboran diferencias en calidad de las guías de ACV entre países de altos ingresos vs países de medianos y bajos ingresos. Sin embargo, no existen estudios que hagan este análisis para guías específicamente de rehabilitación.

MARCO TEÓRICO

El ataque cerebrovascular (ACV) es la segunda causa de muerte y de discapacidad en personas mayores de 50 años en el mundo (1–3). Globalmente la incidencia del ACV, la mortalidad, y la discapacidad han aumentado en números absolutos en las últimas décadas, en parte debido al envejecimiento de la población (3–5), sin embargo son los países de medianos y bajos ingresos quienes llevan el mayor aumento en la carga de la enfermedad, en buena medida debido al aumento de la incidencia en personas jóvenes; contrario a los países desarrollados o de altos ingresos los cuales han visto incluso una disminución en la discapacidad medida por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) (6,7). Estas diferencias provienen probablemente de diferencias en estrategias de prevención, tratamiento agudo y neurorrehabilitación entre países desarrollados y en desarrollo.

Las guías de práctica clínica ayudan a promover y estandarizar la práctica clínica basándose en la mejor evidencia disponible, y han demostrado tener efecto benéfico en la salud poblacional (8,9). En el caso del ataque cerebrovascular, en países como Estados Unidos se ha visto una disminución de la mortalidad secundaria a esta enfermedad desde hace décadas, y se cree que en parte es gracias al cumplimiento de las recomendaciones de las guías de tratamiento tanto específicas al ataque cerebrovascular, como de comorbilidades: hipertensión, diabetes, dislipidemia, entre otras; las cuales han reflejado avances en intervenciones con evidencia demostrada con estudios de alta calidad (10).

Esto no es diferente para la rehabilitación post ACV. Hay multitud de intervenciones específicas que tienen evidencia de alta calidad para mejorar los resultados en distintos ámbitos de la

neurorrehabilitación como por ejemplo fuerza en miembro superior o marcha (11–13), que son recomendadas en la mayoría de las guías de práctica clínica en el tema (14). En el momento se llevan a cabo esfuerzos por organizaciones como la Federación Mundial de Neuro Rehabilitación (WFNR) para recoger de forma sistemática la evidencia basada en estudios clínicos aleatorizados, y traducir esta evidencia en recomendaciones para la práctica clínica en neurorrehabilitación de forma global (15).

Es claro que las guías de práctica clínica son diferentes de un país a otro. La razón de esto es que para que las guías sean aplicables, estas deben estar ceñidas al contexto de cada país, teniendo en cuenta las características socioculturales, las barreras locales específicas, y la disponibilidad de recursos (16–19). Esto es especialmente cierto en neuro-rehabilitación, dado que se han encontrado diferencias abismales en el recurso humano calificado en rehabilitación entre países de altos ingresos comparado a países de medianos y bajos ingresos (20).

En 2009 la organización mundial de ictus (WSO) lanzó un manual de bolsillo para guiar el desarrollo de guías de práctica clínica en ACV, dentro del cual incluyó recomendaciones para los temas centrales en rehabilitación y en recuperación a largo plazo y el reintegro a la comunidad post ACV que se recomienda que las guías incluyan (21). Sin embargo, el desarrollo y actualización de guías de práctica clínica requiere de esfuerzo muy significativo por parte de las organizaciones, tanto económico como de personal. Para países de bajos y medianos ingresos suele ser más viable la adaptación de guías ya existentes. Esta opción previene la duplicación innecesaria de esfuerzos, y ahorra recursos. A razón de esto se propuso un marco de trabajo para la modificación y adaptación de

guías existentes llamada ADAPTE (22), la cual ha sido usada en múltiples países y para distintas temáticas en salud (22–27).

En el caso de la neuro-rehabilitación post ACV, teniendo en cuenta las diferencias de disponibilidad de recursos tan amplias entre países desarrollados y en desarrollo, se hace especialmente importante que se hagan guías propias de cada país, o por lo menos se hagan versiones adaptadas al contexto local (14), en vez de usar guías pensadas para contextos diferentes. En ocasiones, las guías adaptadas incluso pueden requerir de esfuerzos adicionales para lograr una traducibilidad e implementación satisfactoria de las recomendaciones a la práctica clínica real (28,29). Adicionalmente, se sabe que la calidad de las distintas guías de manejo sobre una misma patología es muy variable de país a país, y que muchas veces las guías se quedan cortas en términos de calidad (30–34).

Específicamente para el manejo de ACV, hay evidencia de diferencias en calidad de las guías de países de altos vs países de bajos o medianos ingresos (35). En 2021 se publicó una revisión sistemática sobre el tema; entre otras cosas mostró que las guías de los países de medianos y bajos ingresos en su mayoría no cumplen con los estándares requeridos para el desarrollo de guías suministrados por el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos, la población objetivo es menor, el cubrimiento de los componentes de cuidado del ACV es menor, y la adaptación al contexto socioeconómico es menor (16).

Además de los estándares de IOM, hay múltiples herramientas adicionales para evaluar la calidad de las guías de práctica clínica. El Instrumento AGREE II (Appraisal of guidelines for research and evaluation II) es una de las herramientas más usadas actualmente para evaluar calidad global, la rigurosidad metodológica y la transparencia de las guías de práctica clínica (31). La herramienta RIGHT (Reporting Items for practice Guidelines in HealThcare) es una lista de chequeo basada en las recomendaciones actuales para desarrollo de guías por parte de la red EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) y consta de 22 ítems considerados esenciales a la hora de reportar guías de práctica clínica (36).

En 2017 se hizo un estudio analizando la calidad, ámbitos y consistencia de guías de neurorrehabilitación que incluía ataque cerebrovascular, trauma y otras lesiones cerebrales no progresivas, en este estudio las hallaron consistentes pero pocas guías fueron calificadas de alta calidad (37). En 2019 se publicó un estudio analizando de forma cualitativa las guías disponibles en rehabilitación post ACV (14), ellos encontraron solo 1 guía exclusiva de rehabilitación en ACV de un país de bajos ingresos. En 2020 se publicó otro artículo que hace un análisis al estado de la rehabilitación en ACV en países de medianos y bajos ingresos, y como parte de su estudio comparan las recomendaciones de las guías de ACV de 6 países de bajos o medianos ingresos que incluían un segmento de rehabilitación, con una guía de un país de altos ingresos, encontrando diferencias significativas (38).

En 2018 un grupo de trabajo para recuperación y rehabilitación post ACV encuestó a 658 trabajadores de la salud dedicados a rehabilitación post ACV, 30% de los cuales eran de países de

medianos y bajos ingresos, y al preguntar si en sus países existían guías de rehabilitación post ACV, 1/3 dijo que no, siendo esto falso para el 78% de estos casos. Esto demuestra que a las guías de rehabilitación en ACV adicionalmente les falta difusión entre trabajadores de la salud interesados en el tema (35).

Esclareciendo las diferencias entre las guías de rehabilitación en ACV puede ayudar a encontrar oportunidades de mejoría de estas, y con ello, delimitar y guiar de mejor manera la rehabilitación de los pacientes que han sufrido de ACV en todos los contextos, pero principalmente en los países de medianos y bajos ingresos.

A finales de 2021 se efectuó una búsqueda preliminar de revisiones sistemáticas o revisiones de alcance que comparando la calidad de las guías de rehabilitación en ACV de países de altos ingresos vs países de medianos o bajos ingresos en términos de calidad. No se encontró ningún estudio que tratara este tema.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar las diferencias en calidad en las guías de rehabilitación post ataque cerebrovascular entre países de ingresos altos versus países de ingresos medianos o bajos

Objetivos específicos:

- Identificar la disponibilidad de guías de práctica clínica en rehabilitación post ataque cerebrovascular a nivel mundial en inglés y español
- Hacer una caracterización de dichas guías en guías exclusivas en rehabilitación post ataque cerebrovascular, recomendaciones de rehabilitación contenidas dentro una guía general en ataque cerebrovascular, y guías para un subtema específico en rehabilitación post ataque cerebrovascular
- Calificar las guías de rehabilitación post ataque cerebrovascular disponibles según su contenido, calidad de la evidencia, transparencia, consideraciones para su implementación, entre otras.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se desarrollará una revisión de alcance (scoping review)

Registro

El protocolo de la revisión está publicado en la plataforma OSF (Open Science Framework):

https://osf.io/bd5py/?view_only=90affaa971f0456ebf6795ae1cdfdf5f

Fuentes de información:

1. Pubmed
2. Scopus
3. African Journals Online (AJOL)
4. Lilacs
5. Repositorios de guías:
 - a. Guideline International Network (www.g-i-n.net).
 - b. Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
 - c. National Collaborating Centre for Chronic Conditions

- d. BIGG International database of GRADE guidelines
- e. MAGIC authoring and publication platform
- f. ECRI Guidelines Trust
- g. Base de datos de Investigación en ACV (DORIS) (www.askdoris.org)
- 6. Búsqueda manual en las páginas de ministerios de salud de cada país usando Google
- 7. Páginas web de asociaciones de rehabilitación
- 8. Revisión de la bibliografía de búsquedas sistemáticas que incluyan guías de manejo del ataque cerebrovascular o de rehabilitación post ataque cerebrovascular

Búsqueda:

("Guideline" OR "consensus" OR "protocols" OR "standards" OR "recommendations") AND ("Rehabilitation" OR "Stroke Rehabilitation" OR "Neurological Rehabilitation" OR "Recovery of Function") AND "Stroke"

Para los buscadores que manejan español se usará la misma búsqueda, pero en español, agregando otros descriptores usados como sinónimos de evento cerebrovascular.

(“Guía” OR “consenso” OR “protocolos” OR “estándares” OR “recomendaciones”) AND (“rehabilitación” OR “rehabilitación neurológica” OR “recuperación de función”) AND (“ictus” OR “enfermedad cerebrovascular” OR “ataque cerebrovascular” OR “accidente cerebrovascular”)

Cuando fuera posible la búsqueda de estas palabras claves se restringió a los campos de *título*, *resumen* o *palabras clave*. Si el buscador no permitiera el uso de operadores booleanos, entonces se hacían varias búsquedas utilizando todas las posibles combinaciones de las palabras clave para luego combinar los resultados en una sola lista.

Criterios de inclusión:

- Publicaciones de los últimos 10 años (desde enero 2012)
- Texto completo debe estar disponible
- Guías de práctica clínica para rehabilitación en ACV
 - Se aceptan documentos que den recomendaciones formales como Recomendaciones de práctica clínica, consensos, etc.
 - Documentos que aborden el manejo global del ACV se pueden incluir siempre y cuando haya una sección específica para la rehabilitación
 - Documentos que aborden un subtema específico dentro de la rehabilitación en ACV (e.g. rehabilitación motora, rehabilitación de la marcha) o específicas para una profesión (e.g. terapia ocupacional, terapia física)

- Provenir de una institución gubernamental o no gubernamental asociada a un territorio (ministerio de salud, asociación de neurología, asociación de rehabilitación o neurorrehabilitación)
 - Pueden provenir de un grupo de países, de un país o de una localidad dentro del país

Criterios de exclusión:

- No es explícito la organización de la cual proviene el documento
- Proviene de una organización mundial o de expertos que no pertenecen a una organización territorial clara
- Hay una guía más específica a rehabilitación de la misma organización
 - En caso de que haya un documento abordando manejo global de ACV, pero hay otro documento que es específico a Rehabilitación en ACV de parte del mismo organismo, se prefiere el que es específico
- Hay una versión más reciente:
 - Tienen que ser claramente una nueva versión: ser del mismo tema y organismo. Idealmente que especifiquen versiones
- Idioma diferente a español o inglés

Selección de los documentos:

La fase inicial de selección se hará mediante revisión de título y resumen, esto lo harán dos evaluadores de forma independiente, en caso de que haya desacuerdo un tercer evaluador definirá si el documento cumple o no con los criterios de selección. Esta fase se hará con ayuda de la plataforma *Rayyan – intelligent systematic review* (<https://www.rayyan.ai/>). Luego se hará una segunda selección haciendo revisión del texto completo de cada documento, para eliminar documentos que no cumplan con los criterios de elegibilidad y que no fueron depurados en la primera búsqueda. Esta segunda selección se hará con la misma estrategia de dos evaluadores diferentes y un tercero en caso de discordancia. Los resultados del proceso de selección de información serán presentados de acuerdo con las recomendaciones PRISMA para revisiones de alcance (39).

Proceso de calificación de calidad

A los documentos que hayan pasado las dos fases de selección entrarán al estudio y se les calificará en cuanto a su calidad usando herramientas previamente utilizadas en la literatura para este fin. El proceso se hará mediante revisión de texto completo por al menos dos evaluadores de forma independiente. La lista de herramientas de calificación que se usarán y los componentes de cada una se exponen a continuación, sumado a una tabla de descripción general de los documentos.

1. Datos generales de las guías de rehabilitación en ACV disponibles
2. Determinación de público objetivo (6P's)
3. Consideraciones ELSE (Traducibilidad, éticas, legales, socioeconómicas)
4. Confiabilidad según el Instituto de Medicina (IOM)
5. Calidad mediante la herramienta AGREE II:

Registro de datos y calificaciones

Las tablas para cada documento se diligenciarán mediante un sistema previamente usado valorando los ítems en una escala de 0 a 3 (0=el estándar no fue mencionado, 1=estándar con baja confianza, 2=estándar con moderada confianza, 3= estándar con alta confianza) (6,40). Esto aplica para todas las tablas de análisis de guías excepto para la herramienta AGREE II, dado que esta fue diseñada para ser calificada en una escala de 1 a 7 (1: muy en desacuerdo y 7: muy de acuerdo) (31).

Clasificación de entes territoriales por niveles de ingresos

Los países o entes territoriales de donde provengan las guías analizadas se clasificarán dependiendo de la Renta Nacional Bruta (RNB) per cápita en países de altos, medianos o bajos ingresos. Esto se hará según el método del Atlas del Banco Mundial (<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>). Cuando una guía provenga de un grupo de países, se utilizará el promedio de RNB de los países participantes.

Plan de análisis de datos

Para la calificación de calidad se hará un análisis dicotómico en base al cumplimiento o no de los distintos ítems de cada herramienta de calificación, se hará un promedio de las calificaciones de los dos evaluadores iniciales, se considerará que *se cumple el ítem* con valores promedio de calificación de 2 o 3, y *no se cumple el ítem* con valores promedio de calificación de 0 y 1; cuando el promedio de

calificación de los dos calificadores da 1.5, entonces se usará un tercer evaluador para definir dicho ítem (6,40). Esto aplica para todas las herramientas excepto para AGREE II, dado que esta herramienta está diseñada para calcular el porcentaje de cumplimiento por dominios. El puntaje final de porcentaje de cumplimiento se hará promediando los puntajes de los dos calificadores.

Adicionalmente se hará un análisis de varias características adicionales de los documentos: la metodología de la búsqueda sistemática, la categorización de la entidad que construyó el documento, y el tipo de documento según la denominación de los autores. Finalmente se compararán los resultados de los documentos provenientes de países de altos ingresos versus los de países de medianos y bajos ingresos. Para las variables cualitativas se diseñarán tablas de 2x2 y se analizaron mediante *chi cuadrado* o prueba o con *Fisher* dependiendo del número de documentos en la categoría a comparar. Para las variables cuantitativas se calcularán promedios y se analizaron mediante una prueba *t de student* previa confirmación de distribución normal con el método de *Kolmogorov*. Para estos pasos se usará el programa *R studio* versión 3.2.0

Síntesis de resultados

Los resultados de la búsqueda de la literatura y la selección de fuentes de información se sintetizarán usando la metodología PRISMA extensión a revisiones de alcance (PRISMA-ScR) (39). Se utilizará el instrumento REDCap para el diligenciamiento de las calificaciones finales cada una de las herramientas de calificación para los documentos seleccionados. Los resultados finales de cada herramienta de calificación se presentarán por medio de tablas, habrá tablas adicionales sintetizando

los resultados agrupando los documentos según niveles de ingresos de los entes territoriales a los que pertenecen, y gráficas para presentar de forma visual los resultados del estudio.

SESGOS

Uno de los sesgos será el no lograr encontrar todas las guías o recomendaciones de práctica clínica realmente disponibles. Para manejarlo haremos una búsqueda lo más amplia posible mediante el uso de varios motores de búsqueda, repositorios de guías, búsqueda manual en literatura gris mediante Google, y chequeo de los resultados de búsquedas sistemáticas previas de guías de rehabilitación en ACV o de ACV en general. Sin embargo, la búsqueda se hace en inglés y en español, por lo que artículos que no sean potencialmente detectables mediante la búsqueda en estos dos idiomas, no serán incluidos.

Aunque en la búsqueda sistemática se encuentren documentos en idiomas diferentes al español y el inglés, solo se incluirán en el análisis de calidad los documentos en estos dos idiomas. Se intentará disminuir este sesgo solicitando a los autores de documentos en otros idiomas por una versión de los documentos en inglés mediante correo electrónico.

Finalmente, otro sesgo es la existencia de cierta subjetividad a la hora de calificar la calidad de los documentos, para lo cual se hará una calificación por duplicado, y se promediarán los resultados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Teniendo en cuenta lo estipulado en la resolución 8430 de 1993 (41), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, se considera que el presente protocolo entra en la categoría de Investigación sin riesgo.

El protocolo del estudio fue presentado ante el comité de ética en investigación del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, este consideró que: el estudio cuenta con validez social y científica, el diseño está ajustado a las normas de investigación, tiene razón de beneficio aceptable, el protocolo representa un riesgo mínimo, y los antecedentes de los investigadores aseguran que se lleve a cabo dentro de marcos éticamente aceptables. Teniendo en cuenta lo anterior, a esta investigación se le dio un aval por parte del comité de ética por un año.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos lograr encontrar la totalidad o casi la totalidad de guías de práctica clínica para rehabilitación post ACV existentes. Esperamos lograr hacer un análisis fehaciente de la calidad de las guías que cumplan con los criterios de selección. Esperamos encontrar las diferencias en calidad existente en las guías de rehabilitación post ACV entre las que provienen de países de altos ingresos comparado a las que provienen de países de medianos o bajos ingresos.

TRAYECTORIA DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo proviene del “Grupo de investigación en neurología”. Es un grupo de investigación asociado a la Universidad de los Andes y a la Universidad El Bosque, avalado por Colciencias, actualmente en categoría ‘C’. Este grupo está conformado formalmente desde 2017. En el grupo se llevan a cabo trabajos de investigación en neurología, centrados principalmente en neurología vascular.

CRONOGRAMA

- Desarrollo del protocolo: Un mes
- Búsqueda sistemática: Tres meses
- Calificación de calidad de los textos completos: Tres meses
- Análisis de datos y redacción del texto final: Cuatro meses

PRESUPUESTO

El presente estudio solo tiene gastos asociados al talento humano, lo cual será aportado como contrapartida por parte de los investigadores. Se utilizarán los servicios ofertados por la universidad El Bosque para acceder a corrección de estilo en inglés para el momento de presentar el trabajo a una revista indexada. La **tabla 1** muestra un resumen del presupuesto para el presente estudio

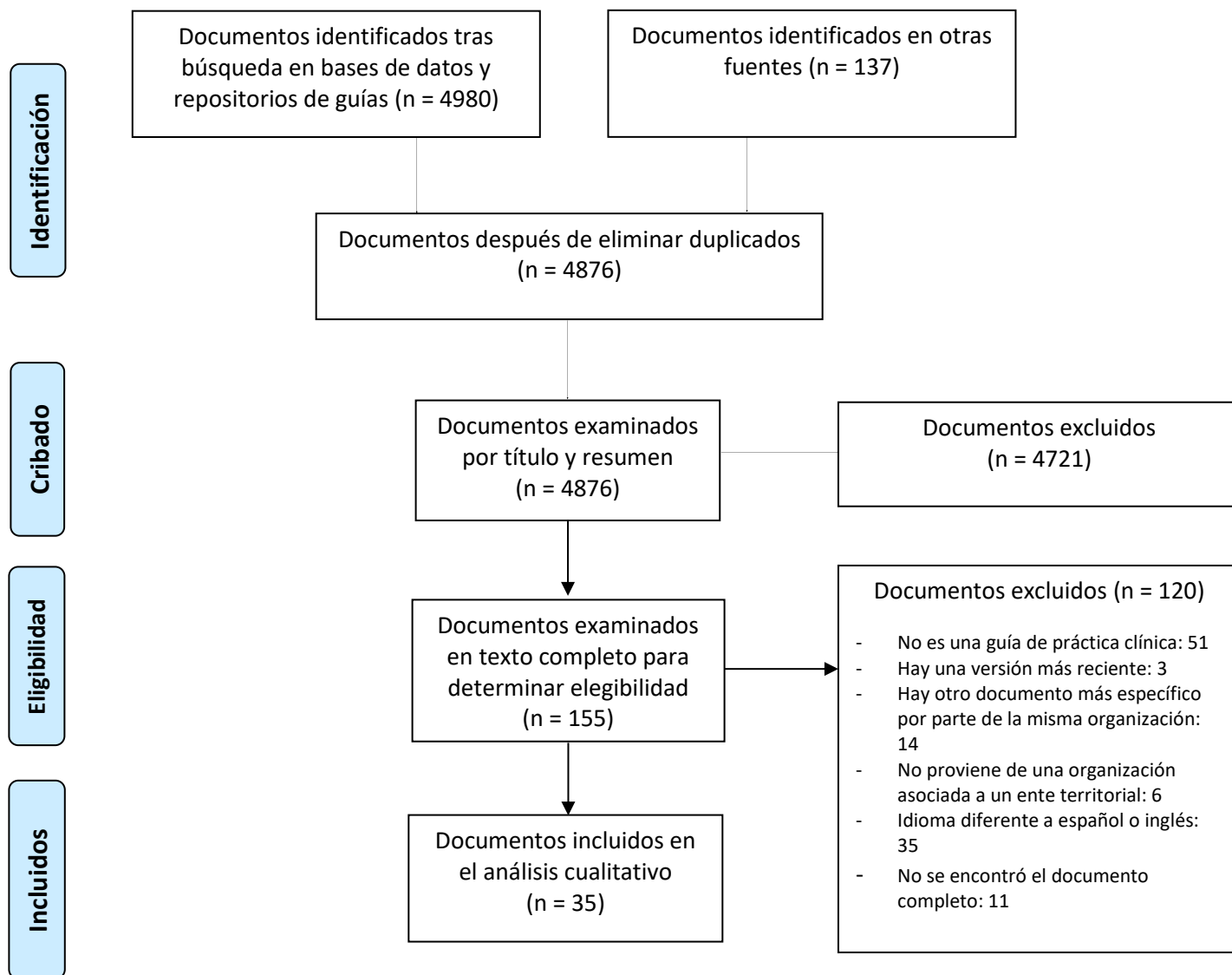
Tabla 1. Resumen del presupuesto

Ítem	Rubro	Contrapartida		Aportes externos	Total
		Especie	Efectivo	Efectivo	
1	Talento humano	\$6.000.000	-	-	\$6.000.000
2	Equipos y software	-	-	-	-
3	Capacitación	-	-	-	-
4	Servicios tecnológicos	-	-	-	-
5	Materiales e insumos	-	-	-	-
6	Gastos de viaje	-	-	-	-
7	Infraestructura	-	-	-	-
8	Administrativos	-	-	-	-
9	Interventoría	-	-	-	-
10	Otros	-	-	-	-
Total		\$6.000.000	-	-	\$6.000.000

RESULTADOS

De la revisión sistemática en bases de datos y repositorios de guías de práctica clínica se encontraron 4980 documentos, y de la revisión en literatura gris 137 documentos adicionales. Luego de excluir duplicados, entraron 4876 documentos a la fase de selección por título y resumen, de donde se seleccionaron 155 documentos que fueron revisados en texto completo. De estos, sólo 35 cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión, y fue a estos a los cuales se les hizo un análisis de calidad. Los 35 documentos provienen de 27 entes territoriales diferentes, de estos seis documentos provienen de agrupaciones de dos o más países, mientras que los demás provienen de un solo país. Hay dos guías de práctica clínica que están divididas en dos partes cada una y fueron contadas y analizadas como documentos separados en este trabajo. La **figura 1** muestra el diagrama de flujo de la revisión sistemática de acuerdo con las recomendaciones PRISMA para revisiones de alcance.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA-ScR de la revisión de la literatura



En cuanto a distribución por niveles de ingresos según el RNB para el año 2021, se encontró que 21 documentos (60%) provienen de 14 países o grupos de países de ingresos altos, nueve documentos (26%) provienen de ocho países de ingresos mediano-altos, y cinco documentos (14%) provienen de cinco países de ingresos mediano-bajos. No se encontraron documentos provenientes de países de ingresos bajos. Esta distribución por ingresos se muestra en la **tabla 2**.

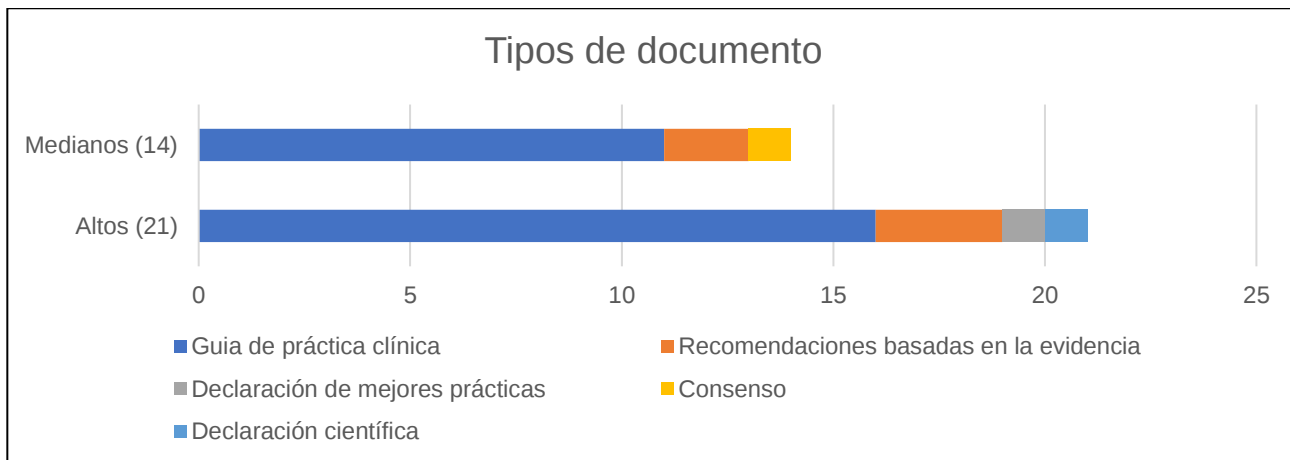
Tabla 2. Clasificación de país o países según renta nacional bruta per cápita, año 2021		
Clasificación	País o países	RNB en USD
Alto	Australia	55,554.90
	Australia y Nueva Zelanda	47,409.70
	Canadá	41,788.60
	Chile	12,363.90
	España	25,086.00
	Estados Unidos	59,469.90
	Estados Unidos y Canadá	50,628.00
	Europa: Italia, Rumania, Austria, Israel, Suiza, Moldova, Alemania, Bélgica	36,281.60
	Europa: Alemania, Grecia, Reino Unido, Suiza, Turquía, España, Italia, Irlanda, Francia	38,593.27
	Europa: Países Bajos, Bélgica, Suecia, Reino Unido, España, Suiza, Finlandia	36,078.96
	Europa: Turquía, Suecia, Ucrania, Francia, Rusia, Italia, Bélgica, España, Chipre	25,857.06
	Países Bajos	45,537.00
	Nueva Zelanda	39,264.50
	Reino Unido	42,378.70
Mediano-alto	Argentina	11,036.40
	China	10,297.60
	Colombia	5,775.90
	Guatemala	4,051.00
	México	8,598.40
	Perú	5,610.30
	Sudáfrica	5,560.40

	Turquía	10,883.00
Mediano-bajo	Camerún	1,388.50
	Filipinas	3,514.40
	India	1,794.40
	Mongolia	3,686.90
	Sri Lanka	3,943.80

USD: dólar estadounidense

En cuanto al tipo de documento, 27 se denominan explícitamente como ‘guías de práctica clínica’ (77%), de estos 16 son provenientes de países de altos ingresos, seis de países de ingresos mediano-altos y cinco de países de ingresos mediano-bajos; cinco se denominan como ‘recomendaciones basadas en la evidencia’ o ‘de mejores prácticas’ (14%), tres provenientes de países de altos ingresos y dos de países de ingresos mediano-altos; y los restantes son una ‘declaración científica’ de un país de ingresos altos, una ‘declaración de mejores prácticas’ de un país de ingresos altos, y un ‘consenso’ de un país de ingresos mediano-altos (3% cada uno). La distribución de los tipos de documento fue muy similar entre las dos poblaciones de países. Esto se resume en la **figura 2**.

Figura 2. Tipos de documento incluidos en el estudio

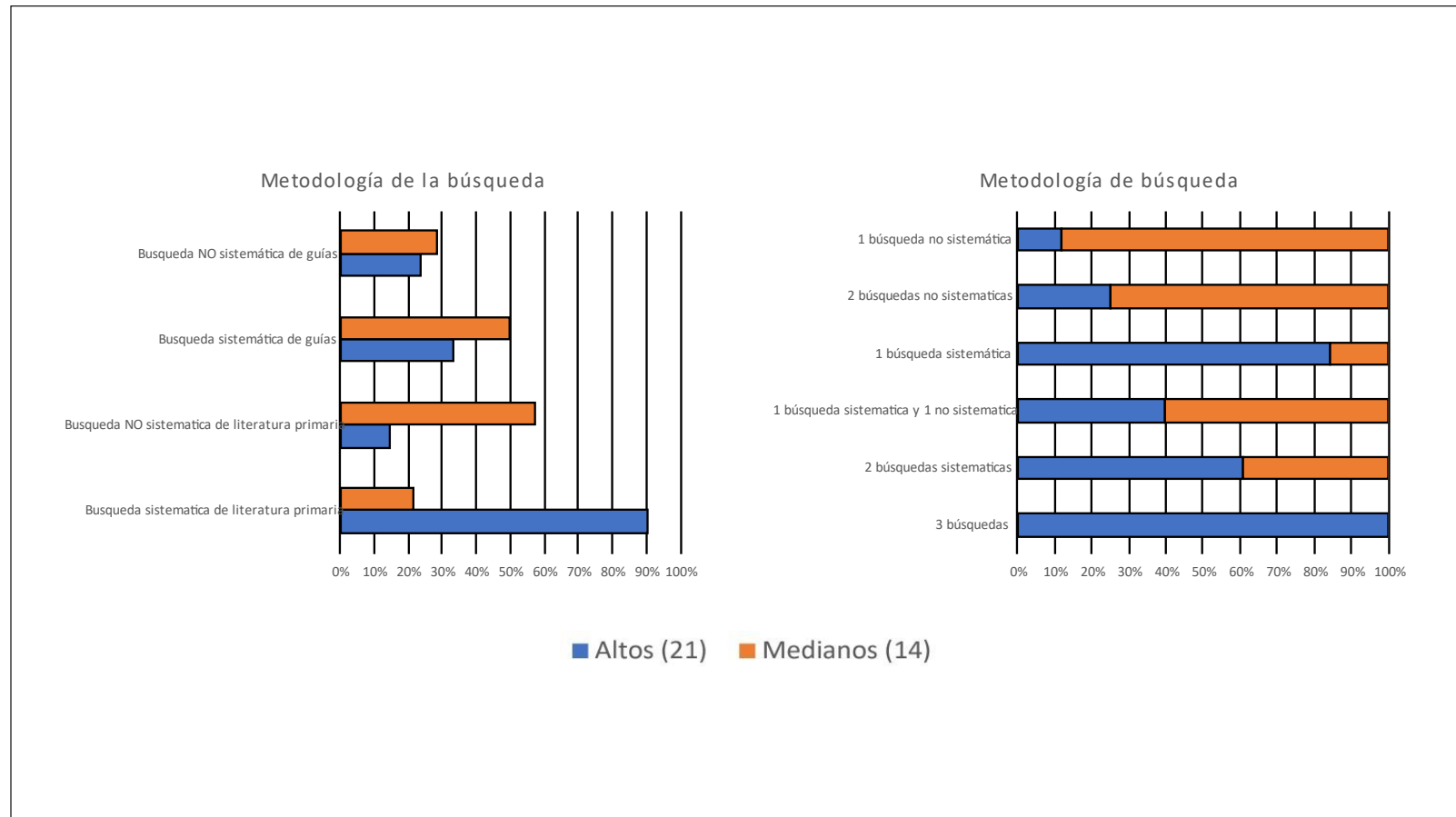


Referente al enfoque, se encontraron 13 documentos (37%) centrados exclusivamente en rehabilitación post ACV (siete provenientes de países de ingresos altos, tres provenientes de países de ingresos mediano-altos y tres provenientes de países de ingresos mediano-bajos), ocho documentos (23%) que se centran en ACV de manera general pero tienen una sección específica para rehabilitación (tres de países de ingresos altos, tres de países de ingresos mediano-altos, y dos de países de ingresos mediano-bajos), y 14 documentos (40%) que son guías dedicadas a un subtema específico de rehabilitación post ACV (11 de países de ingresos altos y tres de países de ingresos mediano-bajos).

El tipo de metodología usada para la búsqueda de información y selección de recomendaciones se categorizó según su complejidad y rigurosidad entre búsqueda sistemática o no sistemática de evidencia desde la literatura primaria, o búsqueda sistemática o no sistemática de recomendaciones desde guías preexistentes de otros países. Hubo documentos en que se utilizó más de una metodología. Los documentos provenientes de países de altos ingresos usaron más mucho más frecuentemente

búsqueda sistemática de literatura primaria (90%), mientras que los documentos provenientes de países de medianos ingresos usaron preferencialmente búsqueda sistemática desde guías existentes (57%) o búsqueda no sistemática de literatura primaria (50%). Esto se resume en la **figura 3**.

Figura 3. Metodologías de búsqueda de las fuentes de información



El tipo de institución que se encargó de la elaboración de los documentos se dividió entre gubernamental (por ejemplo, el ministerio de salud nacional) y no gubernamental (por ejemplo, una organización científica o de profesionales). De los países de altos ingresos siete (33%) provienen de instituciones gubernamentales y 14 (67%) de instituciones no gubernamentales. De los de países de medianos-altos ingresos cinco (56%) previenen de instituciones gubernamentales y cuatro (44%) provienen de instituciones no gubernamentales. Y de los países de ingresos medianos-bajos cuatro (80%) provienen de instituciones gubernamentales y uno (20%) de instituciones no gubernamentales. Combinando los documentos de países de medianos-altos y medianos-bajos ingresos, da como resultado que provienen de instituciones gubernamentales nueve documentos (64%) y de instituciones no gubernamentales cinco documentos (36%).

En la **tabla 3** se enlistan los documentos que entraron al estudio junto con algunas de características generales. La numeración utilizada en esta tabla se mantendrá para el resto de las tablas del presente estudio. La **tabla 4** resume la caracterización adicional de los documentos según niveles de ingresos.

Tabla 3. Datos generales de las guías analizadas

#	País	Año de publicación	Título	Organización – tipo	Clasificación según nivel de ingresos	Tipo de documento y Enfoque
1	Argentina	2019	Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo	Sociedad Neurológica Argentina (SNA) - ING	Mediano-alto	Consenso. ACV
2	Australia	2015	Development and validation of Australian aphasia rehabilitation best practice statements using the RAND/UCLA appropriateness method	Aphasia Rehabilitation Community of Practice - IG	Alto	Declaración de mejores prácticas. Subtema específico
3	Australia y Nueva Zelanda	2021	Clinical Guidelines for Stroke Management 2017	Stroke Foundation - IG	Alto	GPC. ACV
4	Camerún	2013	Best Practice Guidelines for the Management and Rehabilitation of Stroke in the Northwest Region of Cameroon	The NWR Best Practices in Stroke Rehabilitation Group - ING	Mediano-bajo	GPC. Rehabilitación
5	Canadá	2019	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke	Heart & Stroke Foundation - ING	Alto	GPC. Subtema específico
6	Canadá	2019	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke Part One: Rehabilitation and Recovery following Stroke	Heart & Stroke Foundation - ING	Alto	GPC. Rehabilitación
7	Canadá	2019	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery and	Heart & Stroke Foundation - ING	Alto	GPC. Rehabilitación

Community Participation following Stroke Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke						
8	Chile	2013	Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más	Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Secretaría Técnica AUGÉ. - IG	Alto	GPC. ACV
9	China	2018	Clinical practice guidelines for post-stroke depression in China	Jiansu Provincial Special Program of Medical Science - ING	Mediano-alto	GPC. Subtema específico
10	Colombia	2015	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en población mayor de 18 años	Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias - IG	Mediano - alto	GPC. ACV
11	España	2020	Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral agudo: Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación	Sociedad Española de Neurorrehabilitación - ING	Alto	GPC. Rehabilitación
12	Estados Unidos	2021	A Clinical Practice Guideline for the Use of Ankle-Foot Orthoses and Functional Electrical Stimulation Post-Stroke	American Physical Therapy Association and Academy of Neurologic Physical Therapy - ING	Alto	GPC. Subtema específico
13	Estados Unidos y Canadá	2019	Aerobic Exercise Recommendations to Optimize Best Practices in	American Physical Therapy Association - ING	Alto	GPC. Subtema específico

			Care After Stroke: AEROBICS 2019 Update			
14	Estados Unidos	2020	Clinical Practice Guideline to Improve Locomotor Function Following Chronic Stroke, Incomplete Spinal Cord Injury, and Brain Injury	American Physical Therapy Association and Academy of Neurologic Physical Therapy - ING	Alto	GPC. Subtema específico
15	Estados Unidos	2016	Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association	American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research - ING	Alto	GPC. Rehabilitación
16	Estados Unidos	2014	Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors: A statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association	American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Clinical Cardiology - ING	Alto	Declaración científica. Subtema específico
17	Estados Unidos	2019	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation	The Management of Stroke Rehabilitation Work Group, The Office of Quality, Safety and Value, VA, Office of Evidence Based Practice,	Alto	GPC. Rehabilitación

			U.S. Army Medical Command - IG			
18	Europa: Italia, Austria, Rumania, Israel, Suiza, Moldova, Alemania, Bélgica	2021	European Academy of Neurology and European Federation of Neurorehabilitation Societies guideline on pharmacological support in early motor rehabilitation after acute ischaemic stroke	European Academy of Neurology and European Federation of Neurorehabilitation Societies - ING	Alto	GPC. Subtema específico
19	Europa: Alemania, Grecia, Reino Unido, Suiza, Turquía, España, Italia, Irlanda, Francia	2021	European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia	European Stroke Organisation and European Organisation and European Society for Swallowing Disorders - ING	Alto	GPC. Subtema específico
20	Europa: Países Bajos, Suecia, Bélgica, Reino Unido, España, Suiza, Finlandia	2021	European evidence-based recommendations for clinical assessment of upper limb in neurorehabilitation (CAULIN): data synthesis from systematic reviews, clinical practice guidelines and expert consensus	European Network on Robotics for Neurorehabilitation - ING	Alto	RBE. Subtema específico
21	Europa: Turquía, Suecia, Ucrania, Francia, Rusia, Italia, Bélgica, España, Chipre	2018	Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine professional practice for persons with stroke: The European PRM position (UEMS PRM Section)	European Union of Medical Specialist Physical and Rehabilitation Medicine Section - ING	Alto	RBE. Subtema específico
22	Filipinas	2017	Clinical Practice Guideline on Stroke Rehabilitation	Philippine Academy of Rehabilitation Medicine - IG	Mediano - bajo	GPC. Rehabilitación

23	Guatemala	2013	Manejo Rehabilitativo del ICTUS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IG	Mediano - alto	GPC. Rehabilitación
24	Países Bajos	2014	KNGF Clinical Practice Guideline for Physical Therapy in patients with stroke	Royal Dutch Society for Physical Therapy - ING	Alto	GPC. Subtema específico
25	India	2019	Guidelines for Prevention and Management of Stroke	National Programme for Prevention and Control of Cancer, Diabetes, Cardiovascular Diseases & Stroke (NPCDCS) - IG	Mediano - bajo	GPC. ACV
26	México	2021	Rehabilitación integral de adultos después de un evento vascular cerebral	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia - IG	Mediano - alto	GPC. Rehabilitación
27	Mongolia	2013	Management of patients with stroke: Rehabilitation prevention and management of complications, and discharge planning	Mongolian Ministry of Health, Millenium Challenge Corporation, World Health Organization, Mongolian society of physical & rehabilitation medicine, University of Health Sciences Mongolia, the Shastin and State hospital - IG	Mediano - bajo	GPC. Rehabilitación
28	Nueva Zelanda	2018	New Zealand Stroke Rehabilitation: A Strategy	Stroke Foundation - IG	Alto	RBE. Rehabilitación
29	Perú	2018	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del ataque cerebrovascular isquémico	Seguro Social de Salud e Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IG	Mediano - alto	GPC. ACV
30	Reino Unido	2016	National clinical guideline for stroke	Intercollegiate Stroke Working Party and Royal	Alto	GPC. ACV

				College of Physicians - IG		
31	Reino Unido	2013	Stroke rehabilitation in adults	National Institute for Health and Care Excellence - IG	Alto	GPC. Rehabilitación
32	Sri Lanka	2017	Management of stroke and transient ischaemic attack in adults	Ceylon College of Physicians IG	Mediano - bajo	GPC. ACV
33	Sudáfrica	2019	South African Contextualized Stroke Rehabilitation Guideline	Universiteit Stellenbosch University, National Department of Health - IG	Mediano - alto	GPC. Rehabilitación
34	Turquía	2021	Best Practice Recommendations for Stroke Patients with Dysphagia: A Delphi-Based Consensus Study of Experts in Turkey- Part I: Management, Diagnosis, and Follow-up	Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation (PMR)- Dysphagia Working Group - ING	Mediano - alto	RBE. Subtema específico
35	Turquía	2020	Best Practice Recommendations for Stroke Patients with Dysphagia: A Delphi-Based Consensus Study of Experts in Turkey- Part II: Rehabilitation	Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation (PMR)- Dysphagia Working Group - ING	Mediano - alto	RBE. Subtema específico

ACV: ataque cerebrovascular, IG: Institución Gubernamental, GPC: guía de práctica clínica, ING: Institución no gubernamental, RBE:

recomendaciones basadas en la evidencia.

Tabla 4. Caracterización de los documentos

Característica	Categoría	Proveniencia		p
		Altos ingresos (n=21)	Medianos ingresos (n=14)	
Tipo de búsqueda de información	Sistemática de literatura primaria	90%	21%	<0.001
	Sistemática de GPC	14%	57%	<0.001
	No sistemática de literatura primaria	33%	50%	0.32
	No sistemática de GPC	24%	29%	0.75
Tipo de institución	Gubernamental	33%	64%	0.07
	No gubernamental	67%	36%	0.07
Tipo de documento	GPC	76%	79%	0.86
	RBE	14%	14%	1.00
	Declaración de mejores prácticas	5%	0%	0.40
	Consenso	0%	7%	0.21
	Declaración científica	5%	0%	0.40

GPC: guía de práctica clínica, RBE: recomendaciones basadas en la evidencia.

Análisis de calidad

El primer marcador de calidad fue la evaluación de los públicos objetivos de cada uno de los documentos. Esta herramienta considera seis posibles públicos objetivos (conocidos en la literatura como las 6 *P's* por sus siglas en inglés): Población, pacientes, proveedores, políticos, pagadores, aliados (*partners*). Los proveedores fueron el público objetivo más comúnmente incluido, seguido de los políticos, en menor medida pacientes, aliados, población, y por último los pagadores.

La población general, los pacientes, los proveedores y los pagadores fueron más comúnmente incluidos en los documentos provenientes de países de ingresos altos, mientras que los políticos y los aliados fueron más comúnmente incluidos en los documentos provenientes de países de ingresos

medianos. El análisis estadístico no identificó diferencias significativas entre documentos provenientes de países de altos ingresos versus los de países de ingresos mediano-altos y mediano-bajos combinados.

La **tabla 5** muestra la proporción de inclusión de públicos objetivos comparando según los niveles de ingresos. La **tabla A1** en los anexos muestra el resultado de la valoración de públicos objetivos para todos los documentos evaluados.

Tabla 5. Comparación de población objetivo (6 P's) según nivel de ingresos				
	Alto (n=21)	Mediano (n=14)	Global (n=35)	p
Población	23.8%	14.3%	20%	0.8
Pacientes	23.8%	21.4%	22.9%	1
Proveedores	100%	92.9%	97.1%	0.84
Políticos	38.1%	42.9%	40%	1
Pagadores	9.5%	7.1%	8.6%	1
Partners (aliados)	19%	28.6%	22.9%	0.81

El segundo marcador de calidad fue las consideraciones ELSE (éticas, legales, sociales y económicas). Entre estas las más comúnmente incluidas fueron las sociales seguidas de las económicas, y de forma mucho menos frecuente se incluyeron consideraciones legales y éticas.

Las consideraciones sociales fueron incluidas en igual proporción en los dos grupos de países; las consideraciones fueron económicas y legales fueron más comúnmente incluidas en los documentos

provenientes de países de altos ingresos, mientras que las sociales fueron más comúnmente incluidas en los documentos de países de medianos ingresos. El análisis estadístico según nivel de ingresos no identificó diferencias significativas.

La **tabla 6** muestra la proporción de cumplimiento de las consideraciones ELSE según los niveles de ingresos. La **tabla A2** en los anexos muestra el resultado de la valoración de las consideraciones ELSE para todos los documentos evaluados.

Tabla 6. Comparación de consideraciones ELSE según nivel de ingresos				
	Alto (n=21)	Mediano (n=14)	Global (n=35)	p
Éticas	4.8%	21.4%	11.4%	0.33
Legales	23.8%	0%	14.3%	0.14
Sociales	71.4%	71.4%	71.4%	0.70
Económicas	61.9%	35.7%	51.4%	0.24

ELSE: éticas, legales, sociales, económicas

El tercer marcador de calidad fue la valoración según los estándares del Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos. Todos los ítems de esta valoración tuvieron una tasa de cumplimiento mayor en el grupo de documentos de países de altos ingresos, notando una mayor diferencia para los ítems de transparencia, conflicto de interés, revisión sistemática y articulación, para los cuales la diferencia fue estadísticamente significativa.

La **tabla 7** muestra la proporción de cumplimiento de los estándares del IOM según los niveles de ingresos. La **tabla A3** en los anexos muestra el resultado de la valoración de los estándares del IOM para todos los documentos evaluados.

Tabla 7. Comparación de estándares del IOM según nivel de ingresos				
	Alto (n=21)	Mediano (n=14)	Global (n=35)	p
Transparencia	95.2%	64.3%	82.9%	0.05
Conflictos de interés	85.7%	42.9%	68.6%	0.02
Abordaje multidisciplinario	90.5%	85.7%	88.6%	0.91
Revisión sistemática	90.5%	42.9%	71.4%	0.008
Fuerza de las recomendaciones	81.0%	64.3%	74.3%	0.48
Articulación	100%	71.4%	88.6%	0.04
Validación externa	90.5%	64.3%	42.9%	0.14
Actualización	66.7%	42.9%	57.1%	0.30

IOM: Institute of Medicine (Instituto de medicina)

El último marcador de calidad fue la evaluación utilizando la herramienta AGREE II. En esta herramienta, los ítems con mejores puntajes a nivel global fueron alcance y objetivo, y claridad en la presentación; mientras que los ítems con peores puntajes fueron Aplicabilidad y el rigor en la elaboración. La calificación global promedio de todos los documentos fue de 5.5/7

Con esta herramienta, la calificación promedio de los documentos provenientes de países de altos ingresos fue mayor que la de los documentos provenientes de países de ingresos medianos en todos los dominios, al igual que el puntaje de valoración global. El análisis estadístico mostró que la

diferencia entre los dos grupos fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en todos los dominios excepto para el dominio de aplicabilidad ($p = 0.07$).

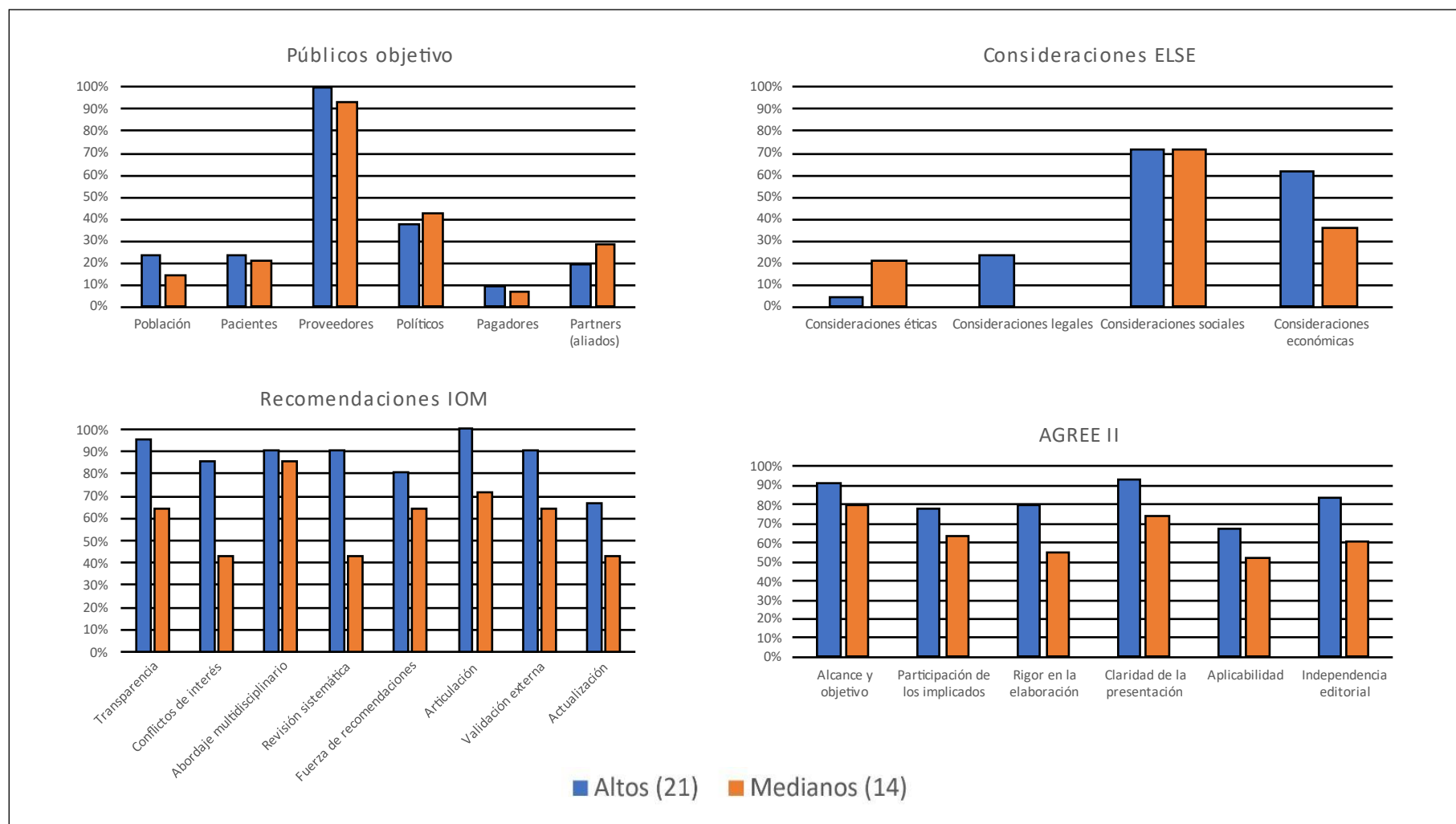
La **tabla 8** muestra la comparación los resultados de la evaluación mediante la herramienta AGREE según los niveles de ingresos. La **tabla A4** muestra el resultado de la evaluación mediante la herramienta AGREE II para todos los documentos evaluados.

En la **figura 4** se hace una síntesis de los resultados de las cuatro evaluaciones de calidad hechas a los 35 documentos que ingresaron al estudio.

Tabla 8. Comparación de calificaciones con la herramienta AGREE 2 según nivel de ingresos							
	Alto		Mediano		Global		P
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	
Alcance objetivo	91.5%	9.4	79.6%	18.8	86.8%	14.9	0.02
Participación de implicados	78.3%	14.6	63.9%	22.4	72.5%	19.2	0.03
Rigor en la elaboración	79.5%	17.5	54.7%	30.2	69.6%	26.1	<0.01
Claridad en la presentación	93.4%	7.8	73.8%	25.6	85.6%	19.5	<0.01
Aplicabilidad	67.8%	23.9	52.2%	24.6	61.6%	25.1	0.07
Independencia editorial	83.5%	19.6	60.4%	25.5	74.3%	24.6	0.01
Evaluación global	6.2	0.8	4.5	1.5	5.5	1.4	<0.01

AGREE: appraisal of guidelines for research & evaluation instrument, DE: desviación estándar

Figura 4. Síntesis de las evaluaciones de calidad de acuerdo con niveles de ingresos del país



DISCUSIÓN

Este trabajo permite demostrar las importantes diferencias que existen entre los países de altos ingresos versus los de medianos y bajos ingresos en cuanto a la disponibilidad y calidad de los documentos que aporten recomendaciones formales y con enfoque local para el manejo de la rehabilitación post ACV.

La rehabilitación post ACV ha demostrado que tiene un efecto importante en recuperación de la función e independencia en actividades de la vida diaria que va más allá de la duración de la intervención (42–44), por lo tanto es de resaltar la escases de GPC con enfoque en rehabilitación post ACV a nivel mundial. Solamente 21 países tienen algún documento de este estilo de enfoque nacional, y 16 países más tienen documentos hechos mediante colaboraciones internacionales, la mayoría en Europa. El 60% de los documentos provienen de países o regiones de altos ingresos, que son hogar de menos del 16% de la población mundial. Es lamentable que no se encontró ningún documento de países de bajos ingresos.

Es llamativo que las instituciones a cargo de la creación de los documentos fueron mayoritariamente no gubernamentales para los países de altos ingresos, mientras que fueron mayoritariamente gubernamentales para los países de medianos ingresos. Consideramos que esto se debe a que las instituciones no gubernamentales en el ámbito de la salud, del ACV, y de la rehabilitación en países de medianos ingresos no tienen aún el nivel de organización o los recursos necesarios para formular

GPC, por lo que, el involucramiento de instituciones gubernamentales como el ministerio de salud nacional es vital para lograr crear GPC en estos países. El trabajo conjunto entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales ha sido de gran importancia en el fortalecimiento del sistema de salud de países de bajos ingresos (45,46), tiene un rol de gran importancia en el panorama de la neurología mundial (47), y puede ser necesario para lograr fortalecer las prácticas en la rehabilitación post ACV a nivel de países de medianos y bajos ingresos.

En cuanto a la inclusión de públicos objetivos (6 P's) no hubo gran diferencia entre los documentos de los dos niveles de ingresos. En general los documentos tuvieron un gran enfoque a proveedores, y en segundo lugar por un amplio margen a los políticos, dejando al resto de poblaciones mayormente excluidas con una tasa de inclusión <30%. La tendencia por incluir más frecuentemente políticos y aliados en los documentos de países de medianos ingresos puede hablar de las necesidades de apoyo gubernamental y no gubernamental, mientras que la mayor tendencia a incluir población, pacientes, proveedores y pagadores en los países de altos ingresos puede mostrar una tendencia a ser más inclusivos en la construcción de los documentos.

En cuanto a la inclusión de consideraciones ELSE, se nota un vacío en la construcción de guías de carácter holístico, con muy baja inclusión de consideraciones éticas y legales, y una regular inclusión de consideraciones económicas y sociales. Este es un punto en el que países tanto de altos como de medianos ingresos tienen mucho que mejorar para lograr una mejor articulación de las recomendaciones de las GPC con la legislación, las características sociodemográficas, y la

disponibilidad de recursos locales; es decir, con la implementación de las recomendaciones científicas al contexto sociopolítico local real.

El cumplimiento de los estándares del IOM fue sistemáticamente mejor en los documentos de países de altos ingresos, con diferencias en la proporción de cumplimiento de cerca del 30% en casi todos los ítems, y siendo estadísticamente significativa para 4 de ellos. Las recomendaciones del IOM están enfocadas principalmente al rigor metodológico de la GPC, por lo que notamos que los documentos de países de medianos ingresos son metodológicamente más débiles. Esto se refuerza con el análisis adicional que se hizo a la metodología de la búsqueda de información, mostrando metodologías más rigurosas y complejas (única metodología o en combinación) como búsqueda sistemática de la literatura primaria en casi todos los documentos de países de altos ingresos, mientras que los documentos de países de medianos ingresos usaron metodologías menos robustas (pero a su vez requieren de menos inversión económica y de tiempo (48)) como búsqueda sistemática desde GPC existentes, o búsquedas menos recomendables como búsqueda no sistemática desde literatura primaria.

Finalmente, sobre los resultados de la herramienta AGREE II, también sucede que en todos los ítems hubo una superioridad de los documentos provenientes de países de altos ingresos comparado con los de ingresos medianos. Las diferencias fueron estadísticamente significativas para todos los ítems excepto para 'aplicabilidad'. Es importante tener en mente que AGREE II es un tanto un instrumento de evaluación de calidad de las guías, como una estrategia metodológica para la creación de guías y para la forma de presentación de estas. Es decir, califica como de buena calidad a las guías

que cumplen con las recomendaciones proporcionadas por el mismo instrumento. Sin embargo, es claro que AGREE II es el estándar internacional actual para la forma en cómo se deben producir y presentar las GPC (30,49). Los resultados de este estudio muestran en parte que los grupos que han redactado las GPC en rehabilitación post ACV de los países de altos ingresos se han ceñido más estrictamente a las recomendaciones internacionales de creación y presentación de GPC, que lo que lo han hecho los grupos de países de medianos ingresos.

El quinto dominio de AGREE II es la aplicabilidad, el cual tuvo el peor puntaje entre todos los dominios tanto para países bajos ingresos (52%) como de altos ingresos (68%). Este hace referencia a las consideraciones hechas por los autores para lograr convertir en práctica clínica real las recomendaciones hechas en las guías, convirtiendo a las guías de práctica clínica en ayudas reales para los usuarios. Es interesante notar que este dominio es sistemáticamente uno de los de peor cumplimiento en GPC de diferentes países y sobre diferentes temas en salud (50–52), incluido en GPC enfocadas en ataque cerebrovascular (37,53,54). Por lo anterior consideramos que se debería hacer un especial esfuerzo en el diseño de herramientas que favorezcan la aplicabilidad de las GPC en rehabilitación post ACV. El uso de herramientas que faciliten la de toma de decisiones, tales como resúmenes electrónicos, aplicaciones móviles, algoritmos y recordatorios electrónicos, son acciones que han demostrado incrementar la adherencia a las guías y por ende su aplicabilidad (55–57), y expertos consideran que es una estrategia factible y universalmente aplicable para incrementar el impacto de las guías de práctica clínica en el ámbito clínico real (58). Sin embargo, consideramos que en países de medianos y bajos ingresos se debe poner especial a otros ítems de aplicabilidad como lo son la especificación de facilitadores y barreras, la consideración de los recursos requeridos para la puesta en práctica, y a los criterios de auditoría y monitorización.

La creación de guías de práctica clínica es un proceso largo y costoso, que requiere personal especializado para ello. En los países de medianos y bajos ingresos hay múltiples barreras que limitan la implementación de GPC creadas en el contexto de un país de altos recursos como por pobre organización de los sistemas de salud, falta de recursos, poco apoyo institucional o falta de tiempo (59–61). Específicamente en ACV se ha visto que la adherencia a recomendaciones es pobre, lo que traduce en un tratamiento inefectivo y en peores desenlaces en ACV en estas poblaciones (62,63), y esto sumado al efecto de factores de riesgos modificables enlazados al nivel socioeconómico de las poblaciones (64), genera que la carga del ACV sea desproporcionadamente mayor en estos países (7,65).

La escases de guías de práctica clínica diseñadas para contextos de pocos recursos es un factor importante que limita aún más las oportunidades de atención a los pacientes con ACV de estos territorios. Sin guías locales no hay lineamientos basados en la evidencia aplicables al contexto para el personal de salud, para los pagadores, para quienes escriben las leyes, ni para los pacientes. Una de las opciones de los países de medianos y bajos ingresos es la de usar GPC existentes como base para adoptar (implementar las recomendaciones existentes sin realizar cambios), adaptar (hacer cambios a las recomendaciones existentes para hacerlas más aplicables) o contextualizar (considerando cuestiones del contexto local relevantes para la implementación de las recomendaciones) (66). Por supuesto, este es un proceso que requiere se haga de forma rigurosa; existen metodologías que ayudan a guiar el proceso como por ejemplo las metodologías ‘‘GRADE-ADOLOPMENT’’ (67) o el proceso ADAPTE (68,69). Sin embargo, el uso de estas metodologías no es excluyente con el cumplimiento

de las recomendaciones de AGREE II, con los estándares de IOM, con las consideraciones ELSE, ni con la inclusión del abanico completo de públicos objetivo.

Limitaciones y fortalezas

Consideramos que los resultados de la búsqueda sistemática realizada para el presente trabajo fueron lo más completos posibles. La estrategia de búsqueda fue exhaustiva, por lo que consideramos poco probable que haya documentos que no hayan ingresado en el cribado inicial. Sin embargo, debido a la limitación de recursos (especialmente recurso humano), se excluyeron documentos potencialmente valiosos, particularmente por estar escritos en idiomas diferentes a inglés y español (35 documentos potencialmente elegibles fueron excluidos debido al idioma). El haber contado con personal con fluidez en otros idiomas hubiera ayudado a mejorar los resultados de este trabajo al ampliar la cantidad de documentos calificados.

Consideramos que el análisis categórico dicotómico utilizado para la valoración del público objetivo, las consideraciones ELSE, y los estándares del IOM, si bien puede resultar grueso, poco específico, es beneficioso primero porque facilita la interpretación de la calificación al transformar los resultados de variables continuas a variables categóricas, y segundo porque facilita las comparaciones entre las dos poblaciones (países de altos versus de medianos ingresos) mediante el uso de proporciones (70).

Un factor que puede ser determinante en los resultados de las valoraciones de calidad es el tipo de documento que se está evaluando. Al estudio ingresaron GPC, consensos de expertos, declaraciones de sociedades, RBE, entre otras; cada uno con características y alcances diferentes, pero se usaron herramientas típicamente diseñadas para evaluar GPC. Para controlar este sesgo se hizo un análisis post-hoc incluyendo solo los documentos autodenominados GPC (76% de los documentos de países de altos ingresos, y 79% de los documentos de países de medianos ingresos) en el cual los resultados de las distintas herramientas y valoraciones fueron prácticamente iguales que en el análisis original. Las únicas diferencias estadísticas entre los dos análisis es que en el análisis post-hoc se pierde la significancia estadística en los ítems de transparencia y articulación de las recomendaciones del IOM, y en el ítem de validación externa de la herramienta AGREE II; y se gana significancia estadística para el ítem de validación externa de las recomendaciones del IOM. Este análisis post-hoc se presenta en la **tabla A5** de los anexos.

CONCLUSIONES

Hay escasez de GPC para la rehabilitación post ACV a nivel mundial, principalmente en países de medianos ingresos y de bajos ingresos. La calidad de los documentos provenientes de países de medianos ingresos es menor, principalmente en aspectos de rigurosidad metodológica (estándares de IOM, tipo de búsqueda de la información) o en seguimiento de recomendaciones internacionales para la creación y presentación de guías (recomendaciones AGREE II). Los documentos de ambos grupos de países tienen fallas importantes en la inclusión del abanico completo de públicos objetivos (6P's) y en la integración de las consideraciones ELSE. Es llamativa la diferencia en el tipo de instituciones respaldando la creación de los documentos, siendo más frecuentemente no gubernamentales en países de altos ingresos, y gubernamentales en países de medianos ingresos.

La adopción, adaptación o contextualización de GPC existentes es una opción para conseguir GPC para rehabilitación post ACV implementables en ambientes de bajos recursos, sin embargo, estas guías emergentes deberían tratar de incluir a todos los potenciales públicos objetivo, incluir las consideraciones socioeconómicas, éticas y legales, tener rigurosidad metodológica y cumplir con las recomendaciones para la creación y presentación de GPC.

BIBLIOGRAFÍA

1. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Lond Engl.* el 17 de octubre de 2020;396(10258):1204–22.
2. Feigin VL, Vos T. Global Burden of Neurological Disorders: From Global Burden of Disease Estimates to Actions. *Neuroepidemiology.* 2019;52(1–2):1–2.
3. Feigin VL, Vos T, Nichols E, Owolabi MO, Carroll WM, Dichgans M, et al. The global burden of neurological disorders: translating evidence into policy. *Lancet Neurol.* marzo de 2020;19(3):255–65.
4. Katan M, Luft A. Global Burden of Stroke. *Semin Neurol.* abril de 2018;38(2):208–11.
5. Feigin VL, Nichols E, Alam T, Bannick MS, Beghi E, Blake N, et al. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* el 1 de mayo de 2019;18(5):459–80.
6. Bayona H, Owolabi M, Feng W, Olowoyo P, Yaria J, Akinyemi R, et al. A systematic comparison of key features of ischemic stroke prevention guidelines in low- and middle-income vs. high-income countries. *J Neurol Sci.* el 15 de abril de 2017;375:360–6.
7. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global Burden of Stroke. *Circ Res.* el 3 de febrero de 2017;120(3):439–48.
8. Nabyonga Orem J, Bataringaya Wavamunno J, Bakeera SK, Criel B. Do guidelines influence the implementation of health programs?--Uganda's experience. *Implement Sci IS.* el 15 de octubre de 2012;7:98.
9. Docherty M, Shaw K, Goulding L, Parke H, Eassom E, Ali F, et al. Evidence-based guideline implementation in low- and middle-income countries: lessons for mental health care. *Int J Ment Health Syst.* 2017;11:8.
10. Lackland DT, Roccella EJ, Deutsch AF, Fornage M, George MG, Howard G, et al. Factors influencing the decline in stroke mortality: a statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* enero de 2014;45(1):315–53.
11. Mehrholz J, Pohl M, Platz T, Kugler J, Elsner B. Electromechanical and robot-assisted arm training for improving activities of daily living, arm function, and arm muscle strength after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* el 3 de septiembre de 2018;9:CD006876.
12. Thieme H, Morkisch N, Mehrholz J, Pohl M, Behrens J, Borgetto B, et al. Mirror therapy for improving motor function after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* el 11 de julio de 2018;7:CD008449.
13. Mehrholz J, Thomas S, Elsner B. Treadmill training and body weight support for walking after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* el 17 de agosto de 2017;8:CD002840.
14. Platz T. Evidence-Based Guidelines and Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation-An International Perspective. *Front Neurol.* 2019;10:200.
15. SIG Clinical Pathways: WFNR Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation [Internet]. [citado el 16 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.clinical-pathways.org/index.php?id=19>

16. Yaria J, Gil A, Mekanjuola A, Oguntoye R, Miranda JJ, Lazo-Porras M, et al. Quality of stroke guidelines in low- and middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* el 1 de septiembre de 2021;99(9):640-652E.
17. Olayemi E, Asare EV, Benneh-Akwasi Kuma AA. Guidelines in lower-middle income countries. *Br J Haematol.* junio de 2017;177(6):846–54.
18. Baatiema L, de-Graft Aikins A, Sav A, Mnatzaganian G, Chan CKY, Somerset S. Barriers to evidence-based acute stroke care in Ghana: a qualitative study on the perspectives of stroke care professionals. *BMJ Open.* el 27 de abril de 2017;7(4):e015385.
19. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and Strategies in Guideline Implementation-A Scoping Review. *Healthc Basel Switz.* el 29 de junio de 2016;4(3):E36.
20. World Health Organization. The need to scale up rehabilitation [Internet]. CC BY-NC-SA 3.0 IGO; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331210>
21. Clinical Practice Guideline Development Handbook for Stroke Care [Internet]. World Stroke Organization. Stroke Guideline Sub-Committee; 2009. Disponible en: www.world-stroke.org
22. Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Mlika-Cabanne N, Paquet L, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* junio de 2006;18(3):167–76.
23. Manara M, Prevete I, Marchesoni A, D'Angelo S, Cauli A, Zanetti A, et al. The Italian Society for Rheumatology recommendations for the management of axial spondyloarthritis. *Reumatismo.* el 3 de agosto de 2021;73(2):71–88.
24. Ferretti L, Madec FX, Akakpo W, Methorst C, Carnicelli D, Terrier JE, et al. [French Urological Association (AFU) guidelines for Peyronie's disease assessment and treatment]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol.* julio de 2021;31(8–9):477–94.
25. Hurtado MM, Quemada C, García-Herrera JM, Morales-Asencio JM. Use of the ADAPTE method to develop a clinical guideline for the improvement of psychoses and schizophrenia care: Example of involvement and participation of patients and family caregivers. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* abril de 2021;24(2):516–24.
26. Hurtado MM, Nogueras EV, Cantero N, Gálvez L, García-Herrera JM, Morales-Asencio JM. Development of a guideline for the treatment of generalized anxiety disorder with the ADAPTE method. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* el 20 de julio de 2020;32(6):356–63.
27. Rieb LM, Samaan Z, Furlan AD, Rabheru K, Feldman S, Hung L, et al. Canadian Guidelines on Opioid Use Disorder Among Older Adults. *Can Geriatr J CGJ.* marzo de 2020;23(1):123–34.
28. Alatawi SF. From theory to practice: a conceptual framework to facilitate implementation of evidence in stroke rehabilitation for local context in Saudi Arabia. *J Multidiscip Healthc.* 2019;12:515–25.
29. Gupta S, Rai N, Bhattacharya O, Cheng AYY, Connelly KA, Boulet LP, et al. Optimizing the language and format of guidelines to improve guideline uptake. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* el 4 de octubre de 2016;188(14):E362–8.
30. AGREE Next Steps Consortium (2017). The AGREE II Instrument [Electronic version] [Internet]. 2017 [citado el 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>

31. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* [Internet]. 2016 [citado el 21 de septiembre de 2022];352(i1152). Disponible en: <https://www.bmj.com/content/352/bmj.i1152/rr-0>
32. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA*. el 26 de mayo de 1999;281(20):1900–5.
33. Burgers JS, Fervers B, Haugh M, Brouwers M, Browman G, Philip T, et al. International assessment of the quality of clinical practice guidelines in oncology using the Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation Instrument. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. el 15 de mayo de 2004;22(10):2000–7.
34. Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet Lond Engl*. el 8 de enero de 2000;355(9198):103–6.
35. Eng JJ, Bird ML, Godecke E, Hoffmann TC, Laurin C, Olaoye OA, et al. Moving Stroke Rehabilitation Research Evidence into Clinical Practice: Consensus-Based Core Recommendations From the Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable. *Neurorehabil Neural Repair*. noviembre de 2019;33(11):935–42.
36. Chen Y, Yang K, Marušić A, Qaseem A, Meerpohl JJ, Flottorp S, et al. A Reporting Tool for Practice Guidelines in Health Care: The RIGHT Statement. *Ann Intern Med*. el 17 de enero de 2017;166(2):128–32.
37. Jolliffe L, Lannin NA, Cadilhac DA, Hoffmann T. Systematic review of clinical practice guidelines to identify recommendations for rehabilitation after stroke and other acquired brain injuries. *BMJ Open*. el 28 de febrero de 2018;8(2):e018791.
38. Bernhardt J, Urimubenshi G, Gandhi DBC, Eng JJ. Stroke rehabilitation in low-income and middle-income countries: a call to action. *Lancet Lond Engl*. el 31 de octubre de 2020;396(10260):1452–62.
39. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O’Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation | *Annals of Internal Medicine*. *Ann Intern Med*. 2018;(169):467–73.
40. Bennett K, Gorman DA, Duda S, Brouwers M, Szatmari P. Practitioner Review: On the trustworthiness of clinical practice guidelines - a systematic review of the quality of methods used to develop guidelines in child and youth mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. junio de 2016;57(6):662–73.
41. Ministerio de Salud. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 [Internet]. 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
42. Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J, et al. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. el 22 de abril de 2014;2014(4):CD001920.
43. Murrell JE, Pisegna JL, Juckett LA. Implementation strategies and outcomes for occupational therapy in adult stroke rehabilitation: a scoping review. *Implement Sci IS*. el 18 de diciembre de 2021;16(1):105.
44. García-Rudolph A, Sánchez-Pinsach D, Salleras EO, Tormos JM. Subacute stroke physical rehabilitation evidence in activities of daily living outcomes: A systematic review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. febrero de 2019;98(8):e14501.
45. Munyangaju I, Langa MAS, Clemens SAC, Marchetti E. Evaluation of the partnership between international non-governmental organizations and the State in the health sector in Mozambique. *Pan Afr Med J*. 2021;39:91.
46. Piotrowicz M, Cianciara D. The role of non-governmental organizations in the social and the health system. *Przegl Epidemiol*. 2013;67(1):69–74, 151–5.

47. Mateen FJ. Neurology and international organizations. *Neurology*. el 23 de julio de 2013;81(4):392–4.
48. Chris Cooper. *Planning and Budgeting for Literature Searching*.
49. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. el 14 de diciembre de 2010;182(18):E839–42.
50. Alonso-Coello P, Irfan A, Solà I, Gich I, Delgado-Noguera M, Rigau D, et al. The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. *Qual Saf Health Care*. diciembre de 2010;19(6):e58.
51. Knai C, Brusamento S, Legido-Quigley H, Saliba V, Panteli D, Turk E, et al. Systematic review of the methodological quality of clinical guideline development for the management of chronic disease in Europe. *Health Policy Amst Neth*. octubre de 2012;107(2–3):157–67.
52. Gagliardi AR, Brouwers MC. Do guidelines offer implementation advice to target users? A systematic review of guideline applicability. *BMJ Open*. el 18 de febrero de 2015;5(2):e007047.
53. Navarro Puerto MA, Ibarluzea IG, Ruiz OG, Alvarez FM, Herreros RG, Pintiado RE, et al. Analysis of the quality of clinical practice guidelines on established ischemic stroke. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24(3):333–41.
54. Rohde A, Worrall L, Le Dorze G. Systematic review of the quality of clinical guidelines for aphasia in stroke management. *J Eval Clin Pract*. diciembre de 2013;19(6):994–1003.
55. Okelo SO, Butz AM, Sharma R, Diette GB, Pitts SI, King TM, et al. Interventions to modify health care provider adherence to asthma guidelines: a systematic review. *Pediatrics*. septiembre de 2013;132(3):517–34.
56. Garg AX, Adhikari NKJ, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA*. el 9 de marzo de 2005;293(10):1223–38.
57. Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, et al. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. *Cochrane Database Syst Rev*. el 12 de septiembre de 2012;(9):CD009401.
58. Gagliardi AR. “More bang for the buck”: exploring optimal approaches for guideline implementation through interviews with international developers. *BMC Health Serv Res*. el 15 de noviembre de 2012;12:404.
59. Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak*. el 12 de septiembre de 2008;8:38.
60. Valtueña JA. Investigación sanitaria en los países pobres. Crónica de una frustración. *Offarm*. el 1 de febrero de 2007;26(2):27–31.
61. Haycox A. Should Low- and Middle-Income Countries Adopt Clinical Guidelines Developed in ‘Rich’ Countries? *PharmacoEconomics*. el 1 de julio de 2018;36(7):731–2.
62. Avezum A, Oliveira GBF, Lanús F, López-Jaramillo P, Díaz R, Miranda JJ, et al. Secondary CV Prevention in South America in a Community Setting: The PURE Study. *Glob Heart*. diciembre de 2017;12(4):305–13.
63. Langhorne P, O’Donnell MJ, Chin SL, Zhang H, Xavier D, Avezum A, et al. Practice patterns and outcomes after stroke across countries at different economic levels (INTERSTROKE): an international observational study. *Lancet Lond Engl*. el 19 de mayo de 2018;391(10134):2019–27.

64. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, Islam S, Mente A, Hystad P, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet Lond Engl*. el 7 de marzo de 2020;395(10226):795–808.
65. Lanas F, Seron P. Facing the stroke burden worldwide. *Lancet Glob Health*. el 1 de marzo de 2021;9(3):e235–6.
66. Dizon JM, Machingaidze S, Grimmer K. To adopt, to adapt, or to contextualise? The big question in clinical practice guideline development. *BMC Res Notes*. el 13 de septiembre de 2016;9(1):442.
67. Schünemann HJ, Wiercioch W, Brozek J, Etzeandía-Ikobaltzeta I, Mustafa RA, Manja V, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT. *J Clin Epidemiol*. enero de 2017;81:101–10.
68. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.g-i-n.net>.
69. Attia A. Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: The ADAPTE process. *Middle East Fertil Soc J*. el 1 de junio de 2013;18(2):123–6.
70. Dettori JR, Norvell DC. The Anatomy of Data. *Glob Spine J*. mayo de 2018;8(3):311–3.

ANEXOS

Tabla A1. Población objetivo (6 P's).....	61
Tabla A2. Consideraciones ELSE	66
Tabla A3. Estándares según el Instituto de Medicina (IOM).....	71
Tabla A4. Calificación según herramienta AGREE.....	78
TABLA A5. Análisis post-hoc incluyendo solo GPC.....	85

Tabla A1. Población objetivo (6 P's)

#	País	Título	Población	Pacientes	Proveedores	Políticos	Pagadores	Partners (aliados)
1	Argentina	Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo	NO	NO	SI	SI	NO	SI
2	Australia	Development and validation of Australian aphasia rehabilitation best practice statements using the RAND/UCLA appropriateness method	NO	SI	SI	NO	NO	NO
3	Australia y Nueva Zelanda	Clinical Guidelines for Stroke Management 2017	NO	SI	SI	NO	NO	NO
4	Camerún	Best Practice Guidelines for the Management and Rehabilitation of Stroke in the Northwest Region of Cameroon	SI	SI	SI	NO	NO	NO
5	Canadá	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke	SI	NO	SI	SI	SI	SI
6	Canadá	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke Part One: Rehabilitation and Recovery following Stroke	NO	NO	SI	SI	SI	NO
7	Canadá	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke Part Two:	NO	NO	SI	SI	NO	NO

		Transitions and Community Participation Following Stroke						
8	Chile	Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más	NO	NO	SI	NO	NO	NO
9	China	Clinical practice guidelines for post-stroke depression in China	NO	SI	SI	NO	NO	NO
10	Colombia	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en población mayor de 18 años	NO	NO	SI	SI	SI	NO
11	España	Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral agudo: Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación	SI	NO	SI	SI	NO	NO
12	Estados Unidos	A Clinical Practice Guideline for the Use of Ankle-Foot Orthoses and Functional Electrical Stimulation Post-Stroke	NO	NO	SI	NO	NO	NO
13	Estados Unidos y Canadá	Aerobic Exercise Recommendations to Optimize Best Practices in Care After Stroke: AEROBICS 2019 Update	NO	NO	SI	NO	NO	NO
14	Estados Unidos	Clinical Practice Guideline to Improve Locomotor Function Following Chronic Stroke, Incomplete Spinal Cord Injury, and Brain Injury	NO	NO	SI	SI	NO	NO

15	Estados Unidos	Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association	NO	NO	SI	NO	NO	NO
16	Estados Unidos	Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors: A statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association	NO	NO	SI	NO	NO	NO
17	Estados Unidos	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation	NO	NO	SI	NO	NO	NO
18	Europa: Italia, Austria, Rumania, Israel, Suiza, Moldova, Alemania, Bélgica	European Academy of Neurology and European Federation of Neurorehabilitation Societies guideline on pharmacological support in early motor rehabilitation after acute ischaemic stroke	NO	NO	SI	NO	NO	NO
19	Europa: Alemania, Grecia, Reino Unido, Suiza, Turquía, España, Italia, Irlanda, Francia	European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia	NO	NO	SI	NO	NO	NO
20	Europa: Países Bajos, Suecia, Bélgica, Reino	European evidence-based recommendations for clinical assessment of upper limb in	NO	NO	SI	NO	NO	NO

	Unido, España, Suiza, Finlandia	neurorehabilitation (CAULIN): data synthesis from systematic reviews, clinical practice guidelines and expert consensus						
21	Europa: Turquía, Suecia, Ucrania, Francia, Rusia, Italia, Bélgica, España, Chipre	Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine professional practice for persons with stroke: The European PRM position (UEMS PRM Section)	NO	NO	SI	NO	NO	NO
22	Filipinas	Clinical Practice Guideline on Stroke Rehabilitation	NO	NO	SI	SI	NO	SI
23	Guatemala	Manejo Rehabilitativo del ICTUS	NO	NO	SI	NO	NO	NO
24	Países Bajos	KNGF Clinical Practice Guideline for Physical Therapy in patients with stroke	SI	SI	SI	NO	NO	NO
25	India	Guidelines for Prevention and Management of Stroke	NO	NO	SI	SI	NO	SI
26	México	Rehabilitación integral de adultos después de un evento vascular cerebral	NO	NO	SI	NO	NO	NO
27	Mongolia	Management of patients with stroke: Rehabilitation prevention and management of complications, and discharge planning	NO	NO	SI	SI	NO	SI
28	Nueva Zelanda	New Zealand Stroke Rehabilitation: A Strategy	NO	NO	SI	SI	NO	SI
29	Perú	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del ataque cerebrovascular isquémico	NO	NO	SI	NO	NO	NO

30	Reino Unido	National clinical guideline for stroke	SI	SI	SI	SI	NO	SI
31	Reino Unido	Stroke rehabilitation in adults	SI	SI	SI	SI	NO	SI
32	Sri Lanka	Management of stroke and transient ischaemic attack in adults	NO	NO	SI	NO	NO	NO
33	Sudáfrica	South African Contextualized Stroke Rehabilitation Guideline	NO	NO	SI	SI	NO	NO
34	Turquía	Best Practice Recommendations for Stroke Patients with Dysphagia: A Delphi-Based Consensus Study of Experts in Turkey-Part I: Management, Diagnosis, and Follow-up	NO	NO	NO	NO	NO	NO
35	Turquía	Best Practice Recommendations for Stroke Patients with Dysphagia: A Delphi-Based Consensus Study of Experts in Turkey-Part II: Rehabilitation	SI	SI	SI	NO	NO	NO

Tabla A2. Consideraciones ELSE

#	País	Título	Consideraciones éticas	Consideraciones legales	Consideraciones sociales	Consideraciones económicas
1	Argentina	Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo	NO	NO	SI	NO
2	Australia	Development and validation of Australian aphasia rehabilitation best practice statements using the RAND/UCLA appropriateness method	SI	SI	SI	NO
3	Australia y Nueva Zelanda	Clinical Guidelines for Stroke Management 2017	NO	NO	SI	SI
4	Camerún	Best Practice Guidelines for the Management and Rehabilitation of Stroke in the Northwest Region of Cameroon	NO	NO	SI	SI
5	Canada	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke	NO	NO	SI	SI
6	Canada	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke Part One: Rehabilitation and Recovery following Stroke	NO	NO	SI	SI
7	Canada	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke Part Two:	NO	SI	SI	SI

		Transitions and Community Participation Following Stroke				
8	Chile	Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más	NO	NO	SI	NO
9	China	Clinical practice guidelines for post-stroke depression in China	NO	NO	SI	NO
10	Colombia	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en población mayor de 18 años	NO	NO	SI	SI
11	España	Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral agudo: Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación	NO	NO	SI	NO
12	Estados Unidos	A Clinical Practice Guideline for the Use of Ankle-Foot Orthoses and Functional Electrical Stimulation Post-Stroke	NO	NO	NO	SI
13	Estados Unidos y Canadá	Aerobic Exercise Recommendations to Optimize Best Practices in Care After Stroke: AEROBICS 2019 Update	NO	NO	NO	NO
14	Estados Unidos	Clinical Practice Guideline to Improve Locomotor Function Following Chronic Stroke, Incomplete Spinal Cord Injury, and Brain Injury	NO	NO	NO	SI

15	Estados Unidos	Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association	NO	SI	SI	SI
16	Estados Unidos	Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors: A statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association	NO	NO	SI	SI
17	Estados Unidos	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation	NO	NO	SI	SI
18	Europa: Italia, Austria, Rumania, Israel, Suiza, Moldova, Alemania, Bélgica	European Academy of Neurology and European Federation of Neurorehabilitation Societies guideline on pharmacological support in early motor rehabilitation after acute ischaemic stroke	NO	NO	NO	NO
19	Europa: Alemania, Grecia, Reino Unido, Suiza, Turquía, España, Italia, Irlanda, Francia	European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia	NO	NO	NO	NO
20	Europa: Países Bajos, Suecia, Bélgica, Reino	European evidence-based recommendations for clinical assessment of upper limb in	NO	NO	NO	NO

	Unido, España, Suiza, Finlandia	neurorehabilitation (CAULIN): data synthesis from systematic reviews, clinical practice guidelines and expert consensus				
21	Europa: Turquía, Suecia, Ucrania, Francia, Rusia, Italia, Bélgica, España, Chipre	Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine professional practice for persons with stroke: The European PRM position (UEMS PRM Section)	NO	NO	SI	NO
22	Filipinas	Clinical Practice Guideline on Stroke Rehabilitation	NO	NO	SI	NO
23	Guatemala	Manejo Rehabilitativo del ICTUS	NO	NO	SI	NO
24	Países Bajos	KNGF Clinical Practice Guideline for Physical Therapy in patients with stroke	NO	NO	SI	SI
25	India	Guidelines for Prevention and Management of Stroke	NO	NO	NO	SI
26	México	Rehabilitación integral de adultos después de un evento vascular cerebral	NO	NO	SI	NO
27	Mongolia	Management of patients with stroke: Rehabilitation prevention and management of complications, and discharge planning	NO	NO	SI	SI
28	Nueva Zelanda	New Zealand Stroke Rehabilitation: A Strategy	NO	SI	SI	SI
29	Perú	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del ataque cerebrovascular isquémico	NO	NO	NO	SI

30	Reino Unido	National clinical guideline for stroke	NO	SI	SI	SI
31	Reino Unido	Stroke rehabilitation in adults	NO	NO	SI	SI
32	Sri Lanka	Management of stroke and transient ischaemic attack in adults	NO	NO	SI	NO
33	Sudáfrica	South African Contextualized Stroke Rehabilitation Guideline	SI	NO	SI	NO
34	Turquía	Best Practice Recommendations for Stroke Patients with Dysphagia: A Delphi-Based Consensus Study of Experts in Turkey-Part I: Management, Diagnosis, and Follow-up	SI	NO	NO	NO
35	Turquía	Best Practice Recommendations for Stroke Patients with Dysphagia: A Delphi-Based Consensus Study of Experts in Turkey-Part II: Rehabilitation	SI	NO	NO	NO

ELSE: éticas, legales, sociales, económicas

Tabla A3. Estándares según el Instituto de Medicina (IOM)

#	País	Título	Transparencia	Conflictos de interés	Aborda je multidisciplinario	Revisión sistemática	Fuerza de recomendaciones	Articulación	Validación externa	Actualización
1	Argentina	Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO
2	Australia	Development and validation of Australian aphasia rehabilitation best practice statements using the RAND/UCLA appropriateness method	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	Australia y Nueva Zelanda	Clinical Guidelines for Stroke Management 2017	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	Camerún	Best Practice Guidelines for the Management and Rehabilitation of Stroke in the Northwest Region of Cameroon	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
5	Canadá	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

6	Canadá	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke Part One: Rehabilitation and Recovery following Stroke	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
7	Canadá	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
8	Chile	Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	China	Clinical practice guidelines for post-stroke depression in China	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
10	Colombia	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en población mayor de 18 años	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

11	España	Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral agudo: Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO
12	Estados Unidos	A Clinical Practice Guideline for the Use of Ankle-Foot Orthoses and Functional Electrical Stimulation Post-Stroke	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
13	Estados Unidos y Canadá	Aerobic Exercise Recommendations to Optimize Best Practices in Care After Stroke: AEROBICS 2019 Update	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
14	Estados Unidos	Clinical Practice Guideline to Improve Locomotor Function Following Chronic Stroke, Incomplete Spinal Cord Injury, and Brain Injury	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
15	Estados Unidos	Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO

16	Estados Unidos	Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors: A statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO
17	Estados Unidos	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
18	Italia, Austria, Romania, Israel, Suiza, Moldova, Alemania, Bélgica	European Academy of Neurology and European Federation of Neurorehabilitation Societies guideline on pharmacological support in early motor rehabilitation after acute ischaemic stroke	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
19	Alemania, Grecia, Reino Unido, Suiza, Turquía, España, Italia, Irlanda, Francia	European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

20	Países Bajos, Suecia, Bélgica, Reino Unido, España, Suiza, Finlandia	European evidence-based recommendations for clinical assessment of upper limb in neurorehabilitation (CAULIN): data synthesis from systematic reviews, clinical practice guidelines and expert consensus	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
21	Turquía, Suecia, Ucrania, Francia, Rusia, Italia, Bélgica, España, Chipre	Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine professional practice for persons with stroke: The European PRM position (UEMS PRM Section)	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
22	Filipinas	Clinical Practice Guideline on Stroke Rehabilitation	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
23	Guatemala	Manejo Rehabilitativo del ICTUS	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI
24	Países Bajos	KNGF Clinical Practice Guideline for Physical Therapy in patients with stroke	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
25	India	Guidelines for Prevention and Management of Stroke	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
26	México	Rehabilitación integral de adultos después de un evento vascular cerebral	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

27	Mongolia	Management of patients with stroke: Rehabilitation prevention and management of complications, and discharge planning	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI
28	Nueva Zelanda	New Zealand Stroke Rehabilitation: A Strategy	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
29	Perú	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del ataque cerebrovascular isquémico	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
30	Reino Unido	National clinical guideline for stroke	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
31	Reino Unido	Stroke rehabilitation in adults	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
32	Sri Lanka	Management of stroke and transient ischaemic attack in adults	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
33	Sudáfrica	South African Contextualized Stroke Rehabilitation Guideline	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
34	Turquía	Best Practice Recommendations for Stroke Patients with Dysphagia: A Delphi-Based Consensus Study of Experts in Turkey- Part I: Management, Diagnosis, and Follow-up	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO

35	Turquía	Best Practice Recommendations for Stroke Patients with Dysphagia: A Delphi-Based Consensus Study of Experts in Turkey- Part II: Rehabilitation	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO
IOM: Institute of Medicine (Instituto de medicina)										

Tabla A4. Calificación según herramienta AGREE

#	País	Título	Alcance y objetivo	Participación de los implicados	Rigor en la elaboración	Claridad de la presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial	Evaluación global
1	Argentina	Consenso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo	75%	31%	19%	28%	13%	17%	2.0
2	Australia	Development and validation of Australian aphasia rehabilitation best practice statements using the RAND/UCLA appropriateness method	86%	75%	73%	86%	71%	83%	6.0
3	Australia y Nueva Zelanda	Clinical Guidelines for Stroke Management 2017	100%	100%	90%	100%	94%	71%	7.0
4	Camerún	Best Practice Guidelines for the Management and Rehabilitation of Stroke in the Northwest Region of Cameroon	89%	69%	66%	69%	75%	42%	5.0
5	Canada	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke	92%	86%	96%	100%	83%	96%	7.0

6	Canada	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke Part One: Rehabilitation and Recovery following Stroke	97%	89%	91%	94%	100%	96%	7.0
7	Canada	Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke	97%	89%	91%	94%	100%	96%	7.0
8	Chile	Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más	92%	64%	47%	89%	50%	29%	5.0
9	China	Clinical practice guidelines for post-stroke depression in China	33%	31%	9%	22%	13%	63%	3.0
10	Colombia	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en población mayor de 18 años	97%	97%	97%	94%	79%	100%	6.0

11	España	Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral agudo: Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación	89%	75%	70%	89%	23%	67%	5.0
12	Estados Unidos	A Clinical Practice Guideline for the Use of Ankle-Foot Orthoses and Functional Electrical Stimulation Post-Stroke	100%	78%	96%	100%	85%	100%	6.5
13	Estados Unidos y Canada	Aerobic Exercise Recommendations to Optimize Best Practices in Care After Stroke: AEROBICS 2019 Update	75%	83%	59%	81%	40%	88%	5.5
14	Estados Unidos	Clinical Practice Guideline to Improve Locomotor Function Following Chronic Stroke, Incomplete Spinal Cord Injury, and Brain Injury	94%	89%	99%	94%	100%	100%	6.5
15	Estados Unidos	Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association	81%	67%	65%	100%	58%	79%	5.5

16	Estados Unidos	Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors: A statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association	67%	47%	68%	72%	60%	92%	5.0
17	Estados Unidos	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation	100%	100%	89%	100%	75%	88%	7.0
18	Italia, Austria, Romania, Israel, Suiza, Moldova, Alemania, Bélgica	European Academy of Neurology and European Federation of Neurorehabilitation Societies guideline on pharmacological support in early motor rehabilitation after acute ischaemic stroke	100%	64%	92%	100%	50%	83%	6.0
19	Alemania, Grecia, Reino Unido, Suiza, Turquía, España, Italia, Irlanda, Francia	European Stroke Organization and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia	100%	69%	94%	97%	46%	100%	6.5

20	Países Bajos, Suecia, Bélgica, Reino Unido, España, Suiza, Finlandia	European evidence-based recommendations for clinical assessment of upper limb in neurorehabilitation (CAULIN): data synthesis from systematic reviews, clinical practice guidelines and expert consensus	83%	92%	65%	86%	42%	96%	5.50
21	Turquía, Suecia, Ucrania, Francia, Rusia, Italia, Bélgica, España, Chipre	Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine professional practice for persons with stroke: The European PRM position (UEMS PRM Section)	86%	64%	56%	89%	38%	71%	6.00
22	Filipinas	Clinical Practice Guideline on Stroke Rehabilitation	94%	78%	85%	100%	58%	67%	6.50
23	Guatemala	Manejo Rehabilitativo del ICTUS	89%	72%	42%	81%	35%	83%	4.50
24	Países Bajos	KNGF Clinical Practice Guideline for Physical Therapy in patients with stroke	100%	86%	86%	100%	54%	88%	6.5
25	India	Guidelines for Prevention and Management of Stroke	67%	44%	15%	58%	33%	29%	2.5
26	México	Rehabilitación integral de adultos después de un evento vascular cerebral	100%	69%	74%	100%	63%	92%	6

27	Mongolia	Management of patients with stroke: Rehabilitation prevention and management of complications, and discharge planning	67%	72%	38%	94%	77%	46%	4.5
28	Nueva Zelanda	New Zealand Stroke Rehabilitation: A Strategy	86%	53%	49%	89%	96%	38%	5
29	Perú	Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del ataque cerebrovascular isquémico	97%	100%	98%	97%	73%	96%	6.5
30	Reino Unido	National clinical guideline for stroke	97%	89%	100%	100%	71%	100%	7
31	Reino Unido	Stroke rehabilitation in adults	100%	86%	97%	100%	88%	96%	7
32	Sri Lanka	Management of stroke and transient ischaemic attack in adults	64%	42%	32%	67%	35%	50%	3.5
33	Sudáfrica	South African Contextualized Stroke Rehabilitation Guideline	97%	83%	83%	94%	88%	71%	6
34	Turquía	Best Practice Recommendations for Stroke Patients with Dysphagia: A Delphi-Based Consensus Study of Experts in Turkey-Part I: Management, Diagnosis, and Follow-up	72%	53%	54%	61%	44%	46%	3.5

35	Turquía	Best Practice Recommendations for Stroke Patients with Dysphagia: A Delphi-Based Consensus Study of Experts in Turkey-Part II: Rehabilitation	72%	53%	54%	67%	46%	46%	3.5
----	---------	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Tabla A5. Análisis post-hoc incluyendo solo GPC

			Alto		Mediano		Total		p test
			n	%	n	%	n	%	
6°P	Población	No	11.0	68.8	10.0	90.9	21.0	77.8	0.37
		Si	5.0	31.2	1.0	9.1	6.0	22.2	
	Pacientes	No	12.0	75.0	9.0	81.8	21.0	77.8	1.00
		Si	4.0	25.0	2.0	18.2	6.0	22.2	
	Proveedores	No	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-
		Si	16.0	100.0	11.0	100.0	27.0	100.0	
	Políticos	No	9.0	56.2	6.0	54.5	15.0	55.6	1.00
		Si	7.0	43.8	5.0	45.5	12.0	44.4	
	Pagadores	No	14.0	87.5	10.0	90.9	24.0	88.9	1.00
		Si	2.0	12.5	1.0	9.1	3.0	11.1	
	Partners	No	13.0	81.2	8.0	72.7	21.0	77.8	0.96
		Si	3.0	18.8	3.0	27.3	6.0	22.2	
ELSE	Éticas	No	16.0	100.0	10.0	90.9	26.0	96.3	0.85
		Si	0.0	0.0	1.0	9.1	1.0	3.7	
	Legales	No	13.0	81.3	11.0	100.0	24.0	88.9	0.37
		Si	3.0	18.8	0.0	0.0	3.0	11.1	
	Sociales	No	5.0	31.3	2.0	18.2	7.0	25.9	0.75
		Si	11.0	68.8	9.0	81.8	20.0	74.1	
	Económicas	No	5.0	31.3	6.0	54.5	11.0	40.7	0.41
		Si	11.0	68.8	5.0	45.5	16.0	59.3	
IOM	Transparencia	No	1.0	6.3	4.0	36.4	5.0	18.5	0.14
		Si	15.0	93.8	7.0	63.6	22.0	81.5	
	Conflictos interés	No	1.0	6.3	8.0	72.7	9.0	33.3	0.01
		Si	15.0	93.8	3.0	27.3	18.0	66.7	
	Multidisciplinario	No	1.0	6.3	1.0	9.1	2.0	7.4	0.64
		Si	15.0	93.8	10.0	90.9	25.0	92.6	
	Revisión sistemática	No	0.0	0.0	5.0	45.5	5.0	18.5	0.01
		Si	16.0	100.0	6.0	54.5	22.0	81.5	
	Fuerza recomendaciones	No	2.0	12.5	5.0	45.5	7.0	25.9	0.14
		Si	14.0	87.5	6.0	54.5	20.0	74.1	
	Articulación	No	0.0	0.0	3.0	27.3	3.0	11.1	0.11
		Si	16.0	100.0	8.0	72.7	24.0	88.9	
	Validación externa	No	0.0	0.0	4.0	36.4	4.0	14.8	0.04
		Si	16.0	100.0	7.0	63.6	23.0	85.2	
	Actualización	No	3.0	18.8	5.0	45.5	8.0	29.6	0.29
		Si	13.0	81.3	6.0	54.5	19.0	70.4	
AGREE II	Alcance objetivo		94.6	7.6	81.3	21.1	89.2	15.7	0.03
	Participación implicado		82.1	11.6	68.9	22.1	76.8	17.6	0.05
	Rigor elaboración		85.0	15.9	58.1	32.3	74.0	27.0	0.01
	Claridad presentación		96.2	5.7	79.8	24.1	89.5	17.6	0.01

Aplicabilidad	69.8	24.4	57.2	24.3	64.7	24.7	0.20
Independencia editor	85.9	18.4	67.1	23.8	78.2	22.4	0.03
Evaluación global	6.4	0.7	4.9	1.4	5.8	1.3	0.00