

REVISIÓN EXTERNA

Comentarios Generales

ID	Revisor	Apartado/ subapartado	Comentario	Respuesta/Acción
01	Daniel Gallego (ALCER)	General	<p>Fantástica Guía, técnicamente hablando, y que nos ha parecido prácticamente perfecta.</p> <p>Desde ALCER nos gustaría que estas guías no fueran unas recomendaciones, fuertemente recomendadas sí, pero no de obligado cumplimiento en todos los centros de diálisis y unidades de nefrología de todos los centros, tanto públicos como concertados. Por todo ello, nos gustaría que se incluyesen estas guías en los planes estratégicos de salud, tanto estatal como autonómicos, y se instase a su obligado cumplimiento.</p> <p>Gracias al equipo multidisciplinar por contar con la opinión de los pacientes, primeros afectados por las consecuencias de una buena praxis, y con gran experiencia en el día a día sobre la creación, desarrollo y mantenimiento de los accesos vasculares.</p>	No requiere.
02	Antonio Tombas (ADER)	General	<p>La guía de accesos vasculares es una herramienta de gran utilidad para el conocimiento de una parte imprescindible en el tratamiento de la hemodiálisis, ya que facilita una información de fácil comprensión para conseguir un correcto estado de los accesos vasculares y contribuye a obtener los resultados deseados. El paciente agradece que las sociedades científicas hayan desarrollado un documento sobre un tema tan importante y preocupante como el que se refleja en esta guía.</p>	No requiere.
03	Fernando Álvarez-Ude (SEN)	General	<p>Veo el inmenso esfuerzo que estas guías han supuesto y de lo valiosas que van a ser para todos los implicados en la hemodiálisis, así que quiero felicitaros por ello.</p>	No requiere.
04		General	<p>Tratar de unificar al máximo las siglas que se utilicen. Evitar redundancias.</p>	Se han unificado las definiciones, siglas y anglicismos en el glosario.
05	José Herrero (SEN)	General	<p>He revisado con detenimiento la Guía y lo primero que quiero decir es enhorabuena tanto a los coordinadores como a los autores. Es una guía muy extensa, pormenorizada, hecha con un gran rigor científico y valiente. El apartado de Indicadores de Calidad de los AV, me parece además de novedoso muy útil.</p>	No requiere.
06			<p>Unificar abreviaturas</p>	Se han unificado las definiciones, siglas y anglicismos en el glosario.
07	Melina Vega	General	<p>Os felicito por el ingente trabajo que habéis realizando con este proyecto y os</p>	No requiere.

	(SEACV)		deseo los mejores resultados.	
08		General	La guía es demasiado larga, lo que la puede hacer más difícil en su lectura.	Se ha asumido la extensión y exhaustividad de la Guía dado el objetivo perseguido en su confección. Ese objetivo es doble. En primer lugar, la revisión de la evidencia con su traducción en recomendaciones, y en segundo lugar, siguiendo el concepto de la anterior edición de la Guía, un objetivo docente. Es decir, proporcionar también los conocimientos necesarios al usuario para conocer desde los fundamentos del acceso vascular para hemodiálisis hasta los últimos avances en todas las áreas.
09		General	Existe redundancia a lo largo de los textos, como la repetición de temas similares entre apartados.	Se ha corregido la duplicidad de contenido en los apartados.
10		General	La estructura que se ha elegido para redactar la guía contribuye a la repetición y la redundancia (las recomendaciones, seguidas del razonamiento, el apartado "de la evidencia a la recomendación", que repite lo expuesto anteriormente, y de nuevo la repetición de las recomendaciones). Esta estructura no es habitual en los documentos de guías clínicas, y, para los clínicos, es más difícil de seguir. Personalmente prefiero una estructura de texto que razone y presente la evidencia, de modo breve y claro, seguido de recomendaciones con su nivel de evidencia y grado de recomendación, así de forma más simple y con muchos menos apartados.	La estructura elegida para editar la Guía, tal y como se ha expuesto en la introducción de un modo detallado, depende de la normativa asociada al sistema elegido, que ha sido GRADE. La exposición de la evidencia y su interpretación, supone un sistema que aunque inicialmente parezca redundante lo que hace es pasar por diferentes pasos para hacer al usuario partícipe de las diferentes fases que implican la búsqueda, síntesis e interpretación de la evidencia. Esto es, desarrollo de la evidencia, su síntesis y el paso de la evidencia a la recomendación. Este último es fundamental pues puede cambiar sustancialmente la interpretación de la evidencia en su paso a la recomendación.
11	Sergi Bellmunt (SEACV)	General	Sugiero la sustitución sistemática del concepto "screening" por la palabra "cribado". Otras expresiones anglosajonas del texto no tienen una traducción adecuada en nuestro idioma o tienen una elevada penetración en nuestro vocabulario que las hace imprescindible. Sin embargo, "cribado" es válida y conocida en nuestro idioma.	Se han evitado los anglicismos, utilizando el equivalente en español, describiendo en el glosario las equivalencias.
12		General	Se aconseja modificar algunas descripciones. Vigilar los tiempos verbales.	Se ha corregido el redactado de las descripciones confusas y los tiempos verbales.
13		General	Unificar citas bibliográficas según estilo Vancouver	Se ha revisado la corrección de los errores de las citas bibliográficas según la normativa del estilo Vancouver.
14		General	Se confunde en ocasiones el concepto "tipo de indicador" con el formato de expresión del mismo. Un indicador puede ser de estructura, de proceso o de resultado. Otra cuestión es el formato en el que se ha de expresar.	Se han corregido los conceptos asociados a los indicadores.
15		General	En el material complementario se indica la graduación de la evidencia de otras guías y en ocasiones no se especifica cuál es la escala utilizada en dichas guías.	El análisis de la evidencia proporcionada por otras Guías el objetivo es sintetizar sus recomendaciones como fuente de evidencia. Pero en cualquier caso, metodológicamente no se puede realizar el análisis del nivel de evidencia ni de su

				calidad.
16	José Luis del Cura (SERVEI)	General	Felicitarnos por el trabajo, ante todo. Es una revisión concienzuda y rigurosa del tema que ha tenido que llevaros muchísimo tiempo, porque está muy bien hecha y no es un mero repaso y una mera opinión de expertos. Ha sido un placer, y un honor, participar en esta extraordinaria iniciativa.	No requiere.
17		General	Echo de menos unas normas generales de estilo: una política de abreviaturas, un consenso en cómo tratar el nivel de evidencia, un consenso en cómo presentar los resultados de la bibliografía, unas pautas para escribir la guía en castellano, evitando el abuso del inglés y los anglicismos, y una revisión de estilo global.	Se han unificado las abreviaturas. El resultado de la revisión de la evidencia se ha realizado siguiendo las directivas GRADE, normas que se exponen en la introducción. La búsqueda bibliográfica se ha realizado con los algoritmos de búsqueda que se han adjuntado en los anexos. Mediante las tablas GRADE se ha evaluado la calidad de la evidencia derivada de la bibliografía seleccionada para su análisis. Se describe la literatura excluida y los resultados del análisis, que se adjuntan en los anexos. De esta información se ha seleccionado la considerada imprescindible para plasmar el desarrollo de la evidencia y su síntesis en los diferentes apartados, así como la bibliografía seleccionada que se ha citado, por lo tanto, al final de cada apartado. Se ha restringido al máximo el uso del castellano en la Guía, dejando los anglicismos solo en las ocasiones consideradas como imprescindibles. Se ha creado en el Glosario un apartado para los anglicismos considerados tributarios de ser referenciados en relación con su correspondiente término en castellano. Se ha corregido y unificado el estilo de redacción.
18		General	La evidencia científica, concretamente, se debería dar para cada recomendación, no para cada bloque. Y debería usarse la terminología de la escuela de Oxford explicándola de entrada. Se debería obtener siempre de bibliografía científica, evitando usar las GPC, como se ha hecho en algún apartado. Las GPC son opiniones de expertos, y si se quiere darlas como una evidencia científica más alta, hay que usar las fuentes bibliográficas de esas guías.	Si bien puede ser razonable proporcionar la evidencia para cada recomendación, el formato de las preguntas clínicas siguiendo la normativa GRADE formulándolas en modelo PICO, tal y como se refiere en la introducción, hace que las recomendaciones se generen a expensas de una pregunta clínica, es decir de una búsqueda bibliográfica específica. Por lo que estas recomendaciones surgirían de un mismo entorno bibliográfico. Como se ha comentado, se ha decidió utilizar la normativa GRADE, que no solo tiene en cuenta la metodología de los estudios si no que incide específicamente en la calidad de estos para establecer las recomendaciones en función de ambos conceptos. Esta metodología permite la revisión e inclusión de Guías de Práctica Clínica previas, si bien como es obvio, no entra en valoración ni del nivel de evidencia ni de su calidad.
19		General	Los apartados son bastante heterogéneos, y se nota que están escritos por personas diferentes que a veces tienen criterios diversos. Una cierta labor de homogeneización previa por un par de revisores internos antes de la fase de la revisión externa, sería deseable.	Al incluir en el grupo de trabajo diferentes miembros de hasta 5 sociedades científicas ha hecho inevitable esta heterogeneidad. Se ha corregido y unificado el estilo de redacción.

20	Fernando González (SEDEN)	General	Una vez finalizada y revisada la totalidad de apartados de la guía, no me queda más que agradecer y enviaros mi más sincera felicitación por vuestro trabajo. Será sin duda una herramienta de enorme utilidad para todos los profesionales implicados en la materia.	No requiere.
21			Errores tipográficos	Se han corregido los errores tipográficos
22	Isabel Crehuet (SEDEN)	General	Ante todo, quiero felicitar a todos los que han hecho este gran esfuerzo para realizar este trabajo de actualización de las guías.	No requiere.
23	Jesús Fortún (SEIMC)	General	Ante todo quiero agradecer la confianza que el equipo editorial ha depositado en mí para actuar como evaluador externo de estas guías. Vaya por delante mi felicitación a todos los autores por la calidad del trabajo, la revisión pormenorizada de la bibliografía, el esfuerzo en la elaboración de las recomendaciones, el consenso de las mismas y la consecución de los objetivos planteados. He leído con detenimiento las guías clínicas y he apreciado el enorme esfuerzo de revisión bibliográfica y resumen de contenidos que se llevan a cabo. El contenido científico de las guías es muy extenso y pormenorizado. Creo que pueden constituir unas excelentes guías de referencia en el campo del acceso vascular para las sociedades científicas implicadas. La elección de los temas y el tratamiento científico de los mismos es de gran calidad.	No requiere.
24		General	A nivel de introducción, se echa de menos un marco descriptivo de las guías: la justificación de las mismas, la población diana a la que van dirigidas y la descripción y cualificación de los autores que las elaboran.	Se ha realizado una introducción donde se expone la justificación de la Guía, la composición del grupo que la ha desarrollado y sus características, a quien va dirigida, el alcance, la metodología y su estructura.
25		General	Sistema GRADE. Las guías mencionan que se ha seguido este sistema de clasificación de evidencia (alta, moderada, baja y muy baja). Sería recomendable una descripción de este score y disponer de una tabla explicativa en relación a los diferentes niveles de evidencia y que describa el mismo. Su utilización no es frecuente en otras guías y no permite un análisis más específico de las fuentes (meta-análisis, ensayos clínicos multicéntricos, estudios no comparativos, descripción de casos...) y la fuerza que eso confiere a la recomendación. La mayoría de las menciones en los diferentes temas a las recomendaciones es: DEBIL, independientemente del acuerdo de los expertos que suele ser numeroso.	Se ha descrito en la introducción la metodología del Sistema GRADE
26		General	No se sigue el mismo esquema en los temas. Es confuso el ítem "Pregunta Clínica" y su diferenciación con los temas generales. Sería más fácil para el lector un esquema único: a) tema o pregunta, b) revisión de la literatura, c) recomendaciones del comité de expertos. Sin embargo, a lo largo de los temas se utiliza: a)	Con el fin de utilizar un sistema que permitiera en una misma guía unificar la evidencia que podía provenir desde la revisión sistemática de la evidencia hasta las opiniones de experto, se decidió utilizar un mismo esquema de desarrollo. Este estaría más implementado en el caso de las preguntas clínicas al incluir el

		<p>recomendaciones, b) razonamiento... ó a) resumen de la evidencia, b) desarrollo de la síntesis de la evidencia, c) de la evidencia a la recomendación y d) recomendaciones (repetiendo en ocasiones lo que se ha mencionado en el epígrafe a). En algunos temas faltan los epígrafes de recomendación o de razonamiento. Esta forma de tratar los temas es un poco confusa.</p>	<p>desarrollo de la evidencia, su síntesis y las recomendaciones derivadas de un paso previo que llevaría de la evidencia a la recomendación; o menos implementado en el caso de la revisión narrativa de la evidencia donde simplemente puede llegar exponerse únicamente el razonamiento. Es de destacar que las recomendaciones derivadas de las preguntas clínicas por el propio proceso descrito se exponen al final del apartado dedicado a la pregunta clínica paralelamente a estar expuestas al principio de cada apartado junto con el resto de recomendaciones que no provienen de la revisión sistemática de la evidencia.</p>
27	General	<p>Hay bastante desproporción entre las extensas revisiones de la bibliografía y las limitadas conclusiones. Estas son con frecuencia bastante generales.</p>	<p>En el terreno del acceso vascular, aunque la literatura es profusa, es difícil encontrar en algunos ámbitos estudios que metodológicamente se hayan realizado con alta calidad. Lo que hace que a la hora de establecer las recomendaciones, algunas no puedan proporcionar unas normas de actuación concretas por la falta de evidencia o la evidencia que existe se considere de insuficiente calidad.</p>
28	General	<p>En los párrafos de recomendación no deberían incluirse citas bibliográficas. Sería recomendable utilizar las citas sólo en la revisión de la bibliografía. Es importante mantener el mismo esquema en todos los temas discutidos o preguntas. En ocasiones no hay epígrafes ó títulos indicativos.</p>	<p>Se han retirado las citas bibliográficas de los párrafos de recomendación. Se ha unificado el esquema de discusión de la evidencia en todos los apartados. Se han colocado títulos en todos los apartados.</p>
29	General	<p>Podría ser interesante añadir una tabla explicativa con definiciones de los principales conceptos y acrónimos.</p>	<p>Se ha realizado un glosario con la definición de los principales términos y sus correspondientes acrónimos y anglicismos.</p>
30	General	<p>Hay enunciados de temas que no están realizados como preguntas pero se tratan como tales.</p>	<p>Como se ha comentado más arriba, se ha desarrollado la guía siguiendo un mismo esquema adaptable a los diferentes tipos de contenidos, ya sea preguntas clínicas o no. Las preguntas clínicas siempre llevan el mismo formato, desde la revisión de la evidencia, las tablas GRADE anexas, y la formulación de recomendaciones derivadas. Por otro lado en relación a la formulación de las preguntas, todas tienen formato de cuestión, siendo algunas más explícitas en el contenido que otras por considerarse que así se requería.</p>
31	General	<p>En general los temas son demasiado extensos.</p>	<p>La mayor extensión de los apartados, que escapa a la habitual concepción de una guía clásica, se concibió para ofrecer al usuario no solo las recomendaciones para la ayuda en la toma de decisiones, sino la posibilidad de completar el contenido con los principales conceptos necesarios para conocer el manejo del acceso vascular en los diferentes apartados. No existen tratados donde se recoja esta información de un modo reglado y actualizado en todos los aspectos, por lo que en cada apartado se tratan tales conceptos desde un punto de vista docente, dejando para los anexos la información que se considera complementaria.</p>

APARTADO 1

ID	Revisor	Apartado/ subapartado	Comentario	Respuesta/Acción
01	Fernando Álvarez-Ude (SEN)	General	Se sugiere AV para arteriovenoso y para Acceso Vascular: AVasc y otras abreviaturas.	Por criterio unificado del grupo se ha decidido AV para acceso vascular por ser la terminología más común. Resto de abreviaturas corregidas e incluidas en el glosario.
02		General	Sugerencias de correcciones semánticas y de redacción. Unificación de siglas.	Se han corregido.
03		General	Sugerencias como ERCA para enfermedad renal crónica avanzada.	Se han corregido.
04	José Herrero (SEN)	General	Sugerencias de correcciones semánticas y de redacción.	Se han corregido.
05		General	Sugerencias de abreviaturas.	Se han añadido al glosario.
06	Sergi Bellmunt (SEACV)	General	Se sugieren cambios de redacción y correcciones semánticas. Evitar redundancias. Definir y unificar acrónimos. Introducir citas bibliográficas en texto que lo requiere.	Se han realizado los cambios en la redacción y las correcciones semánticas. Se han corregido las redundancias. Se ha realizado un Glosario donde se definen los acrónimos. Se han corregido las citas bibliográficas.
07	Melina Vega (SEACV)	General	Unificar estilo de redactado. Se sugieren correcciones semánticas y evitar redundancias. Definir acrónimos.	Se ha unificado el estilo de redacción, se han realizado las correcciones semánticas y se ha unificado el contenido, evitando las redundancias. Se ha realizado un glosario donde quedan definidos los acrónimos.
08	Antonio Segarra (SERVEI)	Pregunta Clínica 1.2.	Se echan de menos las indicaciones de la flebografía preoperatoria, como edema de brazo, etc.	El análisis de la evidencia se ha dirigido hacia los criterios sistemáticos a tener en cuenta en la planificación del acceso vascular. Por lo que el resultado del análisis de la evidencia ha contemplado las exploraciones a realizar de modo rutinario y no invasivo. Este es, la exploración física o la ecografía. Por ello la indicación de la flebografía o pruebas que supongan mayor invasividad como la arteriografía se entiende que se reservan para la aproximación individualizada del paciente complejo o con el lecho vascular comprometido, tal y como se describe en el apartado 2.
09	José Luis del Cura (SERVEI)	General	Sugerencias de correcciones semánticas, abreviaturas y de redacción.	Se han corregido.
10	Isabel Crehuet	General	Sugerencias de correcciones semánticas, tipográficas y de redacción.	Se han corregido.

	(SEDEN)			
11	Daniel Gallego (ALCER)	Preámbulo Pág. 1	Se aconseja introducir el concepto de que un paciente experto y con experiencia en varios tipos de TSR pudiera hablar con el portador de ERCA, y que se le derivase a asociaciones de pacientes para su orientación también, pudiendo contrastar experiencias con otros pacientes.	Se ha introducido la sugerencia.
12		R 1.1.1. Pág. 2	“las unidades de nefrología que generan enfermos para TSR deber de disponer...” En lugar de “generaran” mejor “donde se derivan”	Se interpreta que es donde se generan donde se debe de orientar al paciente.

APARTADO 2

ID	Revisor	Apartado/ subapartado	Comentario	Respuesta/Acción
01	Fernando Álvarez-Ude (SEN)	General	Correcciones en los términos utilizados y sugerencias gramaticales.	Se han realizado las correcciones terminológicas y gramaticales, incluyendo el uso de siglas y acrónimos.
02		Pág. 3	Consideración sobre la extremidad dominante en la elección del acceso.	Se ha incorporado el comentario sobre el beneficio para la actividad cotidiana de usar la extremidad no dominante para el acceso.
03		Pág. 7	Comentario sobre el uso del anglicismo "loop".	Se considera un anglicismo incorporado a la terminología en español.
04		Pág. 9	Correcciones en el texto correspondiente a la técnica quirúrgica del acceso protésico.	Se ha redactado de nuevo todo el párrafo.
05	José Herrero (SEN)	General	Falta de uniformidad en la nomenclatura de los distintos términos a lo largo del apartado.	Se han unificado los términos de acuerdo con el glosario.
06	Sergi Bellmunt (SEACV)	General	Errores ortográficos.	Se han corregido los errores ortográficos.
07		General	Errores en la construcción gramatical del texto.	Se han corregido los errores de construcción gramatical.
08		General	Fragmentación de la información en párrafos.	Se ha corregido en su totalidad el estilo literario del texto.
09		General	Sugerencias de cambios en el redactado de recomendaciones.	Se ha corregido el redactado de las recomendaciones que se ha considerado que no modificaba el sentido de la recomendación.
10		General	Anotaciones sobre deficiencias en las referencias bibliográficas	Se han corregido las citas con errores.
11		R 2.1.3	Aclaración en la definición.	Se ha aclarado la definición.
12		Apartado 2.3.2	Corrección en el redactado sobre las prótesis vasculares.	Se ha realizado una nueva redacción del apartado.
13		Apartado 2.4.1	Corrección en el redactado sobre los accesos vasculares en miembros inferiores.	Se ha realizado una nueva redacción del apartado.
14	Apartado	Corrección en el redactado sobre los factores pronósticos de la FAV.	Se ha realizado una nueva redacción del apartado.	

	2.5.1 y 2.5.2		La pregunta clínica III sobre los criterios necesarios en la planificación del acceso ha sido trasladada al apartado 1 (procedimientos previos a la realización del acceso) para mayor comprensión.
15	Pág. 1	Definir abreviatura "RC".	Se han unificado y estandarizado las abreviaturas en el glosario y en el texto.
16	Pág. 3	Aclaración sobre la recomendación 2.2.4	Se ha reformulado la recomendación, evitando la ambigüedad comentada.
17	Pág. 4	Comentario sobre el apartado 2.2.2 "FAV nativas de codo/fosa antecubital"; aclaración sobre mantener el drenaje en una o en dos venas de salida -vena cefálica y / o basílica-.	El redactado y la estructura del apartado han sido reestructurados. Con respecto a la conveniencia o no de mantener el drenaje por ambas venas (cefálica y basílica), la evidencia disponible se refiere a la mayor incidencia de isquemia en las FAV a nivel de codo, pero sin desglosarse sobre el drenaje por una o dos venas; la comparación directa entre cefálica y basílica tampoco ha podido demostrar diferencias entre ambas (Rocha 2012). Así pues, la evidencia se basaría en opinión de expertos, con el agravante de que incluso a este nivel tampoco hay unanimidad, sino que hay distintas opiniones, en ocasiones enfrentadas; es por ello que se ha decidido no recomendar ni sugerir ningún matiz sobre este tema.
18	Pág. 8	Aclaración sobre las indicaciones (según Sgroi) de injertos como primera opción de acceso vascular.	El autor no hace referencia a si se trata de indicar el injerto en la extremidad superior o inferior, únicamente propone la indicación de injerto, de forma general, en casos de no disponibilidad de vasos para realizar una acceso vascular autólogo.
19	Pág. 9	Comentario sobre las anastomosis latero-terminales.	En la literatura revisada la tendencia es que al referirse a anastomosis término-lateral se trata de lateral en arteria y terminal en vena, y se usa para diferenciar entre éste tipo de anastomosis y la latero-lateral (es decir, manteniendo el drenaje venoso tanto en sentido anterógrado como retrógrado).
20	Apartado 2.5.1	Pregunta sobre el significado de "FAV radio-cefálica posterior".	El apartado de factores pronósticos ha sido transferido al apartado 1. Asimismo, se ha eliminado la referencia del que procede este término en el texto; sólo consta este artículo en la tabla VII del apartado 1, únicamente con respecto al diámetro de la vena como factor pronóstico.
21	Pág. 16	Comentario sobre el "término socio-demográfico", proponiendo su sustitución por epidemiológico.	En la opinión de los autores, el término "socio-demográfico" posiblemente pueda englobar factores más amplios que únicamente los epidemiológicos, sobre todo con respecto a los factores sociales y culturales que pueden llegar a influir en la decisión del acceso idóneo.
22	Pág. 18	Comentario sobre el orden de utilización de las venas de la fosa antecubital en la	El texto enumera únicamente las venas disponibles para poder realizar la

			realización del acceso, que hace referencia a que el uso de una u otra vena no responde a un orden preestablecido sino a criterios de desarrollo y anatómicos.	anastomosis, sin pretender establecer un orden. En todo caso, para evitar ambigüedades, se ha reescrito totalmente el texto.
23		Pág. 19 y 20	Comentario sobre la necesidad de unificar términos a lo largo de la guía.	Se ha intentado unificar términos en la medida de lo posible, según el glosario.
24		Pág. 23	Ausencia de la referencia bibliográfica.	Se ha creado un nuevo apartado dedicado al acceso vascular en el paciente de edad avanzada, y se ha eliminado la referencia citada.
25	Melina Vega (SEACV)	General	Reiteración de conceptos entre apartados 1 y 2.	Ambos apartados han sido reestructurados, distribuyéndose los temas entre ambos.
26		General	Errores ortográficos y gramaticales.	Se han corregido los errores ortográficos y gramaticales.
27		Pág. 5	Definición del acrónimo "ARP".	Se ha eliminado dicho acrónimo.
28		Apartado 2.5	Redundancia los factores pronósticos del AV entre los apartados 1 y 2.	Se ha agrupado todo lo referente a factores pronósticos en su subapartado del apartado 1.
29		Apartado 2.5.1	Falta de datos y distintos errores en la exposición de datos estadísticos.	Se ha corregido totalmente el apartado, sus referencias y los datos.
30		Apartado 2.6.1 Pregunta Clínica V	Recomendación de transferir el punto de "localización preferente del acceso vascular" al apartado 1. Recomendación de transferir la pregunta clínica V (el orden de realización del acceso) al apartado 1.	En los apartados 1 y 2, dado su temática, es inevitable que en la práctica se imbriquen los contenidos. Así, con respecto a la estructura inicial se ha transferido el apartado de la planificación del acceso vascular del apartado 2 al 1, incluyendo la pregunta clínica, recomendaciones y citas bibliográficas. El criterio para delimitar uno y otro apartado ha sido temporal; es decir todos los procedimientos previos al momento de la intervención se han agrupado en el apartado 1 y todos los procedimientos relativos a la cirugía se han mantenido en el apartado 2.
31			Ausencia de la referencia bibliográfica.	Se ha creado un nuevo apartado dedicado al acceso vascular en el paciente de edad avanzada, y se ha eliminado la referencia citada.
32	José Luis del Cura (SERVEI)	General	Correcciones en la redacción. Evitar Anglicismos. Evitar redundancias en las descripciones estadísticas y unificar términos estadísticos.	Se han realizado las correcciones en la redacción y revisado los anglicismos. Se ha realizado un glosario donde se definen las equivalencias de los términos en español con sus respectivos anglicismos.
33	Isabel Crehuet (SEDEN)	General	Correcciones tipográficas.	Se ha realizado la corrección de los errores tipográficos.

APARTADO 3

ID	Revisor	Apartado/ subapartado	Comentario	Respuesta/Acción
01	Fernando Álvarez-Ude (SEN)	General	Observaciones de redactado y formato.	Se han revisado y corregido las observaciones referentes a redacción y formato, excepto la referente a thrill (vibración o frémito). Se han corregido todos los anglicismos, dejando únicamente aquellos en que se consideran consolidados en la terminología española como puede ser éste.
02		Pregunta Clínica 3.1	Redactado del apartado referente a la realización de ejercicios isométricos en la maduración del AV.	Se ha modificado el redactado referente al estudio de Uy y cols.
03	José Herrero (SEN)	General	Sugerencias en la redacción y abreviaturas.	Se han realizado las correcciones en la redacción. Se han unificado las abreviaturas y descrito en el glosario.
04		General	Abreviaturas FAVn y FAVp.	Se han revisado y corregido todas las abreviaturas FAVn y FAVp.
05	Sergi Bellmunt (SEACV)	General	Recomendaciones referentes al redactado del texto. Unificar terminología y acrónimos.	Se han realizado las correcciones en la redacción del texto. Se ha unificado la terminología y los acrónimos, definiéndose en el Glosario.
06		Pregunta Clínica 3.2	Definición del período de maduración en el apartado razonamiento.	Se ha modificado la definición del período de maduración en el apartado razonamiento.
07	Melina Vega (SEACV)	General	Comentarios referentes al formato y redactado del apartado.	Se han realizado las correcciones en el formato y redacción del texto.
08		Pág. 3	Relación entre el sexo femenino y la diabetes como factores preoperatorios relacionados con una peor permeabilidad inmediata tras la creación de FAVn.	Según los estudios revisados existe relación entre el sexo femenino y la diabetes como factores preoperatorios relacionados con una peor permeabilidad inmediata tras la creación de FAVn.
09		Tabla 1	Falta completar.	Se ha completado.
10	José Luis del Cura (SERVEI)	General	Recomendaciones referentes al redactado del texto.	Se han realizado las correcciones en la redacción del texto.

APARTADO 4

ID	Revisor	Apartado/ subapartado	Comentario	Respuesta/Acción
01	Fernando Álvarez-Ude (SEN)	General	Sugerencias de correcciones semánticas y de redacción. Evitar anglicismos. Unificar acrónimos.	Se han realizado las correcciones semánticas y de redacción. Se ha realizado un glosario donde se unifica la terminología, acrónimos y se describen los anglicismos que se retiran del texto en la medida de lo posible. Se han dejado los anglicismos que se consideran consolidados en la terminología del Acceso Vascular.
02	José Herrero (SEN)	General	Unificar abreviaturas.	Se han corregido y unificado las abreviaturas.
03	Sergi Bellmunt (SEACV)	General	Evitar anglicismos. Sugerencias de redacción y correcciones semánticas.	Se han corregido los anglicismos, que se describen en el Glosario. Se ha corregido la redacción y errores semánticos.
04	Melina Vega (SEACV)	General	Apartado muy completo y bien redactado. Sin embargo, dudo que la exhaustividad con la que se describen las diferentes técnicas de monitorización deban incluirse en un documento de guía clínica.	Como se ha comentado en la introducción el objetivo de la Guía es doble. En primer lugar la revisión sistemática de la evidencia y de su calidad para establecer recomendaciones y en segundo lugar un propósito docente revisando todos los conceptos asociados al acceso vascular de un modo integral.
05		General	Errores tipográficos. Sugerencias en la redacción y en la terminología estadística. Unificar abreviaturas.	Se han corregido los errores tipográficos, de redacción y en la terminología estadística. Se han unificado las abreviaturas y se han descrito en el glosario.
06	José Luis del Cura (SERVEI)	General	Sugerencias de redacción, evitar anglicismos.	Se han corregido los errores de redacción y los anglicismos. Estos últimos se definen en el glosario.
07	Antonio Segarra (SERVEI)	Pág. 14	Se sugiere incluir la limitación de la ecografía en la exploración de las venas centrales.	En el apartado 4 se ha contemplado el uso de la ecografía como prueba de cribado y su valor predictivo diagnóstico. El tema específico del diagnóstico de patología venoso central y el requerimiento de flebografía se trata en el apartado 5.
08	Isabel Crehuet (SEDEN)	General	Errores ortográficos.	Se han corregido los errores ortográficos.
09	Jesús Fortún (SEIMC)	General	Apartado excesivamente largo, especialmente en la descripción de aspectos de semiología clínica que no deberían ser objetivo prioritario de una guía de consenso. La discusión en este apartado de la tecnología aplicada al seguimiento y mantenimiento de las fístulas es excesivamente prolija. Este apartado finaliza recomendando la realización de un ensayo clínico aleatorizado para conocer el valor predictivo de la trombosis y de la supervivencia	La mayor extensión de los apartados, como se ha comentado, se encuentra en relación al valor añadido que se contempla en los objetivos de completar el contenido con los principales conceptos necesarios para conocer el manejo del acceso vascular en los diferentes apartados. Ejemplo de ello es este apartado 4, donde si el lector no conoce todos los medios de monitorización y vigilancia del acceso vascular, difícilmente va a entender las recomendaciones. Es decir, se pretende incluir con una carga docente importante que intenta acercarse más a la Guía KDOQI norteamericana que a la Guía Europea vigente.

			del AV. Esto debería ser una limitación para justificar la falta de evidencia en este campo pero no una recomendación de manejo en unas guías clínicas.	La recomendación de la realización de un ensayo clínico se retira.
--	--	--	---	--

APARTADO 5

ID	Revisor	Apartado/ subapartado	Comentario	Respuesta/Acción
01	Fernando Álvarez-Ude (SEN)	5.1.1.	Stent, upstream en cursiva.	Se han evitado los anglicismos y los considerados necesarios se pasan a cursiva.
02		General	Correcciones ortográficas y gramaticales o de expresión o de redacción.	Se han corregido.
03		General	Sugerencias de corrección de sintaxis o gramaticales o de comprensión. Revisar abreviaturas.	Se han corregido los errores de sintaxis y gramaticales. Se han unificado las abreviaturas.
04	José Herrero (SEN)	General	Revisar abreviaturas.	Se revisado y unificado las abreviaturas.
05	Sergi Bellmunt (SEACV)	General	Correcciones de sintaxis, gramaticales, tiempos verbales y errores en la normativa de la bibliografía según Vancouver. Abreviaturas.	Se han corregido los errores de sintaxis. Se ha revisado la gramática y tiempos verbales. Se ha revisado la bibliografía según la normativa Vancouver. Se han revisado y unificado las abreviaturas.
06	Melina Vega (SEACV)	General	<p>Texto excesivamente largo y exhaustivo en datos. Interesa interpretación resumida de las ideas, fusión de diferentes apartados y del estilo de escritura y evitar redundancias. Revisar frases confusas y la redacción.</p> <p>Se sugieren frases para mejorar la comprensión.</p> <p>Se sugiere eliminar resultado votaciones.</p> <p>Vigilar redactado de recomendaciones para que su lectura sea independiente del texto.</p>	<p>Se ha asumido la extensión y exhaustividad del texto dado el objetivo con el que se ha confeccionado la guía tal y como ya se expone en la introducción. Ese objetivo es doble, tanto la revisión de la evidencia con su traducción en recomendaciones como docente, siguiendo el concepto de la anterior edición de la Guía. Es decir, proporcionar también los conocimientos necesarios al usuario para conocer desde los fundamentos del acceso vascular para hemodiálisis hasta los últimos avances en todas las áreas.</p> <p>Se ha corregido la duplicidad de contenido en los apartados y corregido y unificado el estilo de redacción.</p> <p>El resultado de las votaciones se ha decidido incluir. De manera excepcional, en las preguntas clínicas que no se obtuvo el acuerdo suficiente en la discusión y justificación sobre la fuerza de las recomendaciones, se procedió a un método de consenso estructurado por votación (Jaeschke 2008), tal y como se describe en la introducción.</p> <p>Se han corregido las recomendaciones para evitar que su lectura dependa del texto.</p>
07		General	Explicar terminología o técnicas concretas.	Se han definido en el glosario.
08		R 5.2.2 y R 5.2.2.1	R 5.2.2) En el tratamiento de la trombosis de la FAV, se recomienda como primera opción de tratamiento tanto para fístulas nativas como prótesis la terapia endovascular con la utilización si es necesaria de dispositivos de trombectomía	Se ha dividido la recomendación para FAVn y FAVp. Para las la FAVn se recomienda inicialmente el tratamiento quirúrgico y para la FAVp el tratamiento indistinto endovascular o quirúrgico.

		<p>mecánica o por aspiración.</p> <p>R 5.2.2.1) Si la resolución del trombo no es completa se sugiere añadir fibrinolíticos.</p> <p>No se entiende la recomendación. ¿Trombectomía mecánica en segundo orden cuando realmente es endovascular y por lo tanto de primera?</p> <p>Además, si los fibrinolíticos se dejan como 2ª opción “si la resolución del trombo no es completa”, y la utilización de dispositivos de trombectomía mecánica o por aspiración se contempla “si es necesaria”, ¿cómo se eliminan de entrada los trombos vía terapia endovascular?</p>	<p>Para el tratamiento endovascular dado que la primera opción habitual es la tromboaspiración manual con presión negativa, se deja como siguiente opción en caso de considerarse necesario el uso de dispositivos que permite la trombectomía mecánica o su aspiración.</p> <p>Se ha retirado la recomendación de la opción de los fibrinolíticos.</p>
09	5.2.2	<p>Si la disponibilidad de fibrinólisis/trombectomía mecánica o por aspiración endovascular no están disponibles en muchos centros del país, al menos de forma urgente / semiurgente, la recomendación debería ser más abierta, en función de la disponibilidad.</p>	<p>Se ha decidido obviar en la Guía la decisión de realizar un proceso diagnóstico o terapéutico en función de la disponibilidad de este. Se ha racionalizado la toma de decisiones en función de la evidencia disponible al respecto, independientemente de las circunstancias que puedan rodear al propio procedimiento, dado que podría impedir la optimización de la toma de decisiones de modo adecuado.</p>
10	Pág. 23	<p>“A diferencia del metaanálisis realizado por Green en el que los resultados eran claramente favorables a la cirugía, el estudio de Kuhan equipara el tratamiento endovascular al quirúrgico, siendo el primero menos agresivo. Las técnicas endovasculares con la utilización de dispositivos de trombectomía mecánica y por aspiración (<i>angiojet</i>) y la incorporación de nuevos balones para angioplastia con más prestaciones técnicas, han nivelado la balanza entre cirugía y tratamiento endovascular teniendo esta última la ventaja de ser menos invasiva”.</p> <p>Este párrafo parece escrito de forma no imparcial. El metaanálisis de Green, favorable a la cirugía, es el único estudio no detallado a pesar de ser un metaanálisis.</p>	<p>El metaanálisis de Green al presentar resultados claramente favorables a la cirugía se considera que no requiere explicación adicional. Sin embargo el hecho de que en el estudio de Kuhan, mucho más reciente, desaparezcan las diferencias, se considera oportuno dotarlo de un comentario adicional.</p>
11	R 5.2.3	<p>Se recomienda la intervención electiva en la FAV disfuncionante cuando reúna criterios de riesgo de trombosis y no esperar a la trombosis de la FAV para realizar su recuperación.</p> <p>Esta recomendación pertenece mejor al apartado anterior sobre monitorización del AV.</p>	<p>Dado que la recomendación concierne al tratamiento se ha decidido mantener en esta apartado. Y más cuando la decisión afecta a una actitud en la que hay que decidir si la opción es conservadora o activa.</p> <p>Se ha corregido el redactado.</p>
12	Tratamiento antiagregante Pág. 29	<p>“No se han identificado estudios relevantes relacionados con este aspecto...”</p> <p>Este apartado ofrece resultados brutos pero no ayuda a interpretarlos. Por ejemplo, hay datos que indican una reducción en la trombosis de FAV con la</p>	<p>En el desglose de los diferentes <i>outcomes</i> relacionados con la antiagregación uno ellos es la FAV no solo no trombosada sino que sea útil para poder ser utilizada. Se define en los apartados 3 y 4.</p>

			antiagregación pero no consigue diferencias estadísticamente significativas para la obtención de una FAV apta para diálisis - ¿cómo interpretar esto? Esta guía debería aclarárnoslo. Así, quizás convendría resumir los datos brutos y cambiar la redacción por una interpretación objetiva con algunos de los números.	La limitación de la evidencia obtenida en algunos aspectos de la guía como éste no permite extraer conclusiones o interpretaciones objetivas y por ello ha requerido la generación de recomendaciones por el grupo de trabajo que permitiesen ayudar a la toma de decisiones. no solo consiguiendo beneficios sino sin incrementar los riesgos.
13		R 5.3.1 R 5.3.2 R 5.3.3	En relación a las recomendaciones: R 5.3.1) Se recomienda realizar un control exhaustivo de las medidas de asepsia en el manejo del AV para evitar la infección. R 5.3.2) Antes de la punción se recomienda realizar una minuciosa exploración para detectar signos y síntomas de infección. R 5.3.3) Debido a que el material protésico es más susceptible de infección, se sugiere extremar las medidas de asepsia y de vigilancia. Quedarían mejor en el apartado 3, en cuidados del injerto. Aquí se debería abordar el tratamiento de la infección ya establecida.	Se han unificado las recomendaciones y situado en el apartado 3.
14		Pág. 37	“Scheltinga considera que la técnica de banding es el método de elección en pacientes con síndrome de robo con un flujo de acceso normal o alto (> 1,2 litros/min), con la condición de que el flujo y la perfusión distal se monitoricen intraoperatoriamente”. No se comenta la alta tasa de trombosis del acceso tras un procedimiento de banding y la enorme dificultad de encontrar el equilibrio adecuado entre la reducción efectiva del flujo para mejorar la perfusión arterial distal y el mantenimiento del suficiente flujo en la FAV para que resulte en una diálisis eficaz.	Se ha corregido la redacción, haciendo constar que la principal limitación de esta técnica radica en poder determinar el grado de limitación del flujo que se debe efectuar para mejorar la sintomatología de isquemia sin poner en peligro la viabilidad del acceso y especificando la evidencia en la literatura de las diferentes recomendaciones de flujo a conseguir en el acceso vascular.
15	Antonio Segarra (SERVEI)	R 5.2.2	R 5.2.2. Se sugiere la utilización de balones de alta presión en estenosis sin respuesta adecuada a la dilatación con balón convencional. Tal vez podría “recomendarse” más que sugerirse, pues la ausencia de respuesta a la primera dilatación prácticamente “obliga” a probar con balón de mayor presión.	En este punto al no haberse hallado evidencia de carácter fuerte no permite hacer consideración de “recomendación”.
16		Pág. 16	“En casos de alergias al contraste yodado podría indicarse realizar una AngioRM aun existiendo un riesgo de FSN”. Existe la opción de terapia desensibilizante y control por anestesia-reanimación que permite en la mayoría de los casos realizar la fistulografía sin problemas.	Se asume que describir la alergia en este punto es por no ser un candidato inicialmente a pauta de desensibilización, que es, en efecto, el paso que se suele realizar en estos casos.

17		Pág. 16	<p>En la revisión de Levit sobre pacientes en hemodiálisis con estenosis central mayor al 50 % y asintomáticos, en el 28% de los pacientes no se realizó angioplastia y ninguno progreso a sintomática.</p> <p>El empleo de catéteres medidores de flujo puede proporcionar datos sobre cuándo hay que dilatar o cuándo no, ahorrando angioplastias fútiles o contraindicadas.</p>	<p>En este punto al referirse a la presencia de sintomatología, no contempla la medición del flujo, dado que ésta, aunque se asume que debe de realizarse de modo rutinario, sin embargo en el caso de la estenosis central, no ayuda de un modo objetivo a la toma de decisiones. Dado que si el flujo es bajo, la decisión es clara, pero si es alto, puede presentar sintomatología de todos modos. Lo que hace que la decisión dependa más de la clínica en este tipo de patología.</p>
18		Pág. 21	<p>Otros inconvenientes de la fibrinólisis son la imposibilidad de lisar la totalidad del trombo y la aparición de complicaciones como sangrado, principalmente en el lugar de la punción. Aún con estos inconvenientes, la fibrinólisis es una herramienta terapéutica que puede ser de utilidad en determinados casos cuando la trombectomía mecánica o por aspiración no sea suficiente para la eliminación completa de trombos.</p> <p>Nuevos dispositivos que combinan balones de oclusión, infusión local de fibrinolítico y lisis mecánica por rotación con posterior aspiración del trombo parecen proporcionar mayor eficacia y seguridad de la fibrinólisis: menor dosis, menor efecto sistémico y menor incidencia de TEP. (ver TRELIS®) Si bien hay todavía escasa experiencia, es muy prometedora.</p>	<p>Se ha corregido la redacción, realizando la descripción del procedimiento y la revisión que existe de la evidencia de las diferentes técnicas.</p>
19		Pág. 22	<p>“A diferencia del metaanálisis realizado por Green en el que los resultados eran claramente favorables a la cirugía, el estudio de Kuan equipara el tratamiento endovascular al quirúrgico, siendo el primero menos agresivo. Las técnicas endovasculares con la utilización de dispositivos de trombectomía mecánica y por aspiración (<i>angiojet</i>), y la incorporación de nuevos balones para angioplastia con más prestaciones técnicas, han nivelado la balanza entre cirugía y tratamiento endovascular teniendo esta última la ventaja de ser menos invasiva.”</p> <p>Así como otros que asocian 3 factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la fibrinólisis química local con bloqueo circulatorio del segmento afectado 2. trombolisis mecánica rotacional 3 . trombectomía por aspiración (ver comentario previo) 	<p>En el desarrollo de la síntesis de la evidencia en esta pregunta clínica, el tratamiento de la trombosis de la FAVp, la edición del texto se ha tenido que limitar a la literatura en la que se ha encontrado estudios que pudiesen proporcionar la suficiente evidencia como para poder ser analizada.</p>
20	José Luis del Cura (SERVEI)	General	Evitar redundancias en las referencias a contenidos estadísticos.	Se han corregido las redundancias tanto en las referencias como en los contenidos con terminología estadística.
21		General	Explicar mejor las votaciones para que se entiendan.	Se ha corregido el redactado para hacerlo más comprensible.
22	Fernando	General	Errores tipográficos.	Se han corregido los errores tipográficos.

	González (SEDEN)			
23	Isabel Crehuet (SEDEN)	General	Errores tipográficos.	Se han corregido los errores tipográficos.
24	Jesús Fortún (SEIMC)	Pregunta Clínica 5.11	En el apartado 5, la pregunta 5.11 (tratamiento de estenosis de la fístula) está bien discutido y las recomendaciones están bien elaboradas.	No requiere.
25		5.1.2	La pregunta 5.1.2 (estenosis del injerto) no está elaborada.	La pregunta clínica en relación a la estenosis del injerto se ha elaborado.
26		Tratamiento de la trombosis	El apartado tratamiento de la trombosis está elaborado parcialmente.	El apartado de la trombosis se ha completado.
27		5.2.5	En el apartado 5.2.5 (papel de la antiagregación) se duplican las recomendaciones (al principio y al final del epígrafe). Esto pasa también en otros temas y crea confusión.	En la pregunta clínica relacionada con el tratamiento antiagregante, presenta duplicada las recomendaciones, al igual que en el resto de las preguntas clínicas como se comenta previamente, por seguir el formato de finalizar cada pregunta clínica con sus recomendaciones para paralelamente unirlas al resto de recomendaciones que no derivan de preguntas clínicas y exponerlas todas juntas al inicio de cada apartado.
28		Complicaciones Infecciosas	El epígrafe de las complicaciones infecciosas está bien elaborado.	No requiere.
29		General	La bibliografía de este apartado está incompleta.	Se ha completado la bibliografía del apartado.

APARTADO 6

ID	Revisor	Apartado/ subapartado	Comentario	Respuesta/Acción
01	Fernando Álvarez-Ude (SEN)	General	Correcciones semánticas, definiciones y anglicismos.	Se han corregido los errores semánticos, las definiciones y los anglicismos.
02	José Herrero (SEN)	General	Acrónimos.	Se han definido en el glosario y se añaden en el texto los acrónimos.
03	Sergi Bellmunt (SEACV)	General	Correcciones semánticas, formato y redacción.	Se han corregido y los errores semánticos, de formato y redacción.
04	Melina Vega (SEACV)	General	Apartado excesivamente largo con texto redundante. Se recomienda resumirlo.	Se han unificado y resumido apartados, eliminando redundancias. No se han obviado sin embargo las que se consideran de contenido docente siguiendo el doble objetivo de la Guía, es decir generación de recomendaciones basadas en la evidencia por un lado, y aspecto docente por otro.
05		General	Acrónimos.	Se han definido en el glosario y se han añadido y unificado en el texto.
06	Antonio Segarra (SERVEI)	Selección CVC	Diámetro externo del catéter hasta 15,5 Frenchs.	Se amplía la definición hasta 15,5 Frenchs.
07		General	Correcciones semánticas, definiciones y anglicismos.	Se han corregido los errores semánticos, las definiciones y los anglicismos.
08	José Luis del Cura (SERVEI)	General	Correcciones semánticas, definiciones y anglicismos.	Se han corregido los errores semánticos, las definiciones y los anglicismos.
09	Jesús Fortún (SEIMC)	General	En este apartado es especialmente brillante el manejo de las complicaciones infecciosas. Se realiza una correcta discusión de la epidemiología, de las técnicas diagnósticas especialmente las microbiológicas en el diagnóstico conservador y de las diferentes formas de tratamiento, incluyendo las técnicas de sellado. Las recomendaciones están en concordancia con las publicadas en guías internacionales, especialmente la guía de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA).	No requiere.
10			Se realizan recomendaciones mediante la cita de artículos.	Se retira la referencia bibliográfica de las recomendaciones y se referencia en la discusión bibliográfica.
11		General	Es necesario completar la bibliografía.	Se ha completado la bibliografía.

12	Isabel Crehuet (SEDEN)	Manipulación CVC	Razonamiento de la Guía del Acceso Vascular (2005), apartado Manipulación: dónde se menciona que “la cura cutánea se realizará una vez iniciada la sesión de diálisis, utilizando un nuevo par de guantes estériles”.	Se ha añadido el razonamiento.
13		Inserción / localización CVC	Se comenta la utilidad de la vena cava inferior como localización del catéter de HD.	En dicho subapartado se hace mención de esta localización con referencia bibliográfica. Se ha sustituido localización “excepcional” por menos frecuente.

APARTADO 7

ID	Revisor	Apartado/ subapartado	Comentario	Respuesta/Acción
01	Fernando Álvarez-Ude (SEN)	General	Errores tipográficos y de expresión.	Se han corregido los errores tipográficos y de expresión.
02		Definiciones	Faltan definiciones.	Se añaden las definiciones.
03	José Herrero (SEN)	General	Errores tipográficos y de expresión.	Se han corregido los errores tipográficos y de expresión.
04	Melina Vega (SEACV)	General	Errores tipográficos y de expresión.	Se han corregido los errores tipográficos y de expresión.
05		Indicador 4.5 y 4.6	Indicador 4.5 y 4.6 Título: Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas (FAVn) Fundamento Nos indica el funcionamiento de la vigilancia y seguimiento del AV por parte de enfermería y nefrología. (Y de cirugía vascular: reparación a tiempo de estenosis en el AV, antes de su trombosis).	Se han corregido. Nos indica el funcionamiento de la vigilancia y seguimiento del AV por parte de enfermería, nefrología y de cirugía y radiología vascular (reparación a tiempo de estenosis en el AV, antes de su trombosis).
06		Indicador 5.1.	Porcentaje de accesos vasculares trombosados rescatados: La definición de potencialmente recuperable es difícil de determinar y seguramente variará de uno a otro profesional. Esto hace este indicador el más difícil y menos objetivable y capaz de cumplirse de todos los presentados hasta el momento. Dudo si debería ser omitido.	Se interpreta que este indicador ayuda a que las fistulas sean rescatadas: la definición está claro que puede variara de unos a otros pero el indicador se considera pertinente, pues toda FAV que se considere por los servicios de Nefrología, radiología o cirugía que se puede rescatar se ha de intentar. Esto también discriminará la eficacia de los servicios de cirugía y radiología vascular.
07	Sergi Bellmunt (SEACV)	General	Errores tipográficos y de expresión. Faltan definiciones.	Se han corregido los errores tipográficos y de expresión. Se ha completado las definiciones.
08	Antonio Segarra (SERVEI)	General	Errores tipográficos y de expresión. Faltan definiciones.	Se han corregido los errores tipográficos y de expresión. Se ha completado las definiciones.
09	José Luis del Cura (SERVEI)	General	Errores tipográficos y de expresión. Faltan definiciones.	Se han corregido los errores tipográficos y de expresión. Se ha completado las definiciones.
10	Isabel Crehuet	General	Errores tipográficos y de expresión	Se han corregido los errores tipográficos y de expresión.

	(SEDEN)			
11	Jesús Fortún (SEIMC)	General	El apartado 7 está dedicado a indicadores de calidad. Éste sigue un formato completamente diferente a los anteriores y en base a ello se podría valorar incluirlo como un <i>adendum</i> . Reúne una serie de <i>items</i> bien definidos, con una descripción clara de la fórmula de obtención y con un valor deseado para cada uno de ellos, alguna vez obtenido de la literatura y en otras ocasiones consensuado por el grupo ante la ausencia del mismo en la bibliografía revisada. Es una idea muy interesante, docente y monitorizable.	Se ha considerado la necesidad de darle el valor que tiene un apartado a los indicadores de calidad, a diferencia de la anterior edición de la Guía que era ya un <i>adendum</i> .
12		General	Faltan definiciones.	Se ha completado las definiciones.