



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Servicios de terapias de rehabilitación para pacientes con residencia domiciliaria después de un año del accidente cerebrovascular

Aziz NA, Leonardi-Bee J, Phillips M, Gladman JRF, Legg L, Walker MF

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2

Producido por



Si desea suscribirse a "La Biblioteca Cochrane Plus", contacte con:

Update Software Ltd, Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX2 7LG, UK

Tel: +44 (0)1865 513902 Fax: +44 (0)1865 516918

E-mail: info@update.co.uk

Sitio web: <http://www.update-software.com>

Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.

Ningún apartado de esta revisión puede ser reproducido o publicado sin la autorización de Update Software Ltd. Ni la Colaboración Cochrane, ni los autores, ni John Wiley & Sons, Ltd. son responsables de los errores generados a partir de la traducción, ni de ninguna consecuencia derivada de la aplicación de la información de esta Revisión, ni dan garantía alguna, implícita o explícitamente, respecto al contenido de esta publicación.

El copyright de las Revisiones Cochrane es de John Wiley & Sons, Ltd.

El texto original de cada Revisión (en inglés) está disponible en www.thecochranelibrary.com.



ÍNDICE DE MATERIAS

RESUMEN.....	1
RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS.....	2
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	2
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	5
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	6
CALIDAD METODOLÓGICA.....	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSIÓN.....	10
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	11
AGRADECIMIENTOS.....	11
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	11
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	12
REFERENCIAS.....	12
TABLAS.....	14
Characteristics of included studies.....	14
Characteristics of excluded studies.....	17
CARÁTULA.....	18
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	19
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	20
01 Performance in personal activities of daily living.....	20
01 Barthel Index.....	20
02 Case fatality at the end of follow up.....	21
01 Case fatality at the end of follow up.....	21
03 Patient's performance in extended activities of daily living by the end of scheduled follow up.....	21
01 Patient's performance in activities of daily living (Frenchay Activities Index).....	21
02 Patient's performance in activities of daily living (Nottingham EADL).....	21
04 Patient's subjective health status at the end of scheduled follow up.....	22
01 Sickness Index Profile.....	22
05 Patient's mood at the end of scheduled follow up.....	22
01 Patient's mood at the end of scheduled follow up.....	22
06 Carer's mood at the end of scheduled follow up.....	22
01 Carer's mood at the end of scheduled follow up.....	22

Servicios de terapias de rehabilitación para pacientes con residencia domiciliaria después de un año del accidente cerebrovascular

Aziz NA, Leonardi-Bee J, Phillips M, Gladman JRF, Legg L, Walker MF

Esta revisión debería citarse como:

Aziz NA, Leonardi-Bee J, Phillips M, Gladman JRF, Legg L, Walker MF. Servicios de terapias de rehabilitación para pacientes con residencia domiciliaria después de un año del accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Fecha de la modificación más reciente: 18 de enero de 2008

Fecha de la modificación significativa más reciente: 18 de enero de 2008

RESUMEN

Antecedentes

La práctica actual de la intervención de rehabilitación se centra principalmente en los seis primeros meses del accidente cerebrovascular. Actualmente, no hay consenso acerca de los beneficios de tal servicio después de un año del accidente cerebrovascular.

Objetivos

Evaluar si los servicios de terapias de rehabilitación pueden influir en el resultado después de un año o más del accidente cerebrovascular.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en los Registros Especializados de Ensayos Controlados de los siguientes Grupos Cochrane de Revisión: Grupo de Accidentes Cerebrovasculares (última búsqueda en septiembre de 2007), Grupo para una Práctica y Organización Sanitaria Efectivas (última búsqueda en octubre de 2006), y Grupo de Demencia y Trastornos Cognitivos (última búsqueda en octubre de 2006). También se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL) (*The Cochrane Library* número 4, 2006), MEDLINE (1966 hasta octubre 2006), EMBASE (1980 hasta octubre 2006), CINAHL (1982 hasta octubre 2006), AMED (1985 hasta octubre 2006), PEDro (1952 hasta octubre 2006), British Nursing Index (1993 hasta octubre 2006), DARE (1994 hasta octubre 2006), HMIC (1979 hasta octubre 2006) and NHS EED (1991 hasta octubre 2006). También se efectuaron búsquedas en las bases de datos de tesis de grado y ensayos en curso y registros de investigación, se examinaron las listas de referencias y se estableció contacto con los investigadores y expertos en el área.

Criterios de selección

Todos los ensayos controlados aleatorios de pacientes con accidente cerebrovascular en la comunidad, en los que al menos un 75% se reclutaron un año después del accidente cerebrovascular y recibieron una intervención de terapias de rehabilitación que fue comparada con la atención convencional.

Recopilación y análisis de datos

Dos revisores, de forma independiente, seleccionaron los ensayos y extrajeron los datos sobre un número de resultados preespecificados. Las medidas de resultado primarias fueron la proporción de participantes que habían sufrido un deterioro y que eran dependientes en las actividades personales de la vida diaria al final del seguimiento programado.

Resultados principales

Se identificaron cinco ensayos con 487 participantes que eran elegibles para la revisión. En general, no hubo pruebas concluyentes sobre si la intervención de terapias de rehabilitación un año después del accidente cerebrovascular podía influir en algún resultado del paciente o el cuidador. Los ensayos variaron en el diseño, el tipo de intervenciones proporcionadas, la calidad, y las medidas de resultado evaluadas.

Conclusiones de los autores

Esta revisión destaca la escasez de pruebas que investiguen las intervenciones de rehabilitación a largo plazo basadas en terapias para pacientes con accidente cerebrovascular.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Servicios de terapias de rehabilitación para pacientes con residencia domiciliaria después de un año del accidente cerebrovascular

No está claro si la rehabilitación proporcionada después de un año de un accidente cerebrovascular puede mejorar la recuperación. Las personas en recuperación de un accidente cerebrovascular por un año o más a menudo tienen discapacidades persistentes. Si bien las terapias de rehabilitación para tales pacientes se acepta como parte del tratamiento del accidente cerebrovascular, la base de pruebas para tal práctica es incierta. Se identificaron sólo cinco ensayos clínicos, que incluían 487 participantes, y que mostraron una tendencia hacia una mejoría en la recuperación, pero los resultados no fueron concluyentes.

ANTECEDENTES

El accidente cerebrovascular sigue siendo la principal causa de muerte e incapacidad en los países desarrollados y en desarrollo (MacKay 2004). En 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) predijo que aumentará el número de casos de accidente cerebrovascular, a pesar de las tasas de incidencia estables, debido a la creciente tendencia en las poblaciones ancianas de todo el mundo. En el Reino Unido solamente, el accidente cerebrovascular sigue siendo la tercera causa principal de muerte, con unos 110 000 casos de primer accidente cerebrovascular informados anualmente (Mitchell 2004). También se ha informado que, en la actualidad, aproximadamente 450 000 supervivientes discapacitados de un accidente cerebrovascular residen en el Reino Unido, y el 33% de ellos se volvieron funcionalmente dependientes un año después del accidente cerebrovascular (Stroke Assoc 1998).

Las búsquedas sistemáticas de la bibliografía han demostrado que se produjeron numerosos desarrollos en el área del tratamiento del accidente cerebrovascular, especialmente al tratar a pacientes con un accidente cerebrovascular agudo en un contexto hospitalario. La organización del equipo multidisciplinario se ha reconocido como un factor importante y significativo en la atención del accidente cerebrovascular posagudo (Langhorne 2001). Más recientemente, una revisión sistemática que examinaba la efectividad de los servicios de alta precoz para pacientes con accidente cerebrovascular agudo halló que estos servicios pueden reducir la duración de la estancia hospitalaria, pero permanece poco clara acerca de los costes adicionales y los beneficios para el resultado de los pacientes (ESDT 2005).

La práctica actual de las intervenciones de rehabilitación se centra principalmente en los seis primeros meses del accidente cerebrovascular. (RCP 2004). Este período de intervención se basó posiblemente en los datos publicados sobre el patrón de

recuperación del accidente cerebrovascular, lo que sugiere que la mayor parte de la recuperación ocurre en los seis primeros meses del accidente cerebrovascular (Tilling 2001). Sin embargo, varios estudios han documentado que muchos pacientes con accidente cerebrovascular tienen discapacidad persistente un año después del accidente cerebrovascular (Lincoln 2000; Wade 1992). La revisión sistemática Outpatient Service Trialists halló que las personas con residencia domiciliaria, a un año de tener un accidente cerebrovascular y recibir servicios domiciliarios de terapias de rehabilitación, eran más independientes en las actividades cotidianas (AVD) y tenían menos probabilidades de que su capacidad para realizar tales actividades empeorara. (OST 2004). En 2003 la European Stroke Initiative sugirió que la rehabilitación activa debe administrarse mientras se observe una mejoría objetiva en la disfunción neurológica en los pacientes (Hacke 2000).

A pesar de la discapacidad continua, la administración de servicios de terapias de rehabilitación un año o más después del accidente cerebrovascular es escasa. Actualmente, no hay consenso acerca de los beneficios de tal servicio después de un año del accidente cerebrovascular. Se planificó examinar sistemáticamente la bibliografía disponible, como también todos los ensayos aleatorios, en vista de la hipótesis nula de que los servicios de terapias de rehabilitación no afectaban la recuperación de los pacientes con residencia domiciliaria más de un año después del accidente cerebrovascular.

OBJETIVOS

En esta revisión sistemática, se abordaron las siguientes preguntas.

(1) ¿Pueden los servicios de terapias de rehabilitación influir en el resultado de los pacientes con accidente cerebrovascular (y los cuidadores) un año o más después del accidente cerebrovascular?

(2) ¿Qué resultados se ven influenciados por los servicios de terapias de rehabilitación; por ejemplo, la dependencia, las actividades sociales, el estado de ánimo, o el deterioro funcional?

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios sin factores de confusión de pacientes con accidente cerebrovascular y ensayos que incluían un subgrupo definido de pacientes con accidente cerebrovascular, que residían en la comunidad después de un año del inicio del accidente cerebrovascular, y recibían una intervención de servicios de terapias de rehabilitación que se compara con la atención convencional (es decir, atención normal o habitual o ninguna intervención). La atención convencional se define como la atención habitual o de rutina que reciben los pacientes un año después del accidente cerebrovascular. Este tipo de atención incluyó cualquier tratamiento proporcionado en consultorios externos u hospitales de día.

Tipos de participantes

Se incluyeron estudios que reclutaban participantes con un diagnóstico clínico de accidente cerebrovascular independientemente de la edad o el sexo o el grupo étnico, mientras fueran residentes en un contexto comunitario y se asignaran al azar al tratamiento más de un año después del inicio del accidente cerebrovascular. Se incluyeron estudios donde al menos un 75% de los participantes estaban en asignación al azar más de un año después del accidente cerebrovascular. Se siguieron los criterios de la OMS para el accidente cerebrovascular, que es "un síndrome clínico de supuesto origen vascular caracterizado por el desarrollo rápido de signos de trastorno focal o general de las funciones cerebrales que duran más de 24 horas o que resultan en la muerte" (WHO 1978). Se excluían los ensayos con hemorragia subaracnoidea, a menos que se pudiese identificar un subgrupo de pacientes con accidente cerebrovascular para los cuales había resultados separados.

Tipos de intervención

Se revisaron los ensayos que investigaban servicios de terapias de rehabilitación con las siguientes características.

- (1) Paciente ambulatorio: la intervención debe orientarse a pacientes con accidente cerebrovascular con residencia domiciliaria (hogar de cuidado, residencial, u otro tipo de dirección residencial). La forma exacta (p.ej. en el domicilio, hospital de día, atención domiciliaria, clínica de pacientes ambulatorios) se registró pero no se utilizó como criterio de exclusión.
- (2) Terapias de rehabilitación: intervenciones proporcionadas por un fisioterapeuta cualificado, terapeuta ocupacional o personal multidisciplinario, o bajo la supervisión de personal

de fisioterapia cualificado que trabaja con pacientes para mejorar la conducta en base a tareas (p.ej. caminar, vestirse) y reducir la discapacidad (OST 2004).

(3) Servicios: cualquier intervención que requería una estructura organizativa y de persona (es decir, que requiere personal de terapia de rehabilitación). Los criterios de inclusión para los servicios fueron: (a) donde una intervención se evaluó al nivel de servicio, no al nivel de una técnica terapéutica específica; (b) donde la intervención del servicio se dirigió sistemáticamente a un grupo amplio de pacientes con accidente cerebrovascular. Se incluyeron ensayos que no recibían ninguna intervención sistemática o práctica normal. La forma exacta de control se registró pero no se utilizó como criterio de exclusión.

Tipos de medidas de resultado

Se utilizaron las siguientes medidas de resultado para evaluar los objetivos de esta revisión sistemática. Las medidas de resultado reflejaron toda la carga de la enfermedad invalidante y la probable orientación de los servicios de terapias de rehabilitación (OST 2004). Se registraron las siguientes medidas de resultado para representar toda la carga de la enfermedad invalidante.

Medidas de resultado primarias

- (1) Muerte o resultado deficiente (deterioro, dependencia, internación) definido como el resultado deficiente combinado de muerte o (a) experimentar un deterioro en la capacidad para realizar actividades cotidianas (es decir, experimentar una disminución en una determinada puntuación AVD después del inicio); o (b) dependencia (según lo establecido por una escala de AVD determinada); o (c) con necesidad de atención institucional nueva al final del seguimiento programado.
- (2) Desempeño en las actividades cotidianas (alimentarse, vestirse, bañarse, higienizarse, movilidad y traslados) al final del seguimiento programado.

Medidas de resultado secundarias

- (1) Mortalidad (muerte) al final del seguimiento.
- (2) Desempeño del paciente en las actividades cotidianas ampliadas (AVDA) al final del seguimiento programado.
- (3) Estado de salud subjetivo o calidad de vida del paciente al final del seguimiento programado.
- (4) Estado de ánimo del paciente al final del seguimiento programado.
- (5) Estado de ánimo del cuidador al final del seguimiento programado.
- (6) Reingreso en el hospital y días transcurridos en el hospital al final del seguimiento programado.
- (7) Satisfacción del paciente y del cuidador con los servicios al final del seguimiento programado.

Las medidas de resultado secundarias (2), (3), (4) y (5) se evaluaron a través de medidas disponibles, como se informó en los estudios. Se registraron las medidas de resultado que reflejaban el uso de recursos (es decir, el reingreso en el hospital y los días transcurridos en el hospital, la satisfacción del

paciente y del cuidador con los servicios) al final del seguimiento programado.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se realizaron búsquedas en los Registros Especializados de Ensayos Controlados de los siguientes Grupos Cochrane de Revisión: Grupo de Accidentes Cerebrovasculares (última búsqueda en septiembre de 2007), Grupo para una Práctica y Organización Sanitaria Efectivas (última búsqueda en octubre de 2006), y Grupo de Demencia y Trastornos Cognitivos (última búsqueda en octubre de 2006). Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos electrónicas: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL) (*The Cochrane Library* 2006, número 4), MEDLINE (1966 hasta octubre 2006), EMBASE (1980 hasta octubre 2006), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) (1982 hasta octubre 2006), Allied and Complementary Medicine Database (AMED) (1985 hasta octubre 2006), Physiotherapy Evidence Database (PEDro) (1952 hasta octubre 2006), British Nursing Index (1993 hasta octubre 2006), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) (1994 hasta octubre 2006), Health Management Information Consortium database (HMIC) (1979 hasta octubre 2006), NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) (1991 hasta octubre 2006), Dissertation Abstracts (1961 hasta octubre 2006), Aslib Index to UK theses (1970 hasta octubre 2006), National Research Register (<http://www.nrr.nhs.uk/>, número 4, 2006), Medical Research Council Register (<http://www.ctu.mrc.ac.uk/>, octubre 2006), Current Research in Britain (CRIB) (<http://www.rcuk.ac.uk/>, octubre 2006), HSRPROj (<http://www.nlm.nih.gov/hsproj/>, octubre 2006). Para evitar la duplicación, se consultó regularmente al Coordinador de la búsqueda de ensayos del Grupo Cochrane de Accidentes Cerebrovasculares (Cochrane Stroke Group Trials Search Co-ordinator). Debido a la naturaleza de la intervención bajo investigación en esta revisión, se previó que se recuperarían relativamente pocas referencias; por lo tanto, para aumentar la sensibilidad, no se utilizó el filtro de ensayos Cochrane para localizar ensayos controlados aleatorios.

Estrategia de búsqueda para MEDLINE (Ovid)

1. exp cerebrovascular disorders/
2. stroke\$.tw.
3. cva\$.tw.
4. cerebrovascular\$.tw.
5. cerebral vascular\$.tw.
6. (cerebral or cerebellar or brain\$ or vertebrobasilar).tw.
7. (infarct\$ or isch?emi\$ or thrombo\$ or emboli\$ or apoplexy).tw.
8. 6 and 7
9. (cerebral or brain\$ or subarachnoid).tw.
10. (haemorrhage or hemorrhage or haematoma or hematoma or bleeding).tw.

11. 9 and 10
12. hemiplegia/
13. exp aphasia/
14. hemianopsia/
15. (aphasia\$ or dysphasia\$ or hemianop\$ or hemipleg\$ or hemipar\$ or poststroke).tw.
16. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 8 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15
17. exp cerebrovascular disorder/rh
18. hemiplegia/rh
19. exp aphasia/rh
20. hemianopsia/rh
21. 17 or 18 or 19 or 20
22. exp rehabilitation/
23. patient education/
24. Health Education/
25. exp diet therapy/
26. exp nutrition/
27. exp nutritional support/
28. therapy, computer assisted/
29. rehabilitat\$.tw.
30. ((occupational or speech or language or exercise) and therap\$).tw.
31. physiotherap\$.tw.
32. tertiary prevention.tw.
33. ((treatment or therap\$ or training or education\$ or healthcare) adj10 (program\$ or intervention\$ or approach\$)).tw.
34. ((diet or nutrition) and (therap\$ or modif\$ or program\$)).tw.
35. 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34
36. 16 and 35
37. 21 or 36
38. community health services/
39. social work/
40. community hospital/
41. ambulatory care/
42. outpatient clinics, hospital/
43. ambulatory care facilities/
44. day care/
45. patient care/
46. continuity of patient care/
47. patient care team/
48. patient transfer/
49. primary health care/
50. comprehensive health care/
51. rehabilitation centers/
52. sheltered workshops/
53. fitness centers/
54. community health centers/
55. rehabilitation, vocational/
56. outpatients/
57. exp home care services/
58. community health services/
59. social support/
60. health services for the aged/
61. community.tw.

- 62. domiciliary.tw.
- 63. (home or home-care or home-based).tw.
- 64. early supported discharge.tw.
- 65. outpatient\$.tw.
- 66. day?patient\$.tw.
- 67. outreach.tw.
- 68. multidisciplinary team.tw.
- 69. patient care team.tw.
- 70. stroke unit\$.tw.
- 71. day hospital\$.tw.
- 72. 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71
- 73. 37 and 72

Referencias de estudios publicados

Se examinaron las listas de referencias de artículos pertinentes y documentos originales en busca de pruebas de posibles estudios adicionales.

Bibliografía no publicada y comunicación personal

Se estableció contacto con los autores de ensayos pertinentes, los miembros del Grupo Cochrane de Accidentes Cerebrovasculares (Cochrane Stroke Group), y médicos de accidentes cerebrovasculares interesados en los servicios de rehabilitación, y se les preguntó si conocían otros estudios pertinentes.

Idioma

No se impusieron restricciones de idioma en las búsquedas o estudios identificados.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Selección de estudios

Dos revisores (NA, MW) verificaron los títulos y los resúmenes identificados a partir de las búsquedas. Se excluyó el estudio cuando resultó claro que el mismo no hacía referencia a un ensayo controlado aleatorio sobre terapias de rehabilitación. Dos autores (NA, MW) evaluaron de forma independiente cada estudio para determinar si cumplía con los criterios de selección predefinidos; cualquier desacuerdo se resolvió por discusión y consenso general con el equipo revisor. Los estudios excluidos y las razones de la exclusión se informaron en la tabla "Características de los estudios excluidos".

Evaluación de la calidad metodológica

Dos revisores (NA, MW) evaluaron de forma independiente la calidad de los estudios incluidos. Esta evaluación de la calidad incluyó una evaluación de los siguientes componentes:

- (1) el método de generación de la secuencia de asignación al azar;
- (2) el método de ocultación de la asignación (considerado adecuado si la asignación no puede preverse);
- (3) quién se cegó o quién no se cegó (participantes, médicos, evaluadores de resultado);

- (4) cuántos participantes se perdieron durante el seguimiento en cada brazo (divididos en exclusiones posteriores a la asignación al azar y pérdidas tardías, cuando fue posible);
- (5) si los participantes se analizaron en los grupos a los que se asignaron al azar originalmente (análisis del tipo intención de tratar [intention-to-treat analysis]).

Se evaluaron componentes adicionales para cada ensayo, ya que éstos pueden producir estimaciones sesgadas del efecto del tratamiento. Los componentes adicionales fueron:

- (6) cálculo del tamaño de la muestra declarado;
- (7) criterios de inclusión y exclusión definidos;
- (8) tiempo transcurrido hasta el seguimiento;
- (9) comparabilidad inicial de la gravedad, la edad y el sexo;
- (10) conflicto de interés;
- (11) adecuación de los análisis estadísticos (este criterio se consideraba si los datos originales no podían extraerse de la publicación).

Esta información se registró en la tabla "Características de los estudios incluidos" y se proporcionó una descripción de la calidad de cada estudio en base a estos componentes.

Extracción de los datos

Tres revisores (NA, MW y JL-B) realizaron de forma independiente la extracción de los datos, y cualquier desacuerdo se resolvió a través de debate con el equipo de revisión. Si fue posible, se obtuvieron los datos que faltaban a partir de los autores de los estudios relevantes. Se utilizó un formulario de obtención de datos estandarizado para resumir la información de los ensayos. Un autor (JL-B) introdujo y verificó los datos. Si estaban disponibles, se buscaron los datos de pacientes individuales de los investigadores originales, que eran estandarizados y se volvieron a analizar, y los datos resultantes del grupo utilizados en preferencia a los datos publicados.

Síntesis de los datos

Para los estudios con un tipo similar de terapias de rehabilitación, se realizó un metanálisis para calcular un efecto del tratamiento ponderado entre los ensayos mediante un modelo de efectos aleatorios (modelo DerSimonian y Laird). Los resultados se expresaron como odds ratios (OR) con intervalos de confianza (IC) del 95% para los resultados dicotómicos, y como diferencias de medias estandarizadas (DME) con IC del 95% para los resultados continuos. Los resultados también se expresaron como el número necesario a tratar, si fuera apropiado, para un rango de tasas plausibles de eventos de control. Si no fue posible realizar un metanálisis, ya sea debido a demasiada heterogeneidad o porque faltaban pruebas, se resumieron los datos para cada ensayo. Los resultados de los ensayos controlados aleatorios grupales se extrajeron directamente del artículo publicado, y no se agruparon con los resultados de los ensayos de grupos paralelos.

La heterogeneidad entre los estudios se evaluó mediante I cuadrado (I^2) (Higgins 2002). Si existía heterogeneidad significativa (I^2 mayor del 50%) entre los estudios para las

medidas de resultado primarias, se explorarían las razones de la heterogeneidad, como los tipos de servicio. Debido a la falta de estudios elegibles no se realizó un análisis de sensibilidad para explorar la calidad metodológica.

Los datos relacionados con la dependencia se dicotomizaron independientemente de la escala utilizada, (p.ej. Índice de Barthel: 0 a 55; puntuación modificada de Rankin entre 3 y 5). Si entre los ensayos se utilizaron puntuaciones de corte no coherentes, se utilizaron los datos brutos de pacientes individuales para crear categorías coherentes. Si se utilizó más de una escala de medición de discapacidad o dependencia dentro de un ensayo, para el análisis primario se utilizó la escala de medición utilizada con mayor frecuencia entre los ensayos. Se realizaron análisis de sensibilidad para examinar los efectos de las escalas de medición individuales. Se definió el deterioro como cualquier empeoramiento en las actividades cotidianas según la medición de una evaluación reconocida y validada, por ejemplo la escala del índice de Barthel (Barthel Index) y la escala de actividades cotidianas Ampliadas de Nottingham (Nottingham Extended Daily Living Scale).

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se realizó un análisis de los títulos de los artículos y el tipo de estudios identificados a partir de las búsquedas, y se identificaron 250 resúmenes potencialmente elegibles. Después de excluir las revisiones clínicas, los ensayos que consideraban la rehabilitación basada en el hospital y los ensayos controlados no aleatorios, se buscaron las versiones completas de los artículos para un total de 35 ensayos. Se excluyó un total de 30 ensayos por tres razones principales: (1) no ser un ensayo controlado aleatorio (Collen 1991; Eng 2003; van de Gaag 2005; Weiss 2000; Woodhead 1997); (2) no tener una intervención a nivel del servicio proyectado (Chu 2004; Page 2004; Sun 2001); o (3) no reclutar a los participantes un año después del accidente cerebrovascular (Allen 2002; Andersen 2002; Corr 1995; Drummond 1995; Duncan 1998; Frayne 2000; Gilbertson 2000; Jongbloed 1991; Lincoln 2004; Logan 2003; Logan 2004; Logan 1997; Meikle 1979; Salbach 2004; Salbach 2005; Sandhu 1993; Smith 1981; von Koch 2001; Walker 1999; Wall 1987; Wolfe 2000; Young 1992). No se identificó ningún ensayo en curso a partir de las búsquedas. Por lo tanto, esta revisión sistemática se basa en las pruebas provenientes de los cinco ensayos restantes (Green 2002; Mulder 1989; Sackley 2006; Wade 1992; Werner 1996) que reclutaron de manera acumulativa, y tuvieron datos de medidas de resultado relacionadas, de 487 participantes. Tres de los estudios incluidos utilizaron diseños de grupo paralelos (Green 2002; Mulder 1989; Werner 1996), uno utilizó un diseño cruzado (crossover) (Wade 1992), y uno utilizó un diseño de asignación al azar grupal (Sackley 2006).

Características de los participantes

(1) Características demográficas

La media de edad de los pacientes en los estudios incluidos varió entre 55 y 89 años. El ensayo que tenía la media de edad más alta reclutó a los participantes de hogares de atención (Sackley 2006); a diferencia de los otros ensayos incluidos en esta revisión, este estudio demostró una disparidad importante en la proporción del sexo, con un número de participantes masculinos en el grupo de intervención de 11 de 63 (17%), que fue el más bajo de todos los ensayos incluidos. Los porcentajes de hombres en los cuatro estudios restantes (Green 2002; Mulder 1989; Wade 1992; Werner 1996) variaron de 50% a 59% (Mulder 1989; Werner 1996). Un ensayo utilizó un método de estratificación aleatorio 3:1 para asignar al azar a los participantes en el ensayo (Mulder 1989), y otro ensayo reclutó cinco controles adicionales posteriormente en el estudio debido a las altas tasas de abandonos de los participantes iniciales asignados al azar al grupo de control (Werner 1996). Los detalles completos de las características demográficas se presentan en la tabla "Características de los estudios incluidos".

(2) Gravedad del accidente cerebrovascular (puntuaciones del índice de Barthel) al inicio del estudio

Las puntuaciones iniciales del índice de Barthel se obtuvieron a partir de tres estudios (Green 2002; Sackley 2006; Wade 1992). Todos los ensayos informaron las puntuaciones del índice de Barthel mediante una escala de 20 puntos. Las puntuaciones de Barthel iniciales fueron similares entre los grupos de intervención y de control en cada uno de estos ensayos. No se proporcionaron datos sobre la gravedad del accidente cerebrovascular al inicio del estudio en los dos ensayos restantes (Mulder 1989; Werner 1996).

Criterios de exclusión

Cuatro ensayos excluyeron a los pacientes con comorbilidades serias o graves que podrían interferir con la evaluación de resultados o los programas de intervención (Green 2002; Mulder 1989; Wade 1992; Werner 1996). Otros criterios de exclusión utilizados por los ensayos incluidos fueron: causas distintas del accidente cerebrovascular por problema de movilidad (Green 2002; Wade 1992); haber recibido un programa de intervención de rehabilitación al menos cuatro meses antes del comienzo del ensayo (Green 2002; Werner 1996); un límite de edad para el reclutamiento de más de 50 años (Green 2002) y más de 70 años (Mulder 1989); antecedentes de demencia (Green 2002); pacientes que guardaban reposo absoluto en cama (Green 2002); comprensión funcional menor al 60% (Werner 1996); haber tenido un déficit sensorial clínico (Werner 1996); haber tenido un accidente cerebrovascular recurrente (Werner 1996); enfermedad aguda (Sackley 2006); haber ingresado para la atención al final de la vida (Sackley 2006); haber disminuido la tolerancia al esfuerzo (Mulder 1989); o haber retornado al trabajo antes del ensayo (Mulder 1989).

Definición de accidente cerebrovascular

Un ensayo documentó el cuadro clínico o la tomografía computarizada (TC) como criterios para el accidente cerebrovascular (Mulder 1989), mientras que los otros cuatro ensayos (Green 2002; Sackley 2006; Wade 1992; Werner 1996)

no especificaron la definición de accidente cerebrovascular en sus estudios.

Reclutamiento

Cuatro ensayos (Green 2002; Mulder 1989; Wade 1992; Werner 1996) reclutaron participantes de establecimientos de rehabilitación comunitaria. Un estudio (Sackley 2006) reclutó participantes de 12 hogares residenciales o de cuidado en Oxfordshire. Un estudio empleó medidas adicionales para reclutar a los participantes, que incluyeron anuncios, transmisión de radio, y ayuda de médicos generales (MG) y trabajadores de la comunidad (Wade 1992). Cuatro ensayos reclutaron participantes un año o más después del accidente cerebrovascular (Green 2002; Sackley 2006; Wade 1992; Werner 1996), mientras que el estudio restante (Mulder 1989) reclutó participantes dentro de un marco de tiempo fijo de seis meses a cinco años después del accidente cerebrovascular. No obstante, los resultados finales demostraron que todos los participantes reclutados para este estudio estuvieron un año o más después del inicio del accidente cerebrovascular.

Características del estado del accidente cerebrovascular de los participantes y la atención antes del reclutamiento

(1) Estado del accidente cerebrovascular

La información sobre el tipo de accidente cerebrovascular estuvo disponible para tres ensayos (Green 2002; Mulder 1989; Wade 1992). En lo que se refiere al tipo de accidente cerebrovascular, un estudio (Green 2002) informó que un 31% (26/85) de los participantes en el grupo de intervención tenían una hemiparesia izquierda, en comparación con un 47% (40/85) en el grupo de control; un 66% (56/85) con una hemiparesia derecha en el grupo de intervención, en comparación con un 52% (44/85) en el grupo de control; y un 4% en el grupo de intervención habían tenido otros tipos de accidente cerebrovascular, en comparación con un 1% en el grupo de control. Mulder y colegas (Mulder 1989) documentaron que un 47% (18/38) de los participantes en el grupo de intervención tenían una hemiplejía izquierda, en comparación con un 27% (5/18) en el grupo de control; un 24% (9/38) con una hemiplejía derecha en el grupo de intervención, en comparación con un 39% (7/18) en el grupo de control. Sólo un estudio informó el porcentaje de participantes con un accidente cerebrovascular previo (Green 2002), donde se conoció que un 24% de los participantes habían tenido al menos un episodio de accidente cerebrovascular previo antes de la asignación al azar. En el estudio Werner 1996, el número medio de años del accidente cerebrovascular posagudo fue tres años (desviación estándar 1,8 años), mientras que Mulder 1989 informó el número medio de años del accidente cerebrovascular postagudo como 2,5 años (rango de ocho meses a siete años). No hubo información sobre los años posteriores al accidente cerebrovascular informados de los tres ensayos restantes (Green 2002; Sackley 2006; Wade 1992).

Con respecto a las secuelas del accidente cerebrovascular, se informó deficiencia en la comunicación en tres estudios (Green 2002; Mulder 1989; Wade 1992). En el estudio Green 2002, se

informó afasia en un 39% (33/85) en el grupo de intervención, en comparación con un 26% (22/85) en el grupo de control. Mulder y colegas (Mulder 1989) documentaron que un 7,9% (3/38) en el grupo de intervención tenía una comunicación limitada, en comparación con un 11% (2/18) en el grupo de control. En el estudio Wade 1992, se informó comunicación anormal clínicamente juzgada en un 12% (6/49) de los participantes en el grupo de intervención temprana, en comparación con un 11% (5/45) de los participantes en el grupo de intervención tardía. En este estudio también se informaron otras dos complicaciones: la cognición anormal clínicamente juzgada, que se informó en un 10% (5/49) de los participantes en el grupo de intervención temprana, en comparación con un 11% (5/45) de los participantes en el grupo de intervención tardía; y la pérdida sensorial, que se informó en un 45% (22/49) de los participantes en el grupo de intervención temprana, en comparación con un 58% (26/45) de los participantes en el grupo de intervención tardía. El deterioro de la concentración de memoria y orientación fue informado en el ensayo Sackley 2006, con un 62% (39/63) de los participantes con esta secuela en el grupo de intervención, en comparación con un 58% (32/55) de los participantes en el grupo de (control) atención estándar.

(2) Atención del accidente cerebrovascular

Un ensayo (Green 2002) informó que un 75% de los participantes en el grupo de intervención ingresaron al hospital en el momento del accidente cerebrovascular, en comparación con un 76% (65/85) de los participantes en el grupo de control. Otro ensayo (Wade 1992) documentó que el retraso medio en el tratamiento para los participantes en el grupo de intervención era de 53 meses (desviación estándar 29,5 meses), en comparación con 59,6 meses (desviación estándar 35,3 meses) en el grupo de intervención tardía. No se dispuso de datos similares para los otros tres ensayos (Mulder 1989; Sackley 2006; Werner 1996). Sólo dos ensayos proporcionaron información con respecto al tipo de atención recibida por los participantes antes del reclutamiento. En el ensayo Wade 1992, un 27% (13/49) de los participantes en el grupo de intervención temprana vivían solos, en comparación con un 20% (9/45) en el grupo de intervención tardía; Un 67% (33/49) de los participantes en el grupo de intervención temprana estaban con los cuidadores, en comparación con un 71% (32/45) de los participantes en el grupo de intervención tardía; y un 6% (3/49) de los participantes en el grupo de intervención temprana estaban internados en instituciones antes del reclutamiento, en comparación con un 9% (4/45) de los participantes en el grupo de intervención tardía. En el ensayo Green 2002, un 24% (20/85) de los participantes en el grupo de intervención vivían solos antes del reclutamiento, en comparación con un 31% (26/85) de los participantes en el grupo de control, y no se describió en detalle otro tipo de atención. En el ensayo Wade 1992, un 10% (5/49) de los participantes en el grupo de intervención temprana, en comparación con un 9,0% (4/45) de los participantes en el grupo de intervención tardía, habían recibido fisioterapia antes de asignación al azar. No había datos

disponibles sobre el tipo de servicios sanitarios u otros servicios recibidos por los participantes antes de la asignación al azar.

Comparación e intervención del estudio

Para obtener detalles de las comparaciones realizadas dentro de los cinco ensayos, consulte la tabla "Características de los estudios incluidos". Dos de los ensayos se centraron en un enfoque de solución de problemas con una intervención de rehabilitación de disciplina única (fisioterapia), aunque el enfoque de intervención exacto aplicado en cada estudio fue diferente (Green 2002; Wade 1992). Un estudio adicional se centró en una intervención de disciplina única (terapia ocupacional) (Sackley 2006). Dos ensayos utilizaron una intervención de rehabilitación multidisciplinaria en la que se utilizó una combinación de fisioterapia y terapia ocupacional en un contexto ambulatorio. (Mulder 1989; Werner 1996). Para el ensayo Green 2002, un fisioterapeuta registrado utilizó un enfoque de solución de problemas mediante una evaluación. Los participantes se observaron en su propio domicilio o en los centros de rehabilitación de pacientes ambulatorios. En el ensayo Wade 1992, si bien se utilizó un enfoque de solución de problemas similar como método de intervención, el ensayo comparó los grupos de intervención temprana con los grupos de intervención tardía, en base a las mismas modalidades de tratamiento pero en diferentes períodos de tiempo. La intervención se basó en un tratamiento basado en metas, que ofrecía asesoramiento para resolver los problemas identificados durante las evaluaciones iniciales. El estudio Mulder 1989 comparó un grupo de intervención y tres grupos de control en un programa de rehabilitación estructurada que abarcaba reuniones y actividades, supervisado por un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional. El ensayo no explicó la naturaleza de las actividades recibidas por los grupos de control. En el ensayo Werner 1996, la intervención se basó en modalidades de tareas funcionales administradas por un fisioterapeuta registrado y un terapeuta ocupacional en un contexto de rehabilitación de pacientes ambulatorios. En el ensayo Sackley 2006, se comparó la intervención del tratamiento con la atención habitual mediante un enfoque centrado en el paciente, donde la intervención proporcionada por un terapeuta ocupacional cualificado estuvo orientada a mejorar la independencia en la actividades personales de la vida diaria.

Intensidad de la intervención

Los cinco ensayos proporcionaron información con respecto a la intensidad de la intervención suministrada a los participantes. Dos ensayos (Mulder 1989; Werner 1996) proporcionaron sesiones estructuradas fijas para los participantes en los grupos de intervención, mientras que en los otros tres ensayos (Green 2002; Sackley 2006; Wade 1992) las sesiones de intervención se adaptaron según las evaluaciones iniciales de los participantes. En el ensayo Werner 1996, se proporcionó un programa intensivo de 12 semanas que abarcaba una hora de fisioterapia y terapia ocupacional durante cuatro días a la semana. En el ensayo Mulder 1989 se proporcionó un período de intervención más prolongada que constaba de 22 reuniones

en forma quincenal con una duración total de un año, donde cada reunión duraba 2,5 horas con actividades que abarcaban ejercicios o juegos, discusiones y actividades recreativas. El ensayo Green 2002 describió su programa de intervención como un contacto máximo estándar de 13 semanas con un mínimo de tres contactos por persona durante el período de intervención. El ensayo de Wade 1992 utilizó una media de cuatro visitas (desviación estándar 2,5 visitas) por participante, y la mayoría de los participantes se observaba de una a seis veces durante el período de intervención. Los participantes en este estudio pasaban, en promedio, dos horas y cuatro minutos (desviación estándar 28 minutos) durante cada sesión. El ensayo Sackley 2006 proporcionó un período de intervención flexible de tres meses dependiente de las metas acordadas entre el participante y el terapeuta. Las sesiones de intervención se diseñaron para tratar las necesidades multifacéticas de los participantes con atención domiciliaria, que abarcaban prácticas específicas para cada problema, provisión de elementos de soporte y adaptaciones e intervenciones terapéuticas específicas (Sackley 2006).

CALIDAD METODOLÓGICA

Cinco ensayos cumplieron los criterios de inclusión para la revisión (Green 2002; Mulder 1989; Sackley 2006; Wade 1992; Werner 1996). Dos de los cinco ensayos se consideraron de una alta calidad metodológica, con pruebas de procedimientos de asignación al azar cegada, ocultación de la asignación y evaluación cegada de los resultados (Green 2002; Sackley 2006). Dos ensayos (Green 2002; Sackley 2006) utilizaron un procedimiento de asignación al azar con un ocultamiento claro. El ensayo Green 2002 utilizó tablas de números aleatorios como un método de asignación al azar con sobres opacos, cerrados y numerados para la ocultación de la asignación, mientras que el ensayo Sackley 2006 utilizó una secuencia numerada generada por un sistema informático para asignar a los hogares participantes al estrato predeterminado. Los ensayos Wade 1992 y Werner 1996 utilizaron métodos de asignación al azar en bloques pero no proporcionaron ninguna descripción con respecto a la asignación al azar o el método de ocultación. El ensayo Mulder 1989 no describió el método de asignación al azar en el ensayo. Cuatro ensayos (Green 2002; Sackley 2006; Wade 1992; Werner 1996) utilizaron una evaluación de resultado final con cegamiento equívoco para todos los participantes en los ensayos, mientras que el ensayo restante (Mulder 1989) no informó un procedimiento de cegamiento claro del evaluador del resultado final. Los detalles completos de la calidad metodológica se presentan en la tabla "Características de los estudios incluidos".

(1) Análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis)

Se informó que de un total de 487 participantes incluidos en los cinco estudios, 65 participantes (13,4%) se perdieron durante el seguimiento. Dos ensayos (Green 2002; Wade 1992)

realizaron un análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis). Un ensayo (Sackley 2006) indicó que iba a realizar un análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis), pero modificó su estrategia de análisis durante el transcurso del ensayo, debido a que ocurrieron muchas muertes antes del seguimiento. Los dos ensayos restantes (Mulder 1989; Werner 1996) no mencionaron el uso de un análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis) en sus ensayos.

(2) Declaración del cálculo del tamaño de la muestra

Dos ensayos (Green 2002; Wade 1992) informaron un cálculo del tamaño de la muestra mediante datos provenientes de la bibliografía publicada y permitieron la posibilidad de abandonos potenciales. Si bien el ensayo Sackley 2006 no realizó un cálculo formal del tamaño de la muestra, se calculó el número de hogares incluidos en el ensayo a partir de los recursos locales disponibles. Los dos ensayos restantes (Mulder 1989; Werner 1996) no declararon un cálculo del tamaño de la muestra para sus estudios.

(3) Criterios de inclusión y exclusión definidos

Los cinco ensayos incluidos definieron claramente los criterios de inclusión y de exclusión en los ensayos. Los detalles completos se proporcionan en la tabla "Características de estudios incluidos".

(4) Tiempo transcurrido hasta el seguimiento

Los cinco ensayos incluidos tuvieron períodos de tiempo adecuados para el seguimiento después de la intervención. El ensayo Sackley 2006 tuvo el período de seguimiento más corto de tres meses después de la intervención, mientras que el ensayo Mulder 1989 tuvo el período de seguimiento más largo de 12 meses después de la intervención. El ensayo Wade 1992 eligió seis meses como el período de seguimiento después del período de intervención. Los dos ensayos restantes (Green 2002; Werner 1996) eligieron nueve meses como el período de seguimiento después de la intervención.

(5) Comparabilidad inicial de la gravedad, la edad y el sexo

Cuatro de los cinco ensayos (Green 2002; Sackley 2006; Wade 1992; Werner 1996) no informaron diferencias en las características iniciales en cuanto a la gravedad del accidente cerebrovascular, el sexo y las diferencias de edad entre los participantes asignados a la intervención o a los grupos de control. El ensayo restante (Mulder 1989) no informó diferencias en las características iniciales para la edad y las características del accidente cerebrovascular (función de la mano, comunicación y heminegligencia), pero informó más mujeres y más participantes con hemiplejía del lado derecho. Además, si bien este ensayo informó una alta tasa de abandonos del estudio, el análisis final no mostró diferencias en el porcentaje de abandonos entre el grupo de intervención y el grupo de control. Otro ensayo (Werner 1996) también informó altas tasas de abandono del estudio y, por lo tanto, reclutó cinco controles adicionales hacia el final del estudio; sin embargo,

no se informaron diferencias en la comparabilidad inicial de los grupos.

(6) Conflicto de interés

No se informaron conflictos de interés en ninguno de los ensayos incluidos.

(7) Adecuación de los análisis estadísticos

Los datos se extrajeron de cuatro de los cinco ensayos (Green 2002; Mulder 1989; Wade 1992; Werner 1996) y se incluyeron en los metanálisis cuando fue apropiado. El ensayo restante de Sackley y colegas (Sackley 2006) se diseñó como un ensayo controlado aleatorio grupal y los resultados de este ensayo se extrajeron directamente de la publicación y, por lo tanto, no se realizó nuevamente el análisis. Los análisis utilizados en el ensayo Sackley ensayo 2006 se consideraron adecuados. El ensayo cruzado (crossover) (Wade 1992) se analizó mediante los datos de la primera fase del estudio y se combinó con los resultados de otros estudios de grupos paralelos cuando era apropiado.

RESULTADOS

Medidas de resultado primarias

Cuatro ensayos (Green 2002; Sackley 2006; Wade 1992; Werner 1996) informaron datos relacionados con las medidas de resultado primarias de la revisión.

Muerte o resultado deficiente

La muerte o resultado deficiente fue definida como el número de participantes que estaban muertos al final del ensayo o empeoraron al realizar actividades cotidianas. Sólo un ensayo (Sackley 2006) informó un resultado deficiente global al final de los seis meses de seguimiento. Se observó una diferencia significativa en el resultado deficiente global entre los grupos de intervención y de control en relación con una diferencia de 26% a favor del grupo de intervención (51% versus 76%) (IC del 95%: 3% a 48%; $p = 0,03$, mediante la prueba de χ^2 y ajustada para el diseño grupal). No hubo datos disponibles para los cuatro ensayos restantes (Green 2002; Mulder 1989; Wade 1992; Werner 1996) con respecto a la muerte o resultado deficiente.

Comparación 01.01: Desempeño en las actividades personales de la vida cotidiana

Se utilizó el índice de Barthel (Barthel Index) en tres ensayos (Green 2002; Sackley 2006; Wade 1992). Los datos de los ECAs de grupos paralelos estuvieron disponibles para 235 participantes (Green 2002; Wade 1992). El resultado agrupado de los dos ensayos no halló diferencias significativas en el resultado entre los dos grupos de intervención (DME -0,06; IC del 95%: -0,32 a 0,20; $P = 0,65$). No se detectó heterogeneidad entre los ensayos ($I^2 = 0\%$). Un ECA grupal (Sackley 2006) tampoco informó diferencias significativas en las puntuaciones del índice de Barthel entre los grupos de intervención y de

control (diferencia 1,9; IC del 95%: -0,7 a 4,4; $p = 0,12$, mediante la prueba de χ^2 y ajustada para el diseño grupal).

Medidas de resultado secundarias

Comparación 02.01: Mortalidad al final del seguimiento

Los datos de mortalidad se obtuvieron a partir de tres ensayos que incluían 320 participantes (Green 2002; Mulder 1989; Wade 1992). El análisis agrupado no halló diferencias significativas en el riesgo de muerte al final del seguimiento programado (OR 0,85; IC del 95%: 0,22 a 3,26; $P = 0,81$). Se detectaron bajos niveles de heterogeneidad entre los ensayos ($I^2 = 14,8\%$).

Comparaciones 03.01 y 03.02: Desempeño del paciente en las actividades cotidianas ampliadas al final del seguimiento programado

El índice de actividades de Frenchay (Frenchay Activities Index) fue utilizado en dos ensayos (Green 2002; Wade 1992) y el índice de AVD ampliadas de Nottingham (Nottingham Extended ADL) fue utilizado en un ensayo (Wade 1992). Los datos se obtuvieron de 235 participantes para el índice de actividades de Frenchay, y un análisis agrupado de los dos ensayos no halló diferencias significativas en las puntuaciones entre los grupos de intervención y de control al final del seguimiento programado (DME -0,17; IC del 95%: -0,43 a 0,08; $P = 0,19$). No se detectó heterogeneidad entre los ensayos ($I^2 = 0\%$). Los datos se obtuvieron de 89 participantes para la puntuación de AVDA de Nottingham y un análisis individual de un ensayo (Wade 1992) no halló diferencias significativas en las puntuaciones de AVDA de Nottingham entre los grupos de intervención y de control al final del seguimiento programado (DME -0,31; IC del 95%: -0,55 a 0,29; $P = 0,54$).

Comparación 04.01: Estado de salud subjetivo del paciente al final del seguimiento programado

El Sickness Index Profile fue utilizado solamente en un ensayo (Werner 1996). Un análisis individual de 40 participantes de este ensayo no halló diferencias en las puntuaciones entre los grupos de intervención y de control (DME 0,24; IC del 95%: -0,44 a 0,92; $P = 0,49$).

Comparación 05.01: Estado de ánimo del paciente al final del seguimiento programado

Se utilizó la escala de ansiedad y depresión hospitalarias en dos ensayos (Green 2002; Sackley 2006). Un análisis agrupado de datos de 212 participantes no halló diferencias en las puntuaciones entre los grupos de intervención y de control al final del seguimiento programado (DME 0,02; IC del 95%: -0,34 a 0,38; $P = 0,90$). Se detectaron niveles moderados de heterogeneidad entre los ensayos ($I^2 = 43\%$). Un ensayo (Werner 1996) utilizó la escala de depresión de Beck (Beck's Depression Scale), pero informó los resultados como un cambio en el estado de ánimo de los pacientes entre el inicio y el final del seguimiento y, por lo tanto, no pudo ser incluido en el metanálisis. No se hallaron diferencias significativas con respecto al cambio en el estado de ánimo del paciente entre el

grupo de intervención y el grupo de control ($p = 0,37$; prueba t no pareada).

Comparación 06.01: Estado de ánimo del cuidador al final del seguimiento programado

Sólo un ensayo informó el estado de ánimo del cuidador al final del seguimiento programado mediante el General Health Questionnaire-28 (Cuestionario de Salud General 28) como una evaluación del resultado (Green 2002). Un análisis individual de 70 participantes de este estudio no halló diferencias en las puntuaciones entre los grupos de intervención y de control (DME -0,33; IC del 95%: -0,80 a 0,15; $P = 0,18$).

Reingreso en el hospital y días transcurridos en el hospital al final del seguimiento programado

No hay datos

Satisfacción del paciente y del cuidador con los servicios al final del seguimiento programado

No hay datos

DISCUSIÓN

En los últimos años, se ha prestado poca atención a la importancia de los servicios de terapias de rehabilitación un año o más después del accidente cerebrovascular. La administración de rehabilitación adicional en este punto puede ser especialmente relevante ya que este aspecto de la atención procura promover la independencia y reintegración en la comunidad de los pacientes. Hasta la fecha, los beneficios de tales servicios aún no se han evaluado en profundidad. En consecuencia, esta revisión sistemática evaluó la efectividad de las terapias de rehabilitación para pacientes con accidente cerebrovascular con residencia domiciliaria un año o más después del accidente cerebrovascular. También se procuró abordar qué resultado puede haber sido influido por la intervención de rehabilitación proporcionada.

Hallazgos

La revisión se vio limitada por los estudios actualmente disponibles. En general, no hubo pruebas concluyentes sobre si las intervenciones de rehabilitación basadas en terapias un año o más después del accidente cerebrovascular podían influir en alguna medida de resultado relevante del paciente o el cuidador. Esta revisión halló una escasez de ensayos que evaluarán intervenciones de rehabilitación a un año o más después del accidente cerebrovascular, y los que estaban disponibles variaban en el diseño metodológico, los tipos de intervenciones proporcionadas, y la calidad y medidas de resultado evaluadas.

La medida de resultado primaria de esta revisión, la muerte o el deterioro en la capacidad de realizar actividades cotidianas, no fue informada en todos los ensayos incluidos. Estos resultados son consistentes con los de la revisión Outpatient Service Trialist (OST 2004) que halló que ninguno de los ensayos informó una medida de resultado similar. En esta revisión, la intervención del ensayo era una intervención de

disciplina única (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional) o una intervención combinada. Sin embargo, todos los ensayos mostraron un enfoque similar que se basaba en un método de solución de problemas como centro de la intervención. Este hecho puede indicar que, aunque cada ensayo era diferente en el diseño y la metodología, la naturaleza misma de la intervención de rehabilitación compartió un objetivo común, que es reducir el nivel de discapacidad al alterar el comportamiento en base a tareas y las actividades basadas en metas.

Finalmente, aunque esta revisión no logró demostrar los beneficios potenciales de la intervención de rehabilitación un año o más después del accidente cerebrovascular, es necesario resaltar que la ausencia de pruebas de beneficios no es lo mismo que pruebas de una falta de beneficios.

Limitaciones de la revisión

Se ha identificado una cantidad considerable de bibliografía durante el proceso de revisión, pero de los 35 ensayos, sólo cinco eran ensayos controlados aleatorios que consideraban un año o más después del accidente cerebrovascular. Se cree que la estrategia de búsqueda fue exhaustiva ya que fue posible identificar varios estudios no publicados y establecer contacto con algunos de los investigadores originales para obtener información adicional, y en consecuencia minimizar el riesgo de sesgo de publicación.

En esta revisión existen varias consideraciones metodológicas que deben mencionarse. En primer lugar, de los cinco ensayos que cumplían con los criterios de inclusión, sólo cuatro fueron elegibles para el metanálisis. El ensayo de Sackley y cols. (Sackley 2006) era un ECA grupal, en consecuencia era diferente en el diseño, y por lo tanto no calificó para ser agrupado con los otros ECAs. Los ensayos tuvieron una calidad variable, con asignación al azar oculta en dos ensayos, cegamiento de los evaluadores de resultados en cuatro ensayos y análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis) en dos ensayos. Por lo tanto, los resultados de los ensayos individuales necesitan ser interpretados con cautela. En segundo lugar, los resultados de esta revisión están restringidos por el número limitado de medidas de resultado equivalentes utilizadas. Los ensayos incluidos demostraron la heterogeneidad clínica en la intervención probada, la duración del seguimiento y los criterios de selección para los participantes incluidos. Sin embargo, para mantener la solidez de los resultados de la revisión, se establecieron previamente los criterios de inclusión de los ensayos y los resultados aceptables para reflejar el rango de la actividad y participación limitada relacionada con el accidente cerebrovascular a largo plazo. Finalmente, dos de los ensayos incluidos se sometieron a tasas de deserción considerables que pueden incrementar la posibilidad de sesgo.

En vista de la naturaleza heterogénea de los ensayos examinados, la interpretación fue una dificultad importante en esta revisión. Por lo tanto, los resultados globales del análisis no deben considerarse como pruebas concluyentes del beneficio

de la intervención de rehabilitación un año o más después del accidente cerebrovascular. Para proporcionar una comprensión más detallada de la variación entre los ensayos, se describieron las características individuales de los ensayos incluidos en la revisión.

Esta revisión destaca la escasez de pruebas que investiguen las intervenciones de rehabilitación a largo plazo basadas en terapias para pacientes con accidente cerebrovascular. Las evaluaciones de las intervenciones de rehabilitación del accidente cerebrovascular se centraban anteriormente en la fase aguda de la atención, probablemente debido a una percepción de que la posibilidad de rehabilitación se detenía seis meses después del accidente cerebrovascular. El hecho de que actualmente existan sólo unos pocos servicios que ofrecen un seguimiento habitual después de seis meses del accidente cerebrovascular puede haber contribuido a la ausencia de pruebas para esta área.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

La National Stroke Strategy recalca la necesidad de rehabilitación a largo plazo para pacientes con accidente cerebrovascular, pero esta revisión aún indica que no existen pruebas suficientes para apoyar el desarrollo de tales servicios. Si bien esta revisión apoya tales servicios a largo plazo, es obligatorio que estos servicios se evalúen al implementarse.

Implicaciones para la investigación

El análisis se basó en una revisión de ensayos con diferente calidad metodológica, lo cual restringe los resultados generales de esta revisión. Los ensayos futuros en las intervenciones de rehabilitación deben incorporar cualidades metodológicas estandarizadas, como métodos de asignación al azar y de ocultación de la asignación claramente definidos, análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis), resultados estandarizados e intervenciones de rehabilitación claramente definidas para usarse en cada ensayo. Esta propuesta se necesita para proporcionar un análisis más sólido sobre este tema en un futuro metanálisis.

AGRADECIMIENTOS

Se dan las gracias al prof. John Green (Bradford), prof. Catherine Sackley (Birmingham), prof. Derick Wade (Oxford), prof. Robert Werner (Michigan) y prof. AHM Mulder (Países Bajos), por su contribución a esta revisión.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno conocido.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- No sources of support supplied

Recursos internos

- No sources of support supplied

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Green 2002 *{published data only}*

Green J, Forster A, Boyle S. Physiotherapy for patients with mobility problems, more than one year after stroke. A randomised controlled trial. *Lancet* 2002;**359**:199-203.

Mulder 1989 *{published data only}*

Mulder AHM, De Witte LP, Diederick JPM. Evaluation of a rehabilitation after-care programme for stroke patients. *Journal of Rehabilitation Sciences* 1989;**2**(4):97-103.

Sackley 2006 *{published data only}*

Sackley C, Wade DT, Mant D, Atkinson JC, Yudkin P, Cardoso K, et al. Cluster randomized pilot controlled trial of an occupational therapy intervention for residents with stroke in UK care homes. *Stroke* 2006;**37**:2336-41.

Wade 1992 *{published data only}*

Wade DT, Collen FM, Robb GF, Warlow CP. Physiotherapy intervention late after stroke and mobility. *BMJ* 1992;**304**:609-13.

Werner 1996 *{published data only}*

Werner RA, Kessler S. Effectiveness of an intensive outpatient rehabilitation program for postacute stroke patient. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 1996;**75**(2):114-20.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Allen 2002

Allen KR, Hazelett S, Jarjoura D, Wickstrom GC, Hua K, Weinhardt J, et al. Effectiveness of a post-discharge care management model for stroke and transient ischaemic attack. A randomized trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2002;**11**(2):88-98.

Andersen 2002

Andersen HE, Eriksen K, Schultz Larsen K, Forchhammer BH. Follow-up services for stroke survivors after hospital discharge - a randomized control study. *Clinical Rehabilitation* 2002;**16**:593-603.

Chu 2004

Chu KS, Eng JJ, Dawson AS. Water-based exercise for cardiovascular fitness in people with chronic stroke. A randomised controlled trial. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2004;**85**(6):870-4.

Collen 1991

Collen FM, Wade DT. Residual mobility problems after stroke. *International Disability Studies* 1991;**13**:12-5.

Corr 1995

Corr S, Bayer A. Occupational therapy for stroke patients after hospital discharge - a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 1995;**9**:291-6.

Drummond 1995

Drummond AER, Walker MF. A randomized controlled trial of leisure rehabilitation after stroke. *Clinical Rehabilitation* 1995;**9**:283-90.

Duncan 1998

Duncan P, Richards L, Wallace D, Stroker Yates J, Pohl P, Luchies C, et al. A randomized controlled pilot study of a home based exercise program for individuals with mild and moderate stroke. *Stroke* 1998;**29**:2055-60.

Eng 2003

Eng JJ, Sisto S, Lavine P. A community based group exercise program for person with chronic stroke. *Medicine & Science in Sports and Exercise* 2003;**35**(8):1271-8.

Frayne 2000

*Frayne J, Brodman A, Voselis H, Haartsen J, Fiddes K. Study of home intervention post stroke SHIPS Stroke Trials Directory. *Stroke* 2000;**31**(11):3 (Abst 387).

Gilbertson 2000

Gilbertson L, Langhorne P, Walker A, Allen A, Murray GD. Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: randomised controlled trial. *BMJ* 2000;**320**:603-6.

Jongbloed 1991

Jongbloed L, Morgan D. An investigation of involvement in leisure activities after a stroke. *American Journal of Occupational Therapy* 1991;**45**:420-7.

Lincoln 2004

Lincoln NB, Walker MF, Dixon A, Knights P. Evaluation of a multi-professional community stroke team: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2004;**18**:40-7.

Logan 1997

Logan PA, Ahern J, Gladman JRF, Lincoln NB. A randomized controlled trial of enhanced social service occupational therapy for stroke patients. *Clinical Rehabilitation* 1997;**11**:107-13.

Logan 2003

Logan PA, Gladman JRF, Drummond AER, Radford KA. A study of intervention and related outcomes in a randomized controlled trial of occupational therapy and leisure therapy for community stroke patients. *Clinical Rehabilitation* 2003;**17**(3):249-55.

Logan 2004

Logan P, Gladman JR. Occupational therapy to increase outdoor activity. *BMJ* 2004;**329**:1372-5.

Meikle 1979

Meikle M, Weschler E, Tupper A, Benenson M, Butler J, Mulhall D, et al. Comparative trial of volunteer and professional treatments of dysphasia after stroke. *BMJ* 1979;**2**:87-9.

Page 2004

Page SJ, Sisto S, Lavine P. Efficacy of modified constraint induced movement therapy in chronic stroke. A single blinded randomised controlled therapy. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 2004;**85**(1):14-8.

Salbach 2004

Salbach NM, Mayo NE, Wood-Dauphinee S. A task orientation intervention enhances walking distance and speed in the first year post stroke: A randomised controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2004;**18**(5):509-19.

Salbach 2005

Salbach NM, Mayo NE, Robinchaud-Ekstrand S, Hanley JA, Richards CL, Wood-Dauphinee S. The effect of a task orientated walking intervention on improving balance, self efficacy post stroke. A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005;**53**(4):576-82.

Sandhu 1993

Sandhu H, Jannisen J, Bresa M. Functional retraining at home of extended care patients. *Australian and New Zealand Journal of Medicine* 1993;**23**:226.

Smith 1981

*Smith DS, Goldenberg E, Ashburn A, Kinsella G, Sheikh K, Brennan PJ, et al. Remedial therapy after stroke: A randomized controlled trial. *BMJ* 1981;**282**:517-20.

Sun 2001

*Sun YH, Wang L, Wang ZS. Effects of the home-based occupational therapy on motor function of limbs in patients with hemiplegia. *Hong Kong Medical Journal* 2001;**7**(4):25 (Abstract P9).

van de Gaag 2005

van der Gaag A, Smith L, Davis L, Moss B, Cornelius V, Laing S, et al. Therapy and support services for people with long term stroke and aphasia and their relatives. A six months follow-up study. *Clinical Rehabilitation* 2005;**19**(4):372-80.

von Koch 2001

von Koch L, Widen Holmqvist L, Kostulas V, Almazan J, Pedro-Cuesta J. A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke; a one year follow-up of patient outcome, resource use and cost. *Cerebrovascular Disease* 2001;**12**:131-8.

Walker 1999

Walker MF, Gladman JRF, Lincoln NB. Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;**354**:278-80.

Wall 1987

Wall JC, Turnbull GI. Evaluation of outpatient physiotherapy and home exercise program in the management of gait asymmetry in residual stroke. *Journal of Neurologic Rehabilitation* 1987;**3**:115-23.

Weiss 2000

Weiss A, Suzuki T, Bean J. High intensity strength training improves strength and functional performance after stroke. *Clinical Rehabilitation* 2000;**79**(4):369-76.

Wolfe 2000

Wolfe CDA, Tilling K, Rudd AG. The effectiveness of community based rehabilitation for stroke patients who remained at home; a pilot randomized trial. *Clinical Rehabilitation* 2000;**14**:563-9.

Woodhead 1997

Woodhead H, Fortey Y. The rehabilitation of Mabel. An interdisciplinary project. *British Journal Community Health Nursing* 1997;**2**(7):327-31.

Young 1992

Young JB, Forster A. The Bradford community stroke trial: results at six months. *BMJ* 1992;**304**:1085-9.

Referencias adicionales

ESDT 2005

Early Supported Discharge Trialists. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 2005. 10.1002/14651858.CD000443.pub2.

Hacke 2000

Hacke W, Kaste M, Olsen TS, Orgogozo JM, Bogousslavsky J. European Stroke Initiative (EUSI) recommendations for stroke management. The European Stroke Initiative writing committee. *European Journal of Neurology* 2000;**7**:607-23.

Higgins 2002

Higgins JPT, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine* 2002;**21**:1539-58.

Langhorne 2001

Langhorne P, Duncan P. Does the organization of post acute stroke care really matter?. *Stroke* 2001;**32**:268-74.

Lincoln 2000

Lincoln NB, Gladman J, Berman P, Noad R, Challen K. Functional recovery of community stroke patients. *Disability and Rehabilitation* 2000;**22**(3):135-9.

MacKay 2004

MacKay J, Mensah GA, Mendis S, Greenlund K. The atlas of heart disease and stroke. *World Health Organization*. Geneva: WHO, 2004:25.

Mitchell 2004

Mitchell E, Moore K. Stroke: holistic care and management. *Nursing Standard* 2004;**33**(18):43-52.

OST 2004

Outpatient Service Trialists. Therapy based rehabilitation services for stroke patients at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue (4).

RCP 2004

Intercollegiate Stroke Working Party. National Clinical Guidelines for Stroke (2nd Edition). *Royal College of Physicians* 2004:79.

Stroke Assoc 1998

The Stroke Association. Stroke care: reducing the burden of disease. *The Stroke Association*. London: 1998.

Tilling 2001

Tilling K, Jonathan AC, Rudd AG, Glass TA. A new method for predicting recovery after stroke. *Stroke* 2001;**32**:2867-73.

WHO 1978

World Health Organization. Cerebrovascular disorders: a clinical and research classification. *World Health Organization*. Vol. 43, Geneva: Offset Publication, 1978.

* El asterisco señala los documentos más importantes para este estudio

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Green 2002
Methods	Parallel group RCT with randomisation at individual level Randomisation used random number tables and four length random permuted blocks Allocation concealment: opaque sealed envelopes Blinding: blinded outcome assessor
Participants	UK (Bradford) 170 participants (85 intervention and 85 control) Mean age 71.5 years, 58% male Barthel score at baseline: intervention group mean 18 (IQR 16 to 19); control group mean 18 (IQR 16 to 19) Clinical definition of stroke Participants recruited from hospital and community stroke register Inclusion criteria: older than 50 years, had a stroke a year or more and had associated mobility problems. Mobility problem was defined as: use of a mobility aid, fall in the previous three months, unable to manage stairs/slopes/uneven surfaces independently and slow gait speed
Interventions	Community physiotherapy intervention versus no treatment at participant's home or outpatient rehabilitation centres Assessments at 3, 6 and 9 months at participants' homes Intervention based on problem-solving approach. Intervention done by established community physiotherapy service (13 staff) as part of usual work Standard maximum contact of 13 weeks with a minimum of 3 contacts per participant
Outcomes	Outcome at 9 months Primary outcome: Barthel ADL, Rivermead Mobility Index Secondary outcome: death, Frenchay Activities Index, Hospital Anxiety & Depression Scale Carer: General Health Questionnaire - 28
Notes	
Allocation concealment	A - Adequate
Study	Mulder 1989
Methods	Parallel group RCT with randomisation at individual level Randomisation used stratification method (3:1 ratio) based on age, sex, marital status and presence or absence of hemineglect Allocation concealment: not provided Blinding: not provided
Participants	Netherlands (Maastricht) 56 participants (38 intervention and 18 control). Analyses were based only at the first follow-up assessment points (at 13 to 28 weeks) Mean age 55.1 years, 53% male Participants recruited from a rehabilitation centre in the Netherlands Inclusion criteria: two-tier selection. First tier: participant < 70 years old, living within 30 km, not having serious progressive disease and not having resumed work. Second tier: expected ability to function in a group as assessed by the rehabilitation team

Characteristics of included studies

Interventions	<p>Aftercare programme in the rehabilitation centre versus control</p> <p>Assessments at baseline, during the programme and 6 months after the programs ended</p> <p>Participants were divided into 3 experimental groups and one control group</p> <p>The intervention groups received occupational and physiotherapy (exercises, games, recreational activities and education sessions) to improve physical fitness and stimulate social contacts</p> <p>Intervention provided by physiotherapist and occupational therapist from the rehabilitation centre</p> <p>Participants attended a programme of 22 fortnightly meetings during a year, each meeting lasted 2.5 hours</p>
Outcomes	<p>Primary outcome: none</p> <p>Secondary outcome: death, Sickness Index Profile</p>
Notes	
Allocation concealment	B - Unclear
Study	Sackley 2006
Methods	<p>Cluster RCT with 12 care homes were group into 4 strata and within each stratum, pair of homes were allocated randomly into interventional or control group</p> <p>Randomisation used computer-generated random numbers</p> <p>Allocation concealment: adequate</p> <p>Blinding: blinded outcome assessor</p>
Participants	<p>UK (Oxfordshire)</p> <p>118 participants (63 residents from 6 homes in intervention group and 55 residents from 6 homes in control group)</p> <p>Mean age 88.6 years</p> <p>Participants recruited from 12 nursing and residential homes</p> <p>Barthel Score at baseline: intervention mean 10.1 (SD 5.7); control mean 9.5 (SD 5.2)</p> <p>Inclusion criteria: resident in nursing and residential homes, had moderate to severe stroke-related disability (Barthel Index score 4 to 15 inclusive)</p>
Interventions	<p>Occupational therapy intervention versus usual care (control)</p> <p>Assessments at baseline, 3 and 6 months</p> <p>Intervention delivered at level of the individual, targeted towards improving independence in personal ADL</p> <p>Intervention provided by experienced, qualified occupational therapist attached to the home. Intervention followed a routine process using a client-centred approach and included a continuous process of assessment, treatment and reassessment</p> <p>Intervention period was 3 months</p>
Outcomes	<p>Primary outcome: Barthel Index</p> <p>Secondary outcome: poor global outcome, Rivermead Mobility Index</p>
Notes	
Allocation concealment	A - Adequate
Study	Wade 1992
Methods	<p>Cross-over RCT with randomisation at individual level</p> <p>Restricted randomisation using permuted number tables</p> <p>Allocation concealment: not clear</p> <p>Blinding: blinded outcome assessment</p>

Characteristics of included studies

Participants	<p>UK (Oxfordshire)</p> <p>94 participants (49 intervention and 45 control)</p> <p>Mean age 72.3 years; 50% male</p> <p>Barthel Index score at baseline: control mean 16.2 (SD 3.1), intervention mean 17.0 (SD 2.8)</p> <p>Clinician definition of stroke</p> <p>Patients recruited from Oxfordshire Stroke Project, Rivermead Rehabilitation Centre, local practitioners and radio broadcasting</p> <p>Inclusion criteria: mobility problems more than 1 year after stroke, used walking or mobility aid, fall in previous 3 months, unable to manage stairs/slopes/uneven surfaces independently and had slow gait speed</p>
Interventions	<p>Early rehabilitation intervention (immediate) at home versus delayed (after 3 months) by physiotherapy</p> <p>Intervention based on problem-solving method</p> <p>Interventions included: identifying individual mobility problems, setting pre-determined set goals and offering advice to solve the problems</p> <p>Mean numbers of visits: 4 (range 1 to 11) with mean length of visits 2 hours and 4 minutes</p> <p>Services provided by qualified physiotherapists</p>
Outcomes	<p>Assessment at baseline, 3 and 6 months</p> <p>Primary outcome: Barthel ADL, Rivermead Motor Assessment</p> <p>Secondary outcome: death, Frenchay Activities Index, Nottingham EADL, Hospital Anxiety & Depression Scale</p>
Notes	
Allocation concealment	B - Unclear
Study	Werner 1996
Methods	<p>Parallel group RCT with randomisation at individual level</p> <p>Randomisation using 3-digit number tables</p> <p>5 additional controls were added later due to high drop out</p> <p>Allocation concealment: unclear</p> <p>Blinding: blinded outcome assessor</p>
Participants	<p>US (Ann Arbor)</p> <p>49 participants (28 intervention and 16 controls, with later addition of 5 controls)</p> <p>Mean age 59 +/- 9 years with 50% male</p> <p>Clinical (or radiological) definition of stroke</p> <p>Participants recruited from 3 local outpatient rehabilitation programs in Michigan</p> <p>Inclusion criteria: between 6 months and 5 years post stroke, functional communication profile score > 60%, no clinical sign of medical co-morbidities, no generalised sensory deficit, no history of recurrent stroke, no therapeutic intervention in the last 4 months and evidence of functional limitation <7 on Functional Independence Measure</p>
Interventions	<p>Outpatient rehabilitation programme versus usual care</p> <p>Assessments at 0, 3 and 9 months</p> <p>Intervention directed towards functional tasks and treatment modalities which included strengthening, stretching, mobilisation and muscle re-training programs</p> <p>Intervention done by registered occupational therapist and physiotherapist. Intervention consisted of 12 weeks of outpatient rehabilitation programme (1 hour of physical and 1 hour of occupational therapy weekly)</p>
Outcomes	<p>Primary outcome: Functional Independence Measure</p> <p>Secondary outcome: Becks Depression Scale, Sickness Index Profile</p>

Characteristics of included studies

Notes	
Allocation concealment	B - Unclear

Notas:

ADL: activities of daily living IQR: interquartile range Nottingham EADL: Nottingham extended activities of daily living RCT: randomised controlled trial SD: standard deviation

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Allen 2002	Randomisation less than one year
Andersen 2002	Randomisation less than one year
Chu 2004	Intervention not targeted at service level
Collen 1991	Non-randomised controlled trial
Corr 1995	Randomisation less than one year
Drummond 1995	Randomisation less than one year
Duncan 1998	Randomisation less than one year
Eng 2003	Non-randomised controlled trial
Frayne 2000	Patients not living at home at the time of randomisation
Gilbertson 2000	Randomisation less than one year
Jongbloed 1991	Randomisation less than one year
Lincoln 2004	Randomisation less than one year
Logan 1997	Randomisation less than one year
Logan 2003	Randomisation less than one year
Logan 2004	Randomisation less than one year
Meikle 1979	Randomisation less than one year
Page 2004	Intervention not targeted at the service level
Salbach 2004	Randomisation less than one year
Salbach 2005	Randomisation less than one year
Sandhu 1993	Patients not living at home at the time of randomisation
Smith 1981	Randomisation less than one year
Sun 2001	Intervention not targeted at the service level
Walker 1999	Randomisation less than one year
Wall 1987	Randomisation less than one year
Weiss 2000	Non-randomised controlled trial
Wolfe 2000	Randomisation less than one year
Woodhead 1997	Non-randomised controlled trial
Young 1992	Randomisation less than one year

Characteristics of excluded studies

van de Gaag 2005	Non-randomised controlled trials
von Koch 2001	Randomisation less than one year

CARÁTULA

Titulo	Servicios de terapias de rehabilitación para pacientes con residencia domiciliaria después de un año del accidente cerebrovascular
Autor(es)	Aziz NA, Leonardi-Bee J, Phillips M, Gladman JRF, Legg L, Walker MF
Contribución de los autores	NA, MW y LL planificaron y redactaron el primer borrador del protocolo y revisaron los borradores posteriores. NA y MW realizaron las búsquedas, verificaron la elegibilidad, extrajeron los datos y evaluaron de forma independiente la calidad de los estudios incluidos. NA y JL-B planificaron los análisis, extrajeron los datos de los estudios, realizaron los análisis de los estudios seleccionados, formularon observaciones sobre el protocolo y posteriormente lo revisaron. MW, MP, JG, JL-B y LL proporcionaron datos, asesoramiento, realizaron comentarios, y ayudaron en la revisión del protocolo y la revisión sistemática.
Número de protocolo publicado inicialmente	2006/2
Número de revisión publicada inicialmente	2008/2
Fecha de la modificación más reciente"	18 enero 2008
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	18 enero 2008
Cambios más recientes	El autor no facilitó la información
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	El autor no facilitó la información

Dirección de contacto	Dr Noor Azah Aziz Consultant Department of Family Medicine, Medical Faculty Universiti Kebangsaan Malaysia Cheras Kuala Lumpur 53000 MALAYSIA E-mail: azah@mail.hukm.ukm.my
Número de la Cochrane Library	CD005952
Grupo editorial	Cochrane Stroke Group
Código del grupo editorial	HM-STROKE

RESUMEN DEL METANÁLISIS

01 Performance in personal activities of daily living

Resultado	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
01 Barthel Index	2	235	Standardised Mean Difference (Random) 95% CI	-0.06 [-0.32, 0.20]

02 Case fatality at the end of follow up

Resultado	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
01 Case fatality at the end of follow up	3	320	Odds Ratio (Random) 95% CI	0.85 [0.22, 3.26]

03 Patient's performance in extended activities of daily living by the end of scheduled follow up

Resultado	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
01 Patient's performance in activities of daily living (Frenchay Activities Index)	2	235	Standardised Mean Difference (Random) 95% CI	-0.17 [-0.43, 0.08]
02 Patient's performance in activities of daily living (Nottingham EADL)			Standardised Mean Difference (Random) 95% CI	Totals not selected

04 Patient's subjective health status at the end of scheduled follow up

Resultado	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
01 Sickness Index Profile			Standardised Mean Difference (Random) 95% CI	Totals not selected

05 Patient's mood at the end of scheduled follow up				
Resultado	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
01 Patient's mood at the end of scheduled follow up	2	212	Standardised Mean Difference (Random) 95% CI	0.02 [-0.34, 0.38]

06 Carer's mood at the end of scheduled follow up				
Resultado	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
01 Carer's mood at the end of scheduled follow up			Standardised Mean Difference (Random) 95% CI	Totals not selected

GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 Performance in personal activities of daily living

01.01 Barthel Index

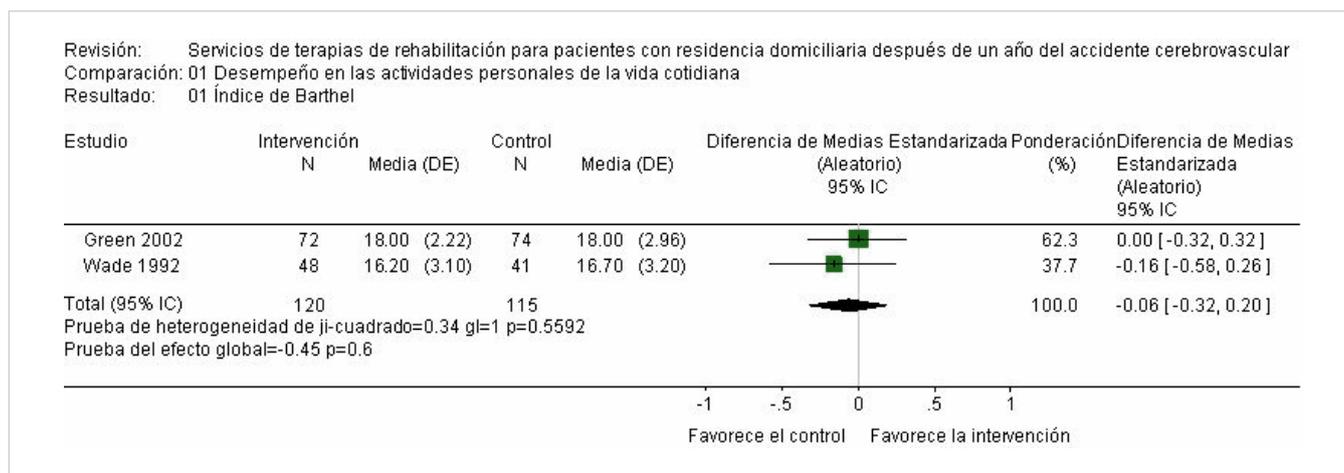


Fig. 02 Case fatality at the end of follow up

02.01 Case fatality at the end of follow up

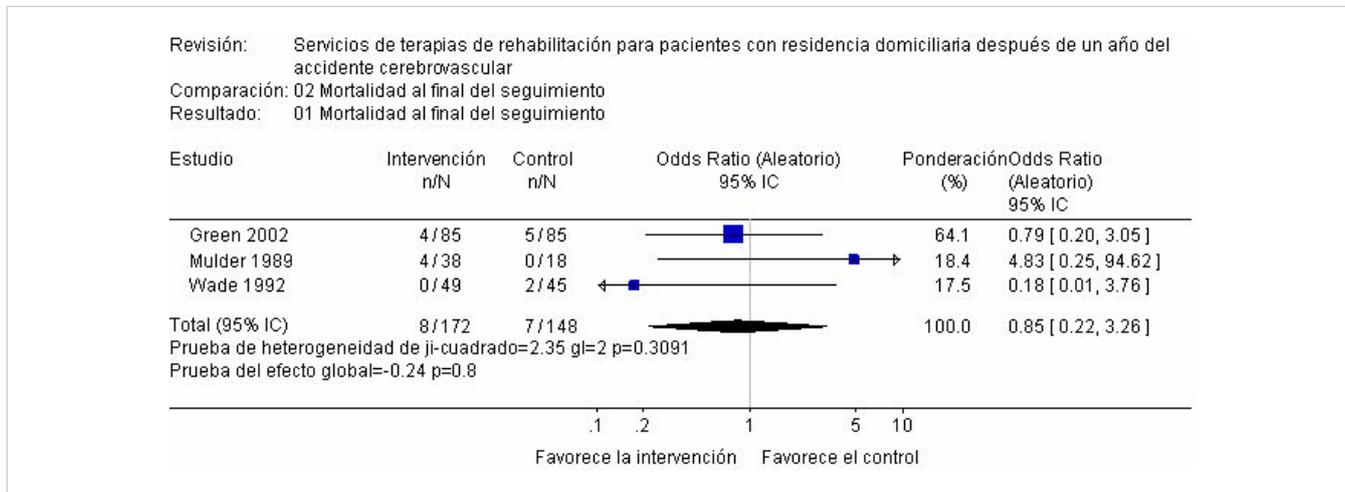
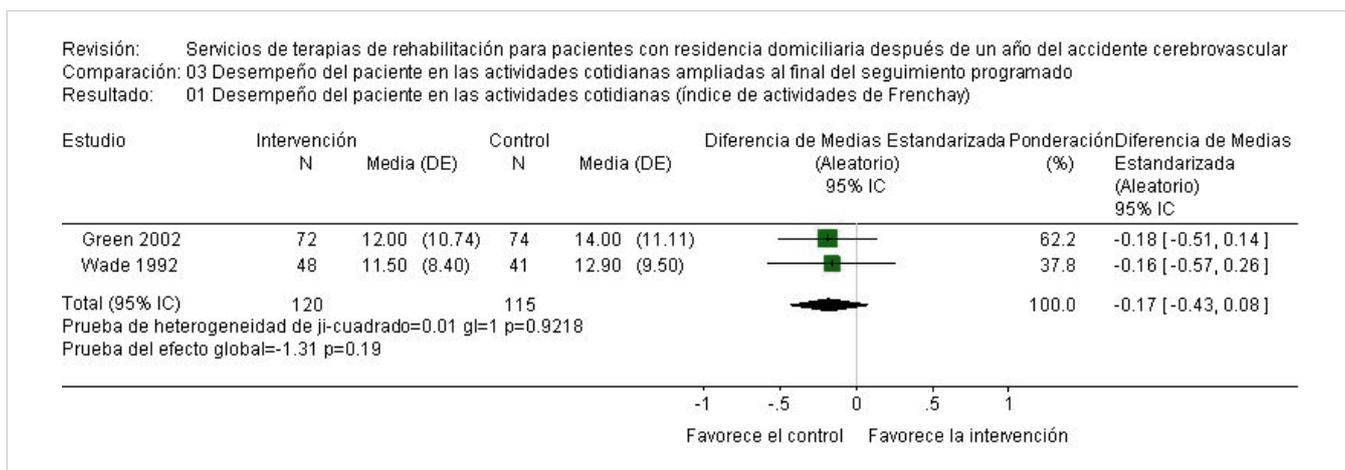


Fig. 03 Patient's performance in extended activities of daily living by the end of scheduled follow up

03.01 Patient's performance in activities of daily living (Frenchay Activities Index)



03.02 Patient's performance in activities of daily living (Nottingham EADL)

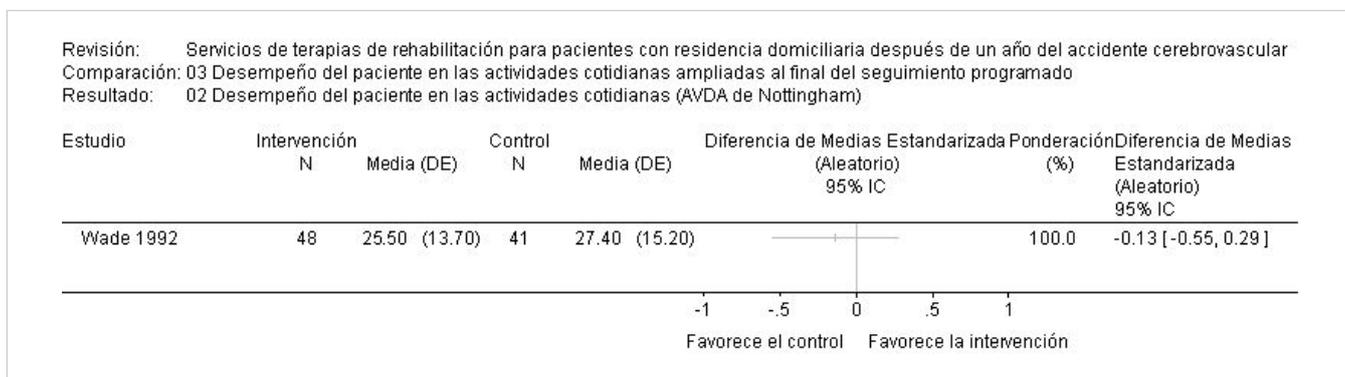


Fig. 04 Patient's subjective health status at the end of scheduled follow up

04.01 Sickness Index Profile

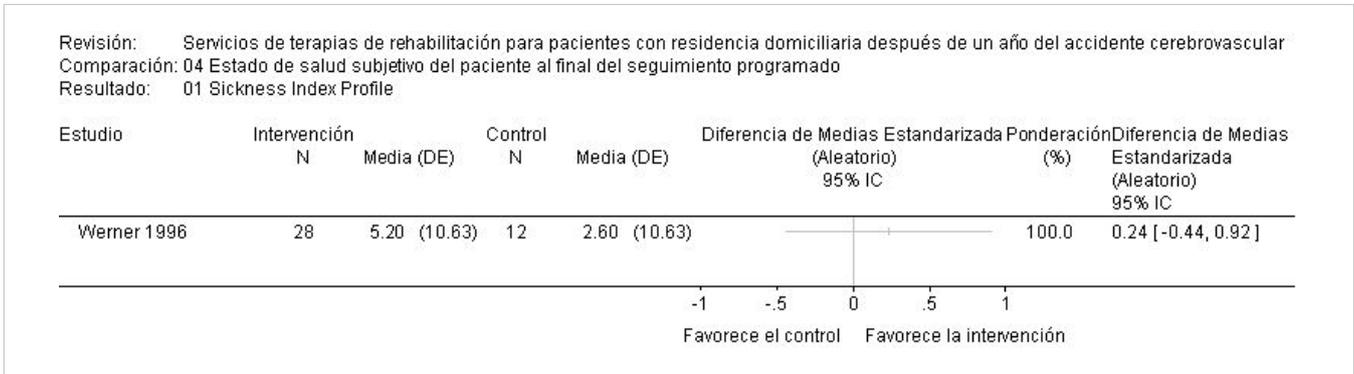


Fig. 05 Patient's mood at the end of scheduled follow up

05.01 Patient's mood at the end of scheduled follow up

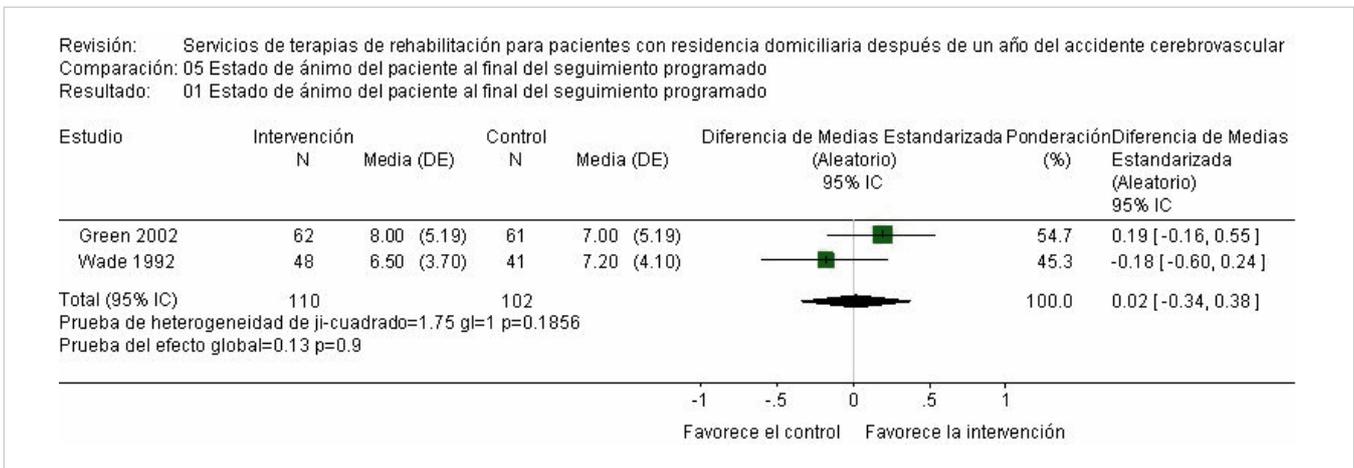


Fig. 06 Carer's mood at the end of scheduled follow up

06.01 Carer's mood at the end of scheduled follow up

