



RECOMENDACIÓN T6

BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA DE EFECTOS DESEABLES E INDESEABLES

Guía de Práctica Clínica Ataque cerebrovascular - 2018

A. PREGUNTA CLÍNICA

En personas con ataque cerebrovascular (ACV) isquémico ¿Se debe realizar alta carga de sesiones de rehabilitación (1 sesión diaria de cada profesional de rehabilitación que se requiera) en comparación a realizar baja carga de sesiones de rehabilitación?

Análisis y definición de los componentes de la pregunta en formato PICO

Población: Personas con ataque cerebrovascular (ACV) isquémico.

Intervención: Realizar alta carga de sesiones de rehabilitación.

Comparación: Realizar baja carga de sesiones de rehabilitación.

Desenlace (outcome): Actividad.

B. BÚSQUEDA DE EVIDENCIA

Se realizó una búsqueda general de revisiones sistemáticas asociadas al tema de “Stroke”. Las bases de datos utilizadas fueron: Cochrane database of systematic reviews (CDSR); Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE); HTA Database; PubMed; LILACS; CINAHL; PsycINFO; EMBASE; EPPI-Centre Evidence Library; 3ie Systematic Reviews and Policy Briefs Campbell Library; Clinical Evidence; SUPPORT Summaries; WHO institutional Repository for information Sharing; NICE public health guidelines and systematic reviews; ACP Journal Club; Evidencias en Pediatría; y The JBI Database of Systematic Reviews and implementation Reports. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un investigador experimentado resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. En caso de considerarse necesario, se integraron estudios primarios.¹

Seleccionadas las revisiones sistemáticas o estudios primarios asociadas a la temática, se clasificaron en función de las potenciales preguntas a las que daban respuesta. Al momento de definir la pregunta la evidencia ya se encontraba previamente clasificada según intervenciones comparadas. Los resultados se encuentran alojados en la plataforma Living Overview of the Evidence (L-OVE), sistema que permite la actualización periódica de la evidencia.

¹ Para revisar la metodología, las estrategias y los resultados de la búsqueda, favor revisar el informe “Búsqueda sistemática de evidencia de los efectos deseables e indeseables” en la sección de método de la Guía de Práctica Clínica respectiva.

C. SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Resumen de la evidencia identificada

Se identificaron 2 revisiones sistemáticas que incluyen 14 estudios primarios, de los cuales todos corresponden a ensayos aleatorizados. Para más detalle ver “*Matriz de evidencia*”², en el siguiente enlace: [Aumento de la frecuencia de rehabilitación en accidente cerebrovascular.](#)

Tabla 1: Resumen de la evidencia seleccionada

Revisión Sistemática	2 [1-2]
Estudios primarios	14 [3-16]

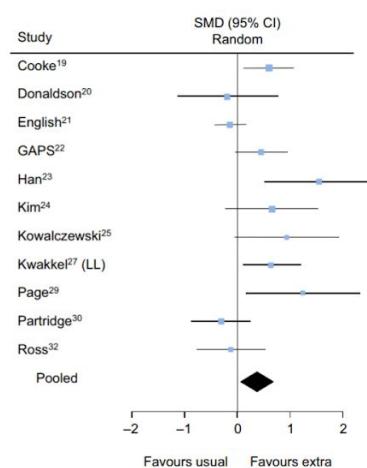
Además, se analizaron tres artículos provistos por el equipo de expertos participantes del panel convocado para elaborar la guía [17-19]. También se revisaron las referencias citadas en estos artículos y se buscaron artículos que citaran a los artículos provistos. Sin embargo, estos se excluyeron del análisis dado que no entregaban información adicional ni cambiaban la certeza de la evidencia al tratarse de dos estudios de cohorte [18-19] y una encuesta [17].

Estimador del efecto

Se realizó un análisis de la matriz de evidencia, identificándose una revisión sistemática [2] que incluye todos los ensayos aleatorizados relevantes [3-16], por lo que se decidió reutilizar sus metanálisis para construir la tabla resumen de resultados.

Metanálisis

Actividad



² **Matriz de Evidencia**, tabla dinámica que grafica el conjunto de evidencia existente para una pregunta (en este caso, la pregunta del presente informe). Las filas representan las revisiones sistemáticas y las columnas los estudios primarios que estas revisiones han identificado. Los recuadros en verde corresponden a los estudios incluidos en cada revisión. La matriz se actualiza periódicamente, incorporando nuevas revisiones sistemáticas pertinentes y los respectivos estudios primarios.

Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

REALIZAR ALTA CARGA DE SESIONES DE REHABILITACIÓN COMPARADO CON REALIZAR BAJA CARGA DE SESIONES DE REHABILITACIÓN PARA ATAQUE CEREBROVASCULAR			
Desenlaces	Efecto	Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
Grado de actividad**	DME: 0,39 (0,07 a 0,71) -- 557 personas / 11 ensayos [3, 5-11, 13, 14, 16]	⊕⊕○○ ^{1,2} Baja	Realizar una mayor carga de sesiones de rehabilitación podría aumentar el grado de actividad, pero la certeza de la evidencia es baja.
IC 95%: Intervalo de confianza del 95%. DME: Diferencia de media. GRADE: Grados de evidencia Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. *La diferencia de medias estandarizada se utiliza cuando el desenlace ha sido medido en diferentes escalas y es difícil de interpretar clínicamente. Una regla general es que valores menores a 0,2 son de poca relevancia clínica, valores de 0,5 son de relevancia moderada y 0,8 de relevancia clínica importante. ** Observación directa de la actividad de miembros superiores o inferiores (por ejemplo, Box and Block Test, 10-m Walk Test, Action Research Arm Test, Functional Ambulation Category). ¹ Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión, ya que cada extremo del intervalo de confianza conlleva una decisión diferente. ² Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo ya que ninguno de los ensayos fue ciego Fecha de elaboración de la tabla: Octubre, 2018.			

Referencias

1. Cooke EV, Mares K, Clark A, Tallis RC, Pomeroy VM. The effects of increased dose of exercise-based therapies to enhance motor recovery after stroke: a systematic review and meta-analysis. *BMC medicine*. 2010;8(no pagination):60.
2. Schneider EJ, Lannin NA, Ada L, Schmidt J. Increasing the amount of usual rehabilitation improves activity after stroke: a systematic review. *Journal of physiotherapy*. 2016;62(4):182-7.
3. Can augmented physiotherapy input enhance recovery of mobility after stroke? A randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*. 2004;18(5):529-37.
4. Burgar CG, Lum PS, Scrimin AM, Garber SL, Van der Loos HF, Kenney D, Shor P. Robot-assisted upper-limb therapy in acute rehabilitation setting following stroke: Department of Veterans Affairs multisite clinical trial. *Journal of rehabilitation research and development*. 2011;48(4):445-58.
5. Cooke EV, Tallis RC, Clark A, Pomeroy VM. Efficacy of functional strength training on restoration of lower-limb motor function early after stroke: phase I randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2010;24(1):88-96.
6. Donaldson C, Tallis R, Miller S, Sunderland A, Lemon R, Pomeroy V. Effects of conventional physical therapy and functional strength training on upper limb motor recovery after stroke: a randomized phase II study. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2009;23(4):389-97.
7. English C, Bernhardt J, Crotty M, Esterman A, Segal L, Hillier S. Circuit class therapy or seven-day week therapy for increasing rehabilitation intensity of therapy after stroke (CIRCIT): a randomized controlled trial. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society*. 2015;10(4):594-602.
8. Han C, Wang Q, Meng PP, Qi MZ. Effects of intensity of arm training on hemiplegic upper extremity motor recovery in stroke patients: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*. 2013;27(1):75-81.
9. Kim M, Cho K, Lee W. Community walking training program improves walking function and social participation in chronic stroke patients. *The Tohoku journal of experimental medicine*. 2014;234(4):281-6.
10. Kowalczewski J, Gritsenko V, Ashworth N, Ellaway P, Prochazka A. Upper-extremity functional electric stimulation-assisted exercises on a workstation in the subacute phase of stroke recovery. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2007;88(7):833-9.
11. Kwakkel G, Kollen BJ, Wagenaar RC. Long term effects of intensity of upper and lower limb training after stroke: a randomised trial. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2002;72(4):473-9.
12. Lincoln NB, Parry RH, Vass CD. Randomized, controlled trial to evaluate increased intensity of physiotherapy treatment of arm function after stroke. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 1999;30(3):573-9.
13. Page SJ, Levin L, Hermann V, Dunning K, Levine P. Longer versus shorter daily durations of electrical stimulation during task-specific practice in moderately impaired stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2012;93(2):200-6.
14. Partridge C, Mackenzie M, Edwards S, Reid A, Jayawardena S, Guck N, Potter J. Is dosage of physiotherapy a critical factor in deciding patterns of recovery from stroke: a pragmatic randomized controlled trial. *Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy*. 2000;5(4):230-40.

15. Rodgers H, Mackintosh J, Price C, Wood R, McNamee P, Fearon T, Marratt A, Curless R. Does an early increased-intensity interdisciplinary upper limb therapy programme following acute stroke improve outcome?. *Clinical rehabilitation*. 2003;17(6):579-89.
16. Ross LF, Harvey LA, Lannin NA. Do people with acquired brain impairment benefit from additional therapy specifically directed at the hand? A randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*. 2009;23(6):492-503.
17. Langhorne P, Pollock A; Stroke Unit Trialists' Collaboration. What are the components of effective stroke unit care? *Age Ageing*. 2002 Sep;31(5):365-71. Review. PubMed PMID: 12242199.
18. Roach KE, Ally D, Finnerty B, Watkins D, Litwin BA, Janz-Hoover B, Watson T,} Curtis KA. The relationship between duration of physical therapy services in the acute care setting and change in functional status in patients with lower-extremity orthopedic problems. *Phys Ther*. 1998 Jan;78(1):19-24. PubMed PMID: 9442192.
19. Grill E, Huber EO, Gloor-Juzi T, Stucki G. Intervention goals determine physical therapists' workload in the acute care setting. *Phys Ther*. 2010 Oct;90(10):1468-78. doi: 10.2522/ptj.20090390. Epub 2010 Aug 5. PubMed PMID: 20688873.