



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Rehabilitación cardíaca domiciliaria versus rehabilitación en un centro de atención (Revisión)

Anderson L, Sharp GA, Norton RJ, Dalal H, Dean SG, Jolly K, Cowie A, Zawada A, Taylor RS

Anderson L, Sharp GA, Norton RJ, Dalal H, Dean SG, Jolly K, Cowie A, Zawada A, Taylor RS.
Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation
(Rehabilitación cardíaca domiciliaria versus rehabilitación en un centro de atención).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD007130.
DOI: [10.1002/14651858.CD007130.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007130.pub4).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Rehabilitación cardíaca domiciliaria versus rehabilitación en un centro de atención

Lindsey Anderson¹, Georgina A Sharp², Rebecca J Norton³, Hasnain Dalal⁴, Sarah G Dean⁵, Kate Jolly⁶, Aynsley Cowie⁷, Anna Zawada⁸, Rod S Taylor¹

¹Institute of Health Research, University of Exeter Medical School, Exeter, UK. ²Peninsula Postgraduate Medical Education, Plymouth, UK. ³o Institute of Health Research, University of Exeter Medical School, University of Exeter, Exeter, UK. ⁴Department of Primary Care, University of Exeter Medical School, Truro Campus, Knowledge Spa, Royal Cornwall Hospitals Trust, Truro, UK. ⁵University of Exeter Medical School, University of Exeter, Exeter, UK. ⁶Institute of Applied Health Research, University of Birmingham, Birmingham, UK. ⁷Cardiac Rehabilitation, University Hospital Ayr, Ayr, UK. ⁸Agency for Health Technology Assessment and Tariff System, Warsaw, Poland

Contacto: Rod S Taylor, Institute of Health Research, University of Exeter Medical School, Veysey Building, Salmon Pool Lane, Exeter, EX2 4SG, UK. r.taylor@exeter.ac.uk.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Corazón.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 10, 2017.

Referencia: Anderson L, Sharp GA, Norton RJ, Dalal H, Dean SG, Jolly K, Cowie A, Zawada A, Taylor RS. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation (Rehabilitación cardíaca domiciliaria versus rehabilitación en un centro de atención). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD007130. DOI: [10.1002/14651858.CD007130.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007130.pub4).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en todo el mundo. Tradicionalmente, los programas de rehabilitación cardíaca en centros se ofrecen a las personas después de los eventos cardíacos para ayudar a la recuperación y prevenir nuevas enfermedades cardíacas. Los programas de rehabilitación cardíaca domiciliaria se han introducido con la intención de aumentar el acceso y la participación. Ésta es una actualización de una revisión publicada previamente en 2009 y 2015.

Objetivos

Comparar el efecto de la rehabilitación cardíaca en el hogar y en centros supervisados sobre la mortalidad y la morbilidad, la capacidad de ejercicio, la calidad de vida relacionada con la salud y los factores de riesgo cardíaco modificables en pacientes con enfermedades cardíacas.

Métodos de búsqueda

Se actualizaron las búsquedas de la revisión Cochrane anterior mediante la búsqueda en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL), MEDLINE (Ovidio), Embase (Ovidio), PsycINFO (Ovidio) y CINAHL (EBSCO) el 21 de septiembre de 2016. También se realizaron búsquedas en dos registros de ensayos clínicos, así como en revisiones sistemáticas previas y en las listas de referencias de los estudios incluidos. No se aplicaron restricciones de idioma.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados (incluidos diseños de grupos paralelos, cruzados o cuasialeatorizados) que compararon la rehabilitación cardíaca en centros (p.ej. hospital, gimnasio, centro deportivo) con programas domiciliarios en adultos con infarto de miocardio, angina, insuficiencia cardíaca o que se habían sometido a una revascularización.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión examinaron de forma independiente todas las referencias identificadas para su inclusión en base a criterios de inclusión preespecificados. Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión o mediante la inclusión de un tercer revisor. Dos autores

extrajeron de forma independiente los datos de resultados y las características del estudio y evaluaron el riesgo de sesgo. La calidad de la evidencia se evaluó utilizando los principios de GRADE y se creó una tabla resumen de los resultados.

Resultados principales

Se incluyeron seis nuevos estudios (624 participantes) para esta actualización, que ahora incluye un total de 23 ensayos que asignaron al azar a un total de 2890 participantes que se someten a rehabilitación cardíaca. Los participantes tuvieron un infarto agudo de miocardio, revascularización o insuficiencia cardíaca. Varios estudios no proporcionaron detalles suficientes para permitir la evaluación del posible riesgo de sesgo, en particular, se informó de manera deficiente sobre los detalles de la generación y ocultación de la secuencia de asignación aleatoria y el cegamiento de la evaluación de resultados.

No se observó evidencia de una diferencia entre la rehabilitación cardíaca domiciliaria y en el centro en los resultados clínicos principales hasta 12 meses de seguimiento: mortalidad total (riesgo relativo (RR) = 1,19; IC del 95%: 0,65 a 2,16; participantes = 1505; estudios = 11/comparaciones = 13; evidencia de muy baja calidad), capacidad de ejercicio (diferencia de medias estandarizada (DME) = -0,13; IC del 95%: -0,28 a 0,02; participantes = 2255; estudios = 22/comparaciones = 26; evidencia de baja calidad), o calidad de vida relacionada con la salud hasta 24 meses (no estimable). Los ensayos fueron en general de corta duración, y sólo tres estudios informaron de resultados más allá de los 12 meses (capacidad de ejercicio: DME 0,11, IC del 95%: -0,01 a 0,23; participantes = 1074; estudios = 3; evidencia de calidad moderada). Sin embargo, hubo evidencia de niveles marginalmente más altos de finalización del programa (RR 1,04, IC del 95%: 1,00 a 1,08; participantes = 2615; estudios = 22/comparaciones = 26; evidencia de baja calidad) por parte de los participantes que realizaban la rehabilitación en domicilio.

Conclusiones de los autores

Esta actualización apoya las conclusiones anteriores de que las formas de rehabilitación cardíaca basadas domicilio y en el centro parecen ser igualmente eficaces para mejorar los resultados clínicos y de calidad de vida relacionados con la salud en los pacientes después de un infarto de miocardio o una revascularización, o con insuficiencia cardíaca. Esta conclusión apoya la continua expansión de los programas de rehabilitación cardíaca basados en evidencia y en el domicilio. La elección de participar en un programa más tradicional y supervisado en un centro o en un programa domiciliario puede reflejar la disponibilidad local y tener en cuenta la preferencia de cada paciente. Se necesitan más datos para determinar si los efectos de la rehabilitación cardíaca domiciliaria y en un centro, comunicados en los ensayos a corto plazo incluidos, pueden confirmarse a más largo plazo y es necesario considerar diseños de estudio de no inferioridad o equivalencia con un poder adecuado.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Rehabilitación cardíaca domiciliaria frente a la rehabilitación cardíaca en un centro de atención

Pregunta de la revisión

Se compararon los programas de rehabilitación cardíaca domiciliaria con la rehabilitación cardíaca supervisada en centros para adultos con infarto de miocardio (se ha detenido el flujo sanguíneo al corazón), angina (dolor de pecho), insuficiencia cardíaca o que se han sometido a una revascularización.

Antecedentes

La rehabilitación cardíaca tiene por objeto devolver la salud a las personas con enfermedades cardíacas, mediante una combinación de ejercicio, educación y apoyo psicológico. Tradicionalmente, los programas de rehabilitación cardíaca en centros (p.ej., en hospitales, gimnasios o centros deportivos) se ofrecen a las personas después de un evento cardíaco. Se han introducido los programas de rehabilitación cardíaca domiciliaria en un intento por ampliar el acceso y la participación.

Fecha de la búsqueda

Se hicieron búsquedas hasta septiembre de 2016.

Características de los estudios

Se buscaron ensayos controlados aleatorizados (ensayos que asignan al azar a los participantes a uno de dos o más grupos de tratamiento) que consideren la efectividad de los programas de rehabilitación cardíaca en el hogar frente a los programas de rehabilitación cardíaca en centros supervisados, en adultos con enfermedades cardíacas.

Se incluyeron 23 ensayos (2890 participantes). La mayoría de los ensayos fueron relativamente pequeños (mediana de 104 participantes, rango: 20 a 525). La edad promedio de los participantes en el ensayo oscilaba entre 51,6 y 69 años. Las mujeres representaron sólo el 19% de los participantes reclutados; cuatro ensayos no incluyeron mujeres.

La mezcla de personas reclutadas en los ensayos varió; 10 estudios incluyeron una población mixta de pacientes con cardiopatía coronaria, cinco estudios incluyeron personas que habían sufrido un ataque cardíaco y cuatro estudios reclutaron cada uno a personas después de la revascularización o que tenían insuficiencia cardíaca.

Rehabilitación cardíaca domiciliaria versus rehabilitación en un centro de atención (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

Fuentes de financiación de los estudios

Dieciséis estudios informaron sobre fuentes de financiación; siete no lo hicieron. Ningún estudio informó de la financiación de un organismo con interés comercial en los resultados.

Resultados clave

Se comprobó que los programas de rehabilitación cardíaca en domicilio y en los centros son similares en cuanto a los beneficios medidos en términos de número de muertes, capacidad de ejercicio y calidad de vida relacionada con la salud. Se necesitan más datos para confirmar si estos efectos a corto plazo de la rehabilitación cardíaca en el domicilio y en los centros pueden mantenerse a lo largo del tiempo.

Calidad de la evidencia

La deficiente presentación de informes dificultó la evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos y su riesgo de sesgo. La calidad de la evidencia variaba de muy baja (mortalidad total) a moderada (capacidad de ejercicio durante 12 meses y calidad de vida relacionada con la salud). Las principales razones de la baja evaluación de la calidad fue la deficiente presentación de informes en los estudios incluidos.