



**DIVISION DE PLANIFICACION SANITARIA**  
**EVALUACION DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS**

**REVISION EXPLORATORIA DE LITERATURA**

**COSTO DE LA ENFERMEDAD, EFICACIA Y COSTO-EFECTIVIDAD DE**  
**INTERVENCIONES ASOCIADAS A LA DEMENCIA**

SEPTIEMBRE 2014

**REVISION EXPLORATORIA DE LITERATURA**

**COSTO DE LA ENFERMEDAD, EFICACIA Y COSTO-EFECTIVIDAD DE  
INTERVENCIONES ASOCIADAS A LA DEMENCIA**

Revisión preparada por:

Lucy Kuhn Barrientos

Marianela Castillo Riquelme

Viviana Garcia Carmona

## Abreviaciones

CdE	:	Carga de enfermedad
CMAI	:	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
CRD	:	Centre for Reviews and Dissemination
CSDD	:	Cornell Scale for Depression in Dementia
d de Cohen	:	medida en la que el tamaño del efecto se calcula restando la media obtenida por el grupo experimental menos la media del grupo de control y dividiendo el resultado entre la desviación típica de la población a la que pertenecen ambos grupos
GHQ-28:		General Health Questionnaire-28 item version
IC	:	Intervalo de confianza
ICER	:	Incremental Cost-effectiveness Ratio
HADS	:	Hospital Anxiety and Depression Scale
MMSE	:	Mini-Mental State Examination
QALY	:	Quality-adjusted Life-Years
QoL-AD:		Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer
RSL	:	Revisión sistemática de la literatura
SMD	:	Diferencia de medias estandarizada

## I. Introducción

La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva que generalmente se acompaña o precede por el deterioro del control emocional, del comportamiento social o la motivación. La conciencia no se ve afectada y, en la mayoría de los casos, se trata de un trastorno crónico y progresivo (OMS 2015).

Cerca de un 70% de los casos de demencia corresponde a la enfermedad de Alzheimer, sin embargo, son también importantes la demencia vascular (cerca de un 25% de los casos), la demencia con cuerpos de Lewy, y diferentes enfermedades que conforman la demencia frontotemporal (Lobo et al. 2000, WHO 2013).

En el año 2011, se calculó que a nivel mundial 35,6 millones de personas vivían con demencia y diversos estudios estiman que la cifra prácticamente se duplicará cada 20 años, 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050. La prevalencia aumenta abruptamente con la edad, sólo entre un 2 a 10% de los casos comienzan antes de los 65 años, duplicándose cada 5 años después de esta edad. Con el creciente envejecimiento de la población se espera un aumento del número de personas afectadas (WHO 2013).

El propósito de este documento es entregar una visión general de los aspectos económicos asociados a la enfermedad de la demencia. Se revisan los costos asociados a la enfermedad y las intervenciones o métodos existentes para lidiar con los pacientes con demencia tanto desde la perspectiva de la efectividad como de su costo-efectividad.

Se trata de una revisión no sistemática tanto de *abstracts* de estudios de costo de enfermedad y revisiones sistemáticas de efectividad, como de resúmenes estructurados del *Centre for Reviews and Dissemination* (CRD) en el caso de costo-efectividad.

La primera parte aborda la carga de enfermedad (CdE), donde se resume los *abstracts* de 18 estudios, y un mayor detalle de cada estudio se adjunta en Tabla N° 1. La segunda parte reporta los resultados (en base a *abstracts*) de “revisiones sistemáticas” que abordan las diversas intervenciones que se utilizan en demencia, sus resultados y la manera de medirlos. Se seleccionaron 13 revisiones de literatura (RSL) y el detalle de los estudios se encuentra en la Tabla N° 2. Finalmente se revisan los estudios de costo-efectividad más recientes, identificados en la base de datos de CRD, en este caso la revisión se basa en los *abstracts* de los estudios y los comentarios de revisores de CRD. Los 10 estudios se detallan en la Tabla N° 3.

## II. Exploración de estudios del Costo de Enfermedad de la demencia

La búsqueda y selección de artículos arrojó 18 estudios, en su mayoría fueron elaborados en el contexto de países europeos y estimaron costos del cuidado de la demencia principalmente desde la perspectiva social del país, incluyendo los costos de la atención formal e informal<sup>1</sup>. Estudios a nivel de país en Europa investigaron el uso de cuidados formales y los factores predictivos de costos en demencia leve (Vossius et al. 2014); tiempo y costos de la atención informal en Alzheimer y Parkinson (Costa et al. 2013); así como la evaluación de costos formales e informales, comparando pacientes que viven en distintos ambientes: hogar propio, de familiares, de asistencia o de reposo (König et al. 2014, Kraft et al. 2010) y comparando por tipo de severidad de la demencia (Leicht et al. 2011, Schwarzkopf et al. 2011, Kraft et al. 2010). Otros estudios de países europeos analizaron las variables que explican la variación de los costos de la atención formal e informal (Handels et al. 2013); evaluaron el costo del diagnóstico de la demencia (Jedenius et al. 2010) y el uso de recursos directos e indirectos en Alzheimer (Coduras et al. 2010).

A su vez, 3 estudios investigaron los costos de esta enfermedad en otros contextos, como en el caso de India que estimó los costos para los hogares individuales (Rao & Bharath 2013), para Singapur se midió el número de atenciones no médicas que requieren los pacientes (Riley et al. 2012) y en Australia se determinaron los costos del manejo de la demencia considerando factores clave de la enfermedad (Vickland et al. 2011).

Por su parte, 4 estudios hacen análisis y comparaciones de costos de la demencia a nivel del continente europeo y de Norte América (Wimo et al. 2011, Gustavsson et al. 2010, Quentin et al. 2010, Jönsson & Wimo 2009) y uno a nivel mundial, (Wimo et al. 2013).

Los principales métodos para calcular el costo de enfermedad, contemplaron el uso de estimaciones *bottom-up* que predice los costos futuros de la enfermedad basado en la incidencia en un determinado año (Vossius et al. 2014, König et al. 2014, Handels et al. 2013); otros usaron el método *top-down* asignando el total de los gastos de la atención de acuerdo a la prevalencia según el grado de severidad de la demencia (Rao & Bharath 2013, Wimo et al. 2013, Wimo et al. 2011) y además según la residencia (hogar/institución), el tipo de cuidado formal e informal y la proporción de costos directos e indirectos (Vickland et al. 2011, Kraft et al. 2010).

Hubo 4 revisiones de la literatura de estudios de CdE (Costa et al. 2013, Leicht & König 2012, Quentin et al. 2010, Jönsson & Wimo 2009). Tres estudios usaron aproximaciones de costos incrementales. Leicht et al. (2011) aplicó *matched control*, en que los costos se estiman a partir de una muestra de pacientes que tienen demencia y de una cohorte de pacientes que se crea como un grupo control, con características clínicas o demográficas similares a la muestra de pacientes,

---

<sup>1</sup> Atención Formal: Es provista por los Servicios de Salud o Social. A través de personal remunerado como enfermeras u otro que trabajen ya sea en centros de atención como hospitales y hogares de cuidado o en el propio hogar del paciente (Alzheimer's Society).

pero que no tienen la enfermedad. Otro estudio usó métodos de regresión (Schwarzkopf et al. 2011) y un tercero usó métodos de consenso para estimar la cantidad y costos de atenciones no médicas (Riley et al. 2012).

Con respecto a los resultados, se vuelve complejo presentarlos de manera agregada, ya que cada estimación depende del contexto del estudio, del tipo de costos considerados ya sea de cuidados formales o informales, o de costos directos o indirectos, del método de estimación de los costos considerados, de la severidad de la demencia y de otros factores relacionados con la enfermedad, como por ejemplo el tipo de residencia en que viven los pacientes (si es un hogar de reposo o en su propio hogar). Sin embargo, se intenta entregar un resumen de los principales resultados de costos de enfermedad por tipo de métodos y país de contexto.

De los estudios que aplicaron el método *bottom-up*, realizados en países de Europa, Vossius et al. (2014) encuentran que en un periodo de 3 años, los costos de la atención formal aumentaron de 535 Euros (€) (no se indica el año de la moneda (s/a)) por mes de sobrevivencia el primer año, a €3.611 el tercer año, con un promedio de €2.420 en todo el periodo. El mayor causante de costos fue la atención institucional (74%). Además, los costos de demencia con cuerpos de Lewy son mayores que los del Alzheimer (€3.247 vs. €1.855). Encontraron que los principales factores predictivos de costos son las condiciones de vida, diagnóstico que no sea Alzheimer, comorbilidad y el funcionamiento del diario vivir. Para Alemania, König et al. (2014) muestran que el costo social promedio anual sin ajustar, incluyendo atención informal, fue €29.930 (s/a) para los pacientes viviendo en la comunidad y €33.482 para pacientes viviendo en hogares. Sin embargo, al ajustar por edad, sexo, déficit en actividades básicas diarias y comorbilidades, se demuestra que vivir en la comunidad aumenta significativamente los costos en €11.344, con respecto a vivir en un hogar, debido a los mayores costos de los cuidados informales. Por su parte, Handels et al. (2013) estiman que el costo promedio anual del sector salud fue de €26.140 (s/a) y de €11.931 para el paciente y su familia. Las variables que se asocian de manera significativa con los costos de atención, son el funcionamiento cognitivo, la carga del cuidador, sexo del paciente y actividades diarias.

Entre los estudios que aproximaron los costos por el método *top-down*, Wimo et al. (2013) estimaron que el costo total de la demencia a nivel mundial para el año 2010 fue de 604 billones (bill.) de Dólares Estadounidenses (USD). El 70% de los costos ocurrieron en Europa occidental y Norte América. En las regiones de altos ingresos, los costos de la atención informal y los costos directos de los servicios sociales (atención institucional), contribuyen en similar proporción a los costos totales, siendo los costos médicos mucho más bajos. En los países de medianos y bajos ingresos, la atención informal representa la mayor parte de los costos totales y los costos de los servicios sociales son insignificantes. Desde la perspectiva de Europa (Wimo et al. 2011), el costo de la demencia en los 27 países de la Comunidad Europea se estimó el 2008 en €160 bill. (€22.000 por paciente por año), en que el 56% fueron costos de atención informal. El costo para Europa completa fue de €177 bill. En los países nórdicos los costos directos formales son considerables, mientras que en el sur del continente el mayor componente del costo es la atención informal.

En el caso de India (Rao & Bharath 2013), el costo anual para los hogares del cuidado de un paciente, según la severidad, osciló entre 45.600 a 202.450 Rupias Indias (INR) en zonas urbanas y INR 20.300 a 66.025 en zonas rurales<sup>2</sup>. Los costos médicos fueron cerca de 30% de los costos totales en zona rural y 20% en zona urbana, mientras que los costos de la atención informal fueron casi el 50% de los costos totales tanto en zona rural como urbana. En Australia (Vickland et al. 2011), se estimó que el *ratio* de la prevalencia de demencia leve/moderada/severa, cambiará del 2010 al 2040 de 50/30/20 a 44/32/24. Para el 2010, el costo anual de la atención informal fue 3,2 bill. De Dólares Australianos (AUD) y de la atención formal AUD 5,0 bill., calculándose que aumenten en el 2040 a AUD 11,6 bill. y AUD 16,7 bill., respectivamente. Las intervenciones que ralenticen la progresión de la enfermedad, permitirán ahorrar un 5% de los costos anuales (AUD 1,5 bill.) y las intervenciones que retarden la demencia, ahorrarían un 14% (AUD 4 bill.).

De los estudios que aplicaron métodos de estimación de costos incrementales, Leicht et al. (2011) encuentran que para un país europeo los costos netos anuales de la demencia fueron €15.000 para demencia leve, €32.000 para demencia moderada y €42.000 en el nivel severo. Para los tres niveles de severidad, los cuidados de enfermería representaron el 75% de los costos totales, en que la mitad fue atención informal. En el caso de Alemania, Schwarzkopf et al. (2011) estimaron que el costo de los cuidados informales fue €47.747 desde la perspectiva social, que corresponde a 4,7 veces el costo de la atención formal y representa el 80,2% de los costos sociales, lo que aumenta con la progresión de la enfermedad. El costo de la atención informal en la demencia moderada excede el de la leve en 70%, mientras que el costo de la atención formal difiere en un 14,3%.

Algunas de las revisiones de literatura encontradas (Leicht & Köning 2012, Jönsson & Wimo 2009) reflejan bastante bien los hallazgos obtenidos en la generalidad de los estudios analizados, concluyendo que las demencias son uno de los grupos de enfermedades más costosas entre la población de 65 años y más, esencialmente por la dificultad de realizar actividades de la vida diaria, lo que aumenta con la progresión de la demencia, requiriendo una creciente necesidad de atención. Los costos de la demencia pueden más que duplicarse en el transcurso de la enfermedad con el aumento de la severidad y el grado de deterioro funcional. Los mayores costos se deben a los cuidados representando entre el 70%-80% de los costos totales sociales, en que los cuidados informales dan cuenta de una altísima carga de los costos, principalmente en los países del sur de Europa y los de menores ingresos. Por el contrario, los costos de la atención médica representan una parte relativamente pequeña de los costos totales.

Finalmente, las diferencias metodológicas entre estudios complejiza la comparación y generalización de resultados entre países y sistemas de salud. Además, se vuelve necesario estandarizar métodos para evaluar y valorizar la atención informal.

---

<sup>2</sup> Como referencia, al año 2012 el tipo de cambio promedio anual era de 1 INR = 0,0185 USD (<http://www.oanda.com/lang/es/currency/historical-rates/>)

### III. Exploración de la Eficacia de diversas intervenciones terapéuticas en demencia

Se revisaron 10 intervenciones no farmacológicas y 3 farmacológicas. Entre las estrategias no farmacológicas se encontraron intervenciones dirigidas al paciente y al cuidador. En las orientadas al paciente se incluyen: musicoterapia, aromaterapia, diversas formas de estimulación sensorial, ejercicio físico, entrenamiento cognitivo y terapias grupales. El efecto se midió en cambios en la emocionalidad de los pacientes, en la conducta, la capacidad cognitiva y su calidad de vida, encontrándose que muchas de estas intervenciones son potencialmente efectivas. Sin embargo, se plantea en las revisiones que la gran mayoría de los estudios primarios son de mala calidad metodológica, lo que limita el alcance de los meta-análisis, el poder estadístico y la generalización de las conclusiones (Padilla 2011a, Padilla 2011b, Kverno et al. 2009)

La mayoría de los estudios de intervenciones para síntomas neuropsiquiátricos relacionados con la demencia, se han centrado en las personas con deterioro cognitivo leve a moderado. Las personas con deterioro cognitivo grave no siempre responden a los tratamientos de la misma manera. Las intervenciones parecen funcionar mejor cuando se adaptan a cada paciente (Padilla 2011a, Kverno et al. 2009).

No todos los *abstracts* de los estudios informan las medidas de efecto utilizadas ni las escalas para medición de los resultados. Entre los que informan los resultados de sus meta-análisis en el *abstract* se encuentran Vasionytè & Madison (2013) quienes computarizaron el promedio del tamaño de efecto y sus intervalos de confianza, de acuerdo a métodos estándar, registrando tamaños de efectos que van de 0,04 a 4,56 (Media=1,04) favorable a las intervenciones, donde se encontró mayor efecto para resultados de comportamiento, cognitivos y fisiológicos, y efecto moderado sobre resultados afectivos/emocionales. Ueda et al. (2013) calcularon diferencia de medias estandarizada (SMD por sus siglas en inglés) del efecto de la musicoterapia sobre síntomas conductuales y ansiedad en los pacientes con demencia, obteniendo un efecto moderado sobre ansiedad, -0,64 ( IC 95% -1,05; -0,24; p=0,002) y un efecto menor sobre síntomas conductuales, -0,49 (IC 95%: -0,82; -0,17; p=0,003). En estudios de duración de más de tres meses, el efecto sobre ansiedad fue mayor (-0,93 IC 95%: -1,72 -0,13; p=0,02).

Por otra parte, Olazarán et al. (2010) investigaron intervenciones de entrenamiento cognitivo, estimulación cognitiva, intervenciones multicomponente, educación e intervenciones de manejo conductual en una RSL que incluyó 179 ensayos clínicos. No informaron resultados numéricos en el *abstract* sino el grado de recomendación encontrado. Es así como estas intervenciones alcanzaron grado B<sup>3</sup> de recomendación para mejorar los niveles cognitivos, actividades de la vida diaria, de comportamiento, estado de ánimo y calidad de vida de los pacientes con demencia.

---

<sup>3</sup> De acuerdo a la escala de Oxford, que tiene 4 niveles de recomendación A, B, C y D, en orden decreciente, según el tipo y calidad de los estudios de los que se obtiene la evidencia, así A es para aquella evidencia que proviene de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos consistentes, de buena calidad y en D la evidencia proviene de opinión de expertos y otras fuentes no sistemáticas ni de buena calidad (Manterola et al. 2009).

Lawrence et al. (2012), en un meta-síntesis de 39 estudios cualitativos, concluyen que las intervenciones sicosociales mejoran el comportamiento y el estado de ánimo de las personas con demencia. Sin embargo, la implementación exitosa se basa en el compromiso activo del personal, la familia y la provisión continua de intervenciones personalizadas y de soporte.

Dos RSL evaluaron explícitamente intervenciones en pacientes internados en hogares, uno de ellos, evaluó efectividad de terapias grupales, pero no informan resultados. No obstante, concluyen que mejoraría la calidad de vida de los pacientes internos (Cooper et al. 2012). Littbrand et al. (2012) evaluaron ejercicio físico en los pacientes y, basados en un análisis cualitativo de 10 estudios (4 de calidad metodológica moderada y 6 baja) plantean que habría alguna evidencia de que el ejercicio combinado funcional/pesas, en las personas mayores con enfermedad de Alzheimer en centros de atención residencial mejora el caminar y reduce el deterioro en la capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria.

De las RSL seleccionadas, dos analizan intervenciones dirigidas al cuidador, Olazarán et al. (2010) y Cooper et al. (2012). En el primero obtienen un nivel de recomendación B para educación, apoyo, intervenciones multicomponente al cuidador con resultados positivos en el humor, bienestar psicológico y calidad de vida del paciente. Cooper et al. (2012), por otra parte, estudiaron que una estrategia de soporte al cuidador en casa mejora la calidad de vida de los pacientes. En su RSL incluyeron 20 ensayos clínicos controlados aleatorizados, informan su resultado en el abstract como efecto combinado estandarizado (SES por sus siglas en inglés) de 0,24 (IC 95%: 0,03; 0,45) (4 ensayos n=420). En la misma RSL además exploraron estrategia conjunta de soporte a la diada cuidador-paciente, sin embargo no obtuvieron resultados con significancia estadística, SES en calidad de vida 0,84 (IC 95%: 0,54; 1,14).

De las intervenciones farmacológicas revisadas, Vitamina B12, Extracto de *Ginkgo biloba*<sup>4</sup> y Donepezilo, la evidencia indica que la primera (Vitamina B12) no cambia apreciablemente la capacidad cognitiva (basado en evidencia de mediana calidad). Sin embargo, al agregar folato a la Vit B12 los pacientes con deterioro cognitivo moderado experimentarían un retardo en la progresión de su deterioro (calidad de evidencia baja a media) (Health Quality Ontario 2013).

Para el Ginkgo, Wang et al. (2010) utilizaron estimación de efectos aleatorios de diferencia de medias estandarizada (SMD) entre los grupos GbE (extracto de Ginkgo) y placebo de 6 ensayos seleccionados, resultando -0,89 (IC 95%: -1,82; - 0,04) en la evaluación de la función cognitiva. La diferencia de cambio en las puntuaciones de ADAS-cog<sup>5</sup> fue -2,65 (IC 95% -0,76; -4.53) favorable a GbE. Janssen et al. (2010), informan que no fue posible agrupar los resultados en un meta-análisis debido a la alta heterogeneidad de los mismos, sin embargo describe que en todos los estudios que utilizan altas dosis de Ginkgo (240mg) se favorece el tratamiento. Por último para el

---

<sup>4</sup> Ginkgo biloba es un árbol utilizado hace siglos por sus acciones terapéuticas, especialmente por la medicina tradicional china y en la herbolaria moderna. De las hojas se obtiene el extracto que posee flavonoides (ginkgoloides y heterósidos) que al ingerirse aumentan la circulación sanguínea central y periférica, y como consecuencia se hace más eficiente la irrigación de los tejidos orgánicos.

<sup>5</sup> The Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognition (ADA-cog): Escala cuyo propósito es evaluar el deterioro cognitivo en la Enfermedad de Alzheimer.

Donepezilo, los hallazgos sugieren beneficios sintomáticos utilizando el *d de Cohen*<sup>6</sup> en cognición: 0,51; en función global: 0,26 ( $p < 00001$  ambos) y en el desempeño: 0,17 ( $p = 0,003$ ), en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) severa. El efecto del tratamiento respalda la importancia de la inhibición de la acetilcolinoesterasa (mecanismo de acción del Donepezilo) como una opción terapéutica clínicamente relevante a través del espectro de EA (Winblad et al. 2009).

La evidencia preliminar parece orientar las intervenciones a pacientes con deterioro cognitivo moderado, y apuntan a la estimulación sensorial, afectiva, cognitiva y física. Ello con el objeto de tener buenos resultados en la calidad de vida de los pacientes, detener o enlentecer el deterioro cognitivo, mantener su autonomía y ejercitarlo físicamente. Además las intervenciones deberían ser personalizadas, es decir, de acuerdo a los requerimientos de cada paciente. Solo dos estudios hablan de terapias grupales, sin embargo, la evidencia no es sólida. Las intervenciones al cuidador en el hogar también se mencionan como efectivas en el humor, calidad de vida y bienestar psicológico de los pacientes.

La implementación exitosa de cualquier estrategia que se adopte parece basarse en el compromiso activo del personal a cargo, la familia y la provisión continua de intervenciones personalizadas y soporte.

---

<sup>6</sup> Medida en la que el tamaño del efecto se calcula restando la media obtenida por el grupo experimental menos la media del grupo control y dividiendo el resultado entre la desviación típica de la población a la que pertenecen ambos grupos.

#### IV. Exploración de Costo-Efectividad de intervenciones relativas a demencia

Los estudios comprenden intervenciones de comportamiento, de tipo farmacológico y relativo a la organización y/o modelos de atención de pacientes con demencia. En general, las intervenciones involucran tanto a pacientes como a sus cuidadores. No siempre se especifica el tipo de demencia, pero se menciona el Alzheimer, demencia en adultos mayores y depresión en pacientes con demencia.

Varios estudios usan escalas relativas a la enfermedad (HADS, MMSE, CMAI, QoL-AD, GHQ-28, CSDD) como medidas de *outcomes* de costo-efectividad. Lo anterior implica que ante la falta de umbrales definidos, se deban hacer juicios sobre la eficiencia relativa de las estrategias para definir si una intervención es costo-efectiva o no. En este grupo de estudios están: Gitlin et al. (2010) que evalúa un *Tailored Activity Program* (en EEUU) para cuidadores y pacientes, usando como *outcomes* las horas de cuidador. Concluye, usando el costo pagado por hora de limpieza como umbral de eficiencia, que la intervención sería costo-efectiva, pero que el estudio es limitado. Una revisión sistemática (Livingston et al. 2014) incluye 11 estudios que estiman el costo por unidad de *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* (CMAI) reducida con diferentes intervenciones para el manejo de la agitación (psicológicas, conductuales, sensoriales o ambientales). El costo incremental por unidad de CMAI reducida varía entre 4 y 3.480 Libras Esterlinas (£), el CRD plantea dudas con el grado de efectividad en esta revisión. Romeo et al. (2013) encontraron que Sertralina y Mirtazapina no eran costo-efectivas en la reducción de la depresión en pacientes con demencia (perspectiva prestador), aunque Mirtazapina tendría ventajas si se consideran los costos y la calidad de vida de los cuidadores no remunerados. Graff et al. (2008) y Knapp et al. (2006) están también en esta categoría y se discuten más abajo.

Los estudios que usan *Quality-adjusted Life-years* (QALY) como medida de *outcomes* pueden dar indicaciones potencialmente más transferibles de eficiencia de asignación. Sin embargo, los resultados de la razón incremental de costo-efectividad (ICER) dependen del comparador o práctica habitual en ese país, los cuales pueden ser muy distintos en Chile. Meeuwesen et al. (2013) estimaron que las clínicas de la memoria son levemente menos efectivas que la atención médica habitual de pacientes recién diagnosticados con demencia leve a moderada (seguimiento de un año), con un ICER de €41.442 ahorrados por QALY perdido. Joling et al. (2013) encontraron que las “reuniones familiares” en un seguimiento de 12 meses, no resultaron significativamente distintas en costo y efectos a la atención habitual, arrojando un ICER de €157.534/QALY ganado. Woods et al. 2012 (UK) encontró que “los grupos de reminiscencia” (10 meses de seguimiento) no resultaron más efectivos ni costo efectivos (no especifica comparador).

Dentro de las intervenciones con resultados favorables está el diagnóstico e intervención precoz en demencia (Banerjee & Wittenberg 2009), en el Reino Unido, que estima un valor presente neto de cero a 10 años (CRD advierte tomar con cautela estos resultados). Knapp et al. (2013) en la intervención de “*coping*” para cuidadores *START*, encuentra que ésta, es muy costo efectiva (£6.000/QALY ganada o £118 por punto HADS mejorado). Graff et al. (2008) encontraron que una terapia ocupacional comunitaria para pacientes y cuidadores tenía un 94% de probabilidades de

ser más efectiva y menos costosa que la atención habitual en Holanda. Finalmente Knapp et al. (2006) evalúan una intervención de estimulación cognitiva en UK con el MMSE como media de *outcome*, encontrando que el costo por punto adicional en la escala MMSE es £75,32 y £ 22,82 en la escala QoL-AD.

Los resultados de estos estudios, que sólo pueden interpretados en sus contextos particulares, sugieren que la eficiencia de estas intervenciones es variable, en varios casos ésta no se ha podido demostrar con certeza. Lo que se explica mayormente por las dificultades para demostrar mayor efectividad de las intervenciones evaluadas en relación a la práctica habitual. Cuatro de diez estudios muestran resultados claramente favorables y uno de ellos debe ser mirado con cautela de acuerdo a los revisores de CRD.

## **V. Conclusiones**

Esta revisión muestra que el CdE asociada a la demencia es alto y resulta específica al contexto. La forma en que el sistema de salud (y la sociedad) se organiza para brindar cuidados a los pacientes, la severidad de la enfermedad y tipo de residencia en que viven los pacientes impactan en los costos. En general, los costos relativos al cuidado son el mayor elemento de costo, sea este formal o informal. Se visualiza que existen variados enfoques para medir la CdE, optándose en general por una perspectiva social amplia.

Las intervenciones abordadas en las RSL consideran modificaciones del entorno (ambientales), entrenamiento cognitivo, terapias grupales y terapias farmacológicas. Además de intervenciones dirigidas al cuidador. Sin embargo, se plantea que la gran mayoría de los estudios primarios son de mala calidad metodológica, lo que limita la validez de sus resultados. Las intervenciones deberían ser personalizadas, dado que la evidencia sobre terapias grupales no es sólida. La implementación exitosa de estas estrategias requiere compromiso activo del personal a cargo.

En términos de costo-efectividad los resultados son variados, con algunas intervenciones (4 de 10) con resultados favorables, mientras que en la mayoría de los estudios no se logra demostrar la mayor eficiencia de las intervenciones evaluadas, por sobre las forma de cuidado habitual.

Un conocimiento más detallado de terminadas intervenciones, estrategias o modelos de atención de pacientes con demencia, requerirá de una revisión más focalizada, donde los documentos identificados se puedan revisar completamente.

Las intervenciones abordadas en las RSL consideran modificaciones del entorno (ambientales), entrenamiento cognitivo, terapias grupales y terapias farmacológicas. Además de intervenciones dirigidas al cuidador. Sin embargo, se plantea que la gran mayoría de los estudios primarios son de mala calidad metodológica, lo que limita la validez de sus resultados. Las intervenciones deberían ser personalizadas, dado que la evidencia sobre terapias grupales no es sólida. La implementación exitosa de estas estrategias requiere compromiso activo del personal a cargo.

## Referencias

- Alzheimer's Society. "Formal care of people with dementia" Disponible en:  
[http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents\\_info.php?documentID=402](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=402)  
[consultado 18.05.2015]
- Lobo A., Fratiglioni L. y Launer L.I. (2000) "Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts". *Neurology* ; 54 pp. S4-9.
- Manterola C., Zavando D. y Grupo Mincir (2009) "Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos", *Revista chilena de cirugía*, versión On-line ISSN 0718-4026 v.61 n.6 pp. 582-595. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script\\_artex&pid=S071840262009000617](http://www.scielo.cl/scielo.php?script_artex&pid=S071840262009000617).  
[Consultado 20.05.2015]
- OMS 2015. Organización Mundial de la Salud, "Demencia". Nota descriptiva N°362, Marzo 2015 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>  
[Consultado 7.05.2015]
- WHO 2013. World Health Organization and Alzheimer's Disease International, "Demencia una Prioridad de Salud Pública". Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1)  
[Consultado 7.05.2015]

## Anexos

**Tabla Nº 1. Resumen de estudios de Costos de Enfermedad (*Cost of Illness (Col)*) asociado a demencia (en base a *abstracts*)**

Referencia/país	Título	Objetivo	Métodos	Costos incluidos	Resultados	Conclusiones
1. Vossius et al., 2014. El <i>abstract</i> no indica el país del estudio. Los autores son noruegos. Euros, no se señala el año de la moneda	<i>The use and costs of formal care in newly diagnosed dementia: a three-year prospective follow-up study</i>	Investigar el uso de cuidados formales en los 3 primeros años de diagnóstico de demencia leve e identificar factores predictivos de costos.	Estudio longitudinal prospectivo de 109 pacientes con demencia leve. Se estiman los Col con el método <i>Bottom-up</i> , que predice los costos futuros basados en la incidencia.	Uso de cuidados formales, a partir de los registros de municipalidades. Costos estimados aplicando costos unitarios, incluyendo gastos municipales y gastos de bolsillo. Los datos clínicos se recogieron al inicio del estudio para identificar los factores predictivos de costos.	Los costos de la atención formal aumentaron de €535 por mes de sobrevivencia (MDS) al inicio del estudio, a € 3.611 por MDS durante el 3er año (promedio de € 2.420 en todo el periodo). El mayor causante de costos fue la atención institucional (74%). Los costos para gente con demencia "Lewy bodies" son más altos que los con Alzheimer (€3.247 vs. €1.855 por MDS) Principales factores predictivos: condiciones de vida, diagnóstico que no sea Alzheimer, comorbilidad y el funcionamiento del diario vivir. El uso de inhibidores de la colinesterasa se relacionó con menores costos.	Se requieren estudios con periodos de observación más largos, para evaluar el impacto socioec. completo de la demencia.
2. König et al., 2014 Alemania Euros, el <i>abstract</i> no	<i>The costs of dementia from the societal perspective: is care</i>	Comparar los costos sociales de pacientes con demencia que	Estudio de corte transversal, anidado con la cohorte del	Uso y costos de cuidados médicos y de largo plazo,	El costo promedio anual sin ajustar, incluyendo atención informal fue	Desde la perspectiva social, los cuidados de pacientes que

Referencia/país	Título	Objetivo	Métodos	Costos incluidos	Resultados	Conclusiones
señala el año de la moneda	<i>provided in the community really cheaper than nursing home care?</i>	viven en la comunidad (es decir que no viven en hogares de asistencia o reposo: <i>community-dwelling</i> ) vs. pacientes viviendo en hogares de reposo.	estudio alemán AgeCoDe <sup>7</sup> . Compara 128 pacientes que viven en la comunidad y 48 viviendo en hogares Col estimados con método <i>bottom-up</i> .	incluyendo cuidados sociales y de enfermería, formales e informales. Los cuidados informales se valoraron usando el método de reemplazo.	€29.930 (\$43.997) para los pacientes viviendo en la comunidad y €33.482 (\$49.218) para pacientes viviendo en hogares. Sin embargo al ajustar por edad, sexo, déficit en actividades básicas diarias y comorbilidades, se demuestra que vivir en la comunidad aumenta los costos significativamente en €11.344 (\$16.676; p<.01), en comparación con vivir en un hogar, debido principalmente a los mayores costos de los cuidados informales.	viven en la comunidad tienden a costar más que la atención en hogares, cuando el deterioro funcional está controlado.
3. Rao & Bharath, 2013 India Rupia india (INR). El <i>abstract</i> no señala el año de la moneda  Como referencia, al año 2012 el tipo de cambio promedio anual era de 1 INR = 0,0185 USD <sup>8</sup>	<i>Cost of dementia care in India: delusion or reality?</i>	Estimar los costos de la demencia para los hogares individuales en India.	Los costos de la atención fueron asignados según los componentes de la atención, de acuerdo al grado de severidad. Usaron un enfoque de presupuesto familiar para llegar a estimar los costos de atención del hogar para 1 persona con demencia, en zonas urbanas y rurales.	Identificaron los diferentes componentes de la atención, clasificándolos según su aplicabilidad a los casos leves, moderados y severos.	El costo anual para los hogares del cuidado de 1 persona c/demencia, según la severidad, osciló entre INR 45.600 a 202.450 en zonas urbanas y INR 20.300 a 66.025 en zonas rurales. Los costos de la atención informal fueron casi el 50% de los costos totales (en zona rural o urbana). Los costos médicos en zona rural eran casi 1/3 de los costos totales, frente a	El modelo de presupuesto familiar estimó realísticamente los costos de atención de los hogares. Los costos aumentaron con el incremento de la severidad. Con el aumento de la severidad, disminuye la proporción de costos médicos y aumentan los costos

<sup>7</sup> Estudio alemán multicéntrico, prospectivo y longitudinal, sobre envejecimiento, cognición y demencia (Ageing, Cognition and Dementia (AgeCoDe), en pacientes de atención primaria mayores de 75 años, que investiga los factores de riesgo para la demencia. <http://www.knd-demenzen.de/die-verbuede/verbund-epidemiologie/projektbeschreibung.html>

<sup>8</sup> <http://www.oanda.com/lang/es/currency/historical-rates/>

Referencia/país	Título	Objetivo	Métodos	Costos incluidos	Resultados	Conclusiones
					menos de 1/5 en zona urbanas.	sociales.
4. Handels, et al. 2013 El <i>abstract</i> no indica el país del estudio. El autor principal es de una U. Holandesa. Tampoco se señala el año de la moneda	<i>Determinants of care costs of patients with dementia or cognitive impairment.</i>	Las estimaciones de Col son altamente variables debido a los contextos de la atención y aspectos metodológicos. El objetivo es explorar las variables que explican la variación de los costos de salud (formales e informales) de desórdenes cognitivos.	Se usó un diseño de estimación de costos bottom-up, con perspectiva social. Señala que los costos de la atención informal se estimaron con un método validado, pero no especifica cuál.	Costos de la perspectiva social, atenciones formales e informales.	El costo promedio anual del sector salud fue de 26.140 (al parecer euros) (\$34.505 o £17.775) y de 11.931 (\$15.749 o £8.113) para el paciente y la familia. Los análisis de regresión indican que el funcionamiento cognitivo, la carga del cuidador, sexo del paciente y actividades instrumentales diarias, se asocian significativamente con los costos de atención, de forma independiente.	El funcionamiento cognitivo y las actividades instrumentales de la vida diaria son variables importantes a incluir en los modelos de decisión de atención en salud. Se recomienda además incluir la carga del cuidador y el sexo del paciente, para reflejar la heterogeneidad de la progresión de la enfermedad.
5. Wimo et al., 2013 Dólares americanos, 2010	<i>The worldwide economic impact of dementia 2010.</i>	Entender los costos sociales de la demencia y cómo afectan a las familias, a los servicios sociales y de salud y a los gobiernos.	El diseño del estudio fue un análisis de Col bruto, con perspectiva social, basado en la prevalencia.	Los costos fueron agrupados según las regiones de OMS y los grupos de ingreso del Banco Mundial.	El costo total de la demencia a nivel mundial para el año 2010 fue de US\$604 billones. El 70% de los costos ocurrieron en Europa occidental y Norte América. En las regiones de altos ingresos, los costos de la atención informal y los costos directos de los servicios sociales, contribuyen en similar proporción a los costos totales, siendo los costos médicos directos mucho más bajos. En los LMIC, la atención	Los costos mundiales de la demencia son enormes y están distribuidos inequitativamente. Hay potencial para que los costos aumenten, dado que se ha reducido la brecha entre diagnóstico y tto. Además, es probable que exista una tendencia en los LMIC, que los costos de la atención social se desplacen del sector informal al

Referencia/país	Título	Objetivo	Métodos	Costos incluidos	Resultados	Conclusiones
					informal representa la mayor parte de los costos totales. Los costos directos de atención social son insignificantes.	formal. Se debe invertir ahora en I&D de propuestas costo-efectivas para el diagnóstico y la atención temprana, de manera de anticipar y gestionar los costos sociales futuros.
6. Costa et al. 2013 El <i>abstract</i> no indica el país del estudio. El autor principal es de Francia. Tampoco se señala el año de la moneda	<i>Comparison of informal care time and costs in different age-related dementias: a review</i>	Comparar el tiempo usado en la atención informal y los costos asociados, de diferentes demencias.	Revisión sistemática en MEDLINE. Se seleccionaron todos los estudios que evaluarán la carga socio-económica de las diversas demencias.	Tiempo y costos de la atención informal, analizados en 3 escenarios de atención, según etapa de la enfermedad.	21 estudios fueron seleccionados. El tiempo promedio de la atención informal fue de 55,73 hrs. por semana (hps) en Alzheimer y 15,8 hps en Parkinson ( $p=0,007$ ), con costos anuales promedio de \$17.492 vs \$3.284 respectivamente ( $p=0,039$ ).	Los cuidados informales en Alzheimer son más caros que en Parkinson. Falta información sobre los tiempos y costos de la atención informal, en otro tipo de demencias.
7. Riley et al., 2012 Singapur	<i>Expert estimates of caregiver hours for older Singaporeans with dementia.</i>	Obtener estimaciones de expertos del nº de horas de atención no médica, que requieren los ancianos en Singapur, en diferentes etapas de la demencia relacionada con el envejecimiento.	Método de consenso, basado en la discusión de expertos en demencia de Singapur. Se los convocó a reuniones donde otorgaron estimaciones del costo de las horas de atención requeridas a niveles leves, moderados y severos de la demencia, con características de comportamiento	Tiempos de atención.	Las horas de atención varían según la severidad de la demencia y el nivel de características conductuales de los pacientes. Sin embargo, no existe relación entre ambos aspectos.	Las horas estimadas de atención que necesitan las personas con demencia, se ve influenciada de forma independiente por la severidad de la enfermedad y las características del comportamiento.

Referencia/país	Título	Objetivo	Métodos	Costos incluidos	Resultados	Conclusiones
			bajas o altas.			
8. Leicht H & Köning HH, 2012 Paper en Alemán	<i>Costs of illness in dementia from a societal perspective. An overview</i>	No se indica.	Al parecer una revisión de revisiones.	No se indica.	<p>Las demencias son uno de los grupos de enfermedades más costosas entre la población de 65 años y más, principalmente por la dificultad de realizar actividades de la vida diaria que aumentan con la progresión de la demencia, lo que conduce a una creciente necesidad de atención. Como resultado, los costos de la demencia pueden más que duplicarse en el transcurso de la enfermedad. Los costos de la atención médica representan una parte relativamente pequeña de los costos totales y no están influidos en gran medida por la severidad de la enfermedad. Por el contrario, los costos de los cuidados constituyen por lo menos ¾ de los costos totales en la mayoría de los estudios. Cuando los pacientes son atendidos en la comunidad, la mayor parte de la atención se proporciona a menudo informalmente por parientes. Así, hasta el 75 o el 80% de los costos de la enfermedad en este escenario, desde una perspectiva social, puede deberse a los cuidados informales.</p> <p>Los cuidados adicionales de atención profesional domiciliaria, son una parte relativamente pequeña de los costos totales. Los costos del cuidado de los pacientes que viven en la comunidad, están directamente relacionados con el grado de deterioro funcional. Por su parte, puede ser difícil estimar los costos que se deben específicamente a la demencia en pacientes que son internados en instituciones.</p>	
9. Leicht et al., 2011 El <i>abstract</i> no indica el país del estudio. El autor principal es de una U. alemana. Euros, no se señala el año de la moneda	<i>Net costs of dementia by disease stage</i>	Estimar los costos netos de la demencia, por grado de severidad desde una perspectiva social, incluyendo la evaluación de costos	Método de <i>matched control</i> . Estudio de corte transversal, en que los Col se analizaron en 176 pacientes con demencia y 173	Costos de atención formales e informales obtenidos en forma retrospectiva por un cuestionario.	<p>Los costos netos anuales de la demencia por estado fueron: Leve: €15.000 Moderado: €32.000 y Severo: €42.000</p> <p>Los cuidados de enfermería fueron ¾</p>	Los costos netos más que se duplican con el aumento de la severidad. La atención informal da cuenta de una considerable

Referencia/país	Título	Objetivo	Métodos	Costos incluidos	Resultados	Conclusiones
		de cuidados de enfermería formales e informales.	sujetos de control sin demencia, por el método de <i>matching</i> . Los pacientes se clasificaron en 3 estados de la enfermedad, y se usaron regresiones para estimar los costos de la demencia por grado de severidad.		aprox. del total de los costos, en que la mitad fue atención informal, para los 3 niveles de enfermedad. Al hacer análisis de sensibilidad con distintos métodos de valoración de la atención de enfermería, los costos totales aumentaron o disminuyeron en más del 20%.	proporción de los costos de enfermería. Por su parte, el tipo de método usado para valorar los costos de la atención informal, tiene un impacto importante en las estimaciones de os Col.
10. Vickland et al., 2011 Australia Dólares australianos, 2010	<i>Who pays and who benefits? How different models of shared responsibilities between formal and informal carers influence projections of costs of dementia management.</i>	Determinar de manera más precisa los costos futuros del manejo de la demencia, tomando en consideración factores como la duración de la enfermedad, severidad de los síntomas y tipo de atención provista.	Estimación de Col basado en la prevalencia. Se estimó la prevalencia de la demencia en Australia para el periodo 2010 – 2040. Dicha prevalencia se distribuyó de acuerdo a la ubicación (hogar/institución), cuidados (informal/formal) y severidad. Luego, los costos de la atención se atribuyeron a las prevalencias distribuidas.	Costos de atención formal e informal.	El ratio de la prevalencia de pacientes con demencia leve/moderada/severa, cambiará del 2010 al 2040 de 50/30/20 a 44/32/24. El 2010 el costo anual de la atención informal fue AU\$3,2 billones y de la atención formal AU\$ 5,0 billones. Al 2040 se estima que sean AU\$11,6 bill. Y AU\$16,7 bill, respectivamente. Las intervenciones que ralenticen la progresión de la enfermedad, permitirán ahorrar un 5% de los costos anuales (AU\$1,5 bill) y las intervenciones que retarden la demencia, ahorrarían un 14% (AU\$4 bill). Sin intervención, los costos anuales totales para el 2040 se estiman en AU\$38.000 (dólares del	Los hallazgos destacan que es necesario incorporar más aspectos de la enfermedad, que solamente la prevalencia total, para estimar los costos del cuidado de la demencia.

Referencia/país	Título	Objetivo	Métodos	Costos incluidos	Resultados	Conclusiones
11. Schwarzkopf et al., 2011 Alemania Euros, no se señala el año	<i>Costs of care for dementia patients in community setting: an analysis for mild and moderate disease stage.</i>	Estimar los costos para los pacientes, con demencia leve y moderada, viviendo en la comunidad.	Estimaron los costos usando un modelo de regresión en dos etapas, ajustando por edad, sexo y el efecto <i>cluster</i> . Usaron info. De 383 pacientes con demencia viviendo en la comunidad, junto con ensayo aleatorio de grupos o <i>cluster</i> , desde la perspectiva social y del seguro de salud.	Uso de la atención formal basado en los datos de los seguros, y el tiempo dedicado a la atención informal, obtenido de entrevistas con cuidadores.	2010). El costo de los cuidados fue €47.747 desde la perspectiva social, que corresponde a 4,7 veces los gastos de las aseguradoras. Los cuidados informales son el 80,2% de los costos sociales, que aumentan con la progresión de la enfermedad. El costo en la demencia moderada excede el de la leve en 69,9%, mientras que el costo de la atención formal difiere en un 14,3%.	Debido al valor de la atención informal, los costos de atención de pacientes con demencia moderada viviendo en la comunidad, son mayores que los con demencia leve Se debe fomentar el cuidado de la demencia en la comunidad y el apoyo a los cuidadores familiares, para aliviar el sistema de seguridad social, a los cuidadores familiares y permitir a los pacientes estar en casa el mayor tiempo posible.
12. Wimo et al., 2011 Países de Europa Euros, 2008	<i>The economic impact of dementia in Europe in 2008-cost estimates from the Eurocode project.</i>	Describir el impacto económico de la demencia en Europa el 2008.	Los costos se modelaron en base a las nuevas estimaciones de prevalencia del Eurocode ( <i>European Collaboration on Dementia</i> ) y en base a artículos publicados sobre Col europeo. Para los países en los que no se encontraron datos de	Costos obtenidos de estudios de Col publicados.	El Col total en los EU27 países en 2008 se estimó en €160 billones (€22.000 por paciente por año), en que el 56% fueron costos de atención informal. Análisis de sensibilidad mostraron un rango de €111 y 168 billones El Col para Europa completa fue €177 bill. En el Norte de Europa los costos directos son	El Col en este estudio es más alto que en estudio previos. Además, existen diferencias en diferentes regiones europeas. Independiente de los aspectos metodológicos, los costos sociales de la demencia en Europa son muy altos, con

Referencia/país	Título	Objetivo	Métodos	Costos incluidos	Resultados	Conclusiones
			Col, se imputaron los datos.		considerables, mientras que en el Sur, el mayor componente del costo es la atención informal.	impactos en los sistemas sociales y de salud.
13. Gustavsson et al., 2010 Países de Europa Euros, no se señala el año de la moneda	<i>Differences in resource use and costs of dementia care between European countries: baseline data from the ICTUS study.</i>	Estimar los costos de atención formal e informal de Alzheimer; comparar costos entre países europeos; e identificar potenciales diferencias en patrones de costos entre países y regiones.	El método de estimación de Col no es tan claro. Señalan de dónde obtienen los datos: 1.385 pacientes con Alzheimer enrolados en el estudio ICTUS (observacional, prospectivo y naturalístico, llevado a cabo en clínicas de la memoria en 12 países de Europa). También obtienen datos de utilización de recursos, carga del cuidador, y severidad de la enfermedad usando 5 instrumentos.	Atención formal e informal Notar que en este estudio hacen una diferencia entre atención informal y atención o cuidados comunitarios.	El costo medio anual de atención por paciente se estimó en €7.820 (95% CI: €7.194-€8.446). 54% correspondió a atención informal, 16% a costos médicos directos y 30% a atención de la comunidad. En las regiones europeas del norte, oeste y sur, existen diferencias sustanciales en la utilización total de recursos y en el balance de atención formal e informal.	El costo del Alzheimer es alto en los países europeos. Las actividades del diario vivir, son un importante determinante de costos de atención. En el sur de Europa los servicios formales son menores y los informales mayores, que en el Norte y en el Oeste.
14. Kraft et al., 2010 Suiza Francos suizos, 2007	<i>Cost of dementia in Switzerland</i>	Estimar los costos de la demencia en Suiza; comparar el costo medio anual de la gente con demencia que vive en su hogar vs los que viven en una institución; y analizar cómo aumenta el costo medio por persona que vive en su hogar, con la severidad.	Estudio de Col basado en la prevalencia, desde una perspectiva social. Combina enfoques top-down y bottom-up, incluyendo los costos directos e indirectos de la demencia.	Costos de la atención formal e informal.	El costo anual total de la demencia para el 2007 fue de CHF 6,3 bill La atención institucional y la informal, dan cuenta del 90% de los costos. El costo medio anual por paciente que vive en su hogar fue de CHF 55.300, y de CHF 68.900 para el que vive en una institución. Los costos por persona viviendo en su hogar con	La demencia tiene una fuerte carga económica en la sociedad suiza. Los costos de la enfermedad son dominados por los costos de atención. Los costos de diagnóstico y tto. son menores- El costo de los cuidados informales

Referencia/país	Título	Objetivo	Métodos	Costos incluidos	Resultados	Conclusiones
					demencia severa, son cerca de 5 veces el costo por persona con demencia leve.	es sustancial, al representar el 44% del costo total de la demencia (estimación basada en la valoración del costo de mercado)
15. Jedenius et al., 2010 El <i>abstract</i> no indica el país del estudio. El autor principal es de una U. sueca. Euros, no se señala el año de la moneda	<i>The cost of diagnosing dementia in a community setting</i>	Evaluar el costo del diagnóstico de la demencia.	Estudio prospectivo sobre la utilización de recursos y tiempo, para diagnosticar la demencia (desde el inicio del proceso de diagnóstico, hasta confirmar o rechazar el diagnóstico) Perspectiva del especialista y de la atención primaria.	Tiempo y utilización de recursos.	En la APS la evaluación de la demencia tomó entre 2 semanas y 2 meses antes de alcanzar el diagnóstico. El costo medio considerando a todos los pacientes evaluados en la APS fue de € 477, mientras que el costo medio de las evaluaciones realizadas a nivel de especialistas, fue de €1.115 El costo medio por caso confirmado con demencia es de € 849 en la APS y de € 1.334 al nivel de especialidad.	Basado en los resultados, los costos de establecer un diagnóstico de demencia, es del 1% del costo total de demencia.
16. Quentin et al., 2010 Países de Europa y América del Norte Resultados convertidos a USD-PPP del año 2006	<i>Cost-of-illness studies of dementia: a systematic review focusing on stage dependency of costs.</i>	Revisar estudios de CoI de la demencia de Europa y América del Norte, que reporten costos por paciente por etapa de la enfermedad.	Revisión sistemática de la literatura.	Estudios que analicen costos de atención formal e informal, en demencia leve, moderada y severa.	Se encontraron 28 estudios que usan diversos métodos. Los costos se duplican al pasar de demencia leve a severa. El patrón y magnitud de los costos estimados, dependen principalmente de: el objetivo del estudio (estimación de costos totales o netos), de dónde viven los pacientes (en la comunidad o en instituciones) y la inclusión	Los autores señalan que esta revisión es la primera que se enfoca en costos en diferentes etapas de la demencia, las cuales son un factor determinante de los costos. Sin embargo, para hacer uso de estos hallazgos, se deben considerar las características de cada estudio incluido

Referencia/país	Título	Objetivo	Métodos	Costos incluidos	Resultados	Conclusiones
					o no de cuidados informales.	en la revisión.
17. Coduras et al., 2010. España. Euros, año 2006	<i>Prospective one-year cost-of-illness study in a cohort of patients with dementia of Alzheimer's disease type in Spain: the ECO study.</i>	Analizar el impacto económico del uso de recursos sanitarios y no sanitarios, durante 1 año, por pacientes con Alzheimer en la práctica médica habitual en España.	Se diseñó un estudio de cohorte multicéntrico, prospectivo y naturalístico, para reclutar pacientes con Alzheimer leve, moderada y severa: el estudio ECO. 560 pacientes con Alzheimer fueron incluidos en el estudio ECO: 68% mujeres, 77 años en promedio (71 – 83), 29% con tratamiento <i>naive</i> .	El estudio registró <u>recursos sanitarios</u> (visitas médicas, drogas, tratamientos concomitantes, exámenes de diagnóstico y complementarios, y uso de cuidados institucionales, o en casas de reposo) y <u>recursos no sanitarios</u> (materiales de inventario, insumos, tiempo de los cuidadores profesionales y no profesionales). Los recursos fueron valorizados a precios del año 2006.	El costo medio mensual por paciente fue de €1.425,73 y aumentó 10% al final del estudio (costo mensual base: €1.316,22). Los costos no sanitarios fueron €1.059 (74,3% de los costos totales), disminuyendo 4,3 euros por mes (0,4%) al final del año. Mientras que los costos sanitarios fueron en promedio €366,66, creciendo 163,94 euros en el periodo (54,06%), debido principalmente al costo de los medicamentos y el uso de servicios en hogar de reposo e institucional. El 87,26% del costo total (€1.244,22) no estaba financiado por el Servicio Nacional de Salud, y la mayoría de este costo corresponde a costos del cuidador. La carga total del cuidador representó el 70.86% del costo de la enfermedad total.	El costo medio mensual del Alzheimer en España es alto (€1.425,73). Casi el 88% del CoI es financiado por la familia del paciente, sumando una carga financiera al sufrimiento de estas familias.
18. Jönsson & Wimo, 2009 Países Europeos Euros, valores año	<i>The cost of dementia in Europe: a review of the evidence, and methodological</i>	Describir el nivel de información disponible sobre los costos de Alzheimer	Revisión de la literatura de publicaciones en cualquier idioma, que	Se incluyeron artículos que reporten costos a nivel de paciente.	16 estudios fueron incluidos [Países nórdicos (4), RU (3), España (3), Francia (2), Italia (2),	Los costos de Alzheimer en Europa son altos y aumentan con la

Referencia/país	Título	Objetivo	Métodos	Costos incluidos	Resultados	Conclusiones
2005	<i>considerations.</i>	en Europa; comparar resultados de estudios previos en diferentes países; y discutir la aplicabilidad de la información disponible para modelar costos.	reporten costos de atención para pacientes diagnosticados o que posiblemente tengan Alzheimer.		Bélgica (1) y Alemania (1)]. Existen grandes variaciones en los costos totales estimados dependiendo de: diferencias metodológicas de cada estudio, contexto, tipo y severidad de los pacientes, rango de costos evaluados, y la elección del enfoque para valorizar la atención informal. El costo medio total anual de todos los estudios fue de €28.000 [€6.614 - €64.426] (valores 2005). Pocos estudios evaluaron aspectos de la severidad de la enfermedad que no fuera la capacidad cognitiva.	severidad de la enfermedad. Las diferencias metodológicas entre estudios complejiza la comparación entre países y sistemas de salud. Se vuelve necesario estandarizar métodos para evaluar y valorizar la atención informal. Se requiere información del uso de recursos a nivel de paciente, para analizar los determinantes de los costos y predecir el impacto de las intervenciones. Se necesitan más datos para realizar evaluaciones económicas de las terapias para el Alzheimer.

Artículos arrojados por la búsqueda, que no presentan *abstract*:

19. Johnson SR. *Costs of dementia care fall to families, Medicaid*. Mod Healthc. 2014 Jan 27;44(4):9.
20. Cabello HR et al.. *The economic impact of mental health services and the need for cost reduction programs: suggestions from middle-income countries*. Acta Psychiatr Scand. 2012 Oct;126(4):298-9.
21. Trépel D. *An update on the economics of dementia care in Ireland*. Ir Med J. 2012 Feb;105(2):38-9.
22. [No authors listed]. *How much is dementia care worth?* Lancet Neurol. 2010 Nov;9(11):1037.

**Tabla Nº 2. Tabla Resumen de Estudios de Eficacia**

Ref/año/revista	Título estudio	Método	Resultados	Conclusiones
Vasionyté & Madison 2013  J Clin Nurs. 2013 May; 22(9-10):1203-16.	<i>Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis.</i>	RSL en con meta-análisis. Se incluyeron todos los estudios originales encontrados para las palabras claves: música y demencia. Se computarizaron el promedio del tamaño del efecto y los intervalos de confianza (IC) para estudiar el tamaño del efecto de acuerdo a métodos estandarizados. Esto fue considerado para varios tipos de intervenciones musicales separadamente y diversas medidas de efecto: afectivas, de comportamiento, cognitivas y psicológicas.	Diecinueve estudios con un total de 478 pacientes con demencia presentan tamaños del efecto que van desde 0,04 - 4,56 (M = 1,04). Muchos de éstos indican grandes efectos positivos en las medidas de resultado conductuales, cognitivos y fisiológicos, y medianos efectos sobre las medidas afectivas.	Las intervenciones musicales parecen ser efectivas y tienen el potencial de aumentar la calidad de vida de los pacientes con demencia. Muchos estudios en esta área son de mala calidad metodológica, lo que limita el alcance de los meta-análisis, el poder estadístico y la generalización de estas conclusiones.
Ueda et al. 2013  Ageing Res Rev. 2013 Mar;12(2):628-41	<i>Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis</i>	RSL con meta-análisis. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: MEDLINE, CINAHL, PsycINFO e Igaku Chuo Zasshi. Se seleccionaron 20 estudios, incluyendo ensayos controlados aleatorizados, ensayos clínicos controlados, estudios de cohortes y otros ensayos controlados, y se realizó un metaanálisis determinando la diferencia de medias estandarizada (SMD).	Los resultados mostraron que la terapia de música tenía un efecto moderado en la ansiedad [SMD - 0.64 (IC95% -1,05 a -0,24); p = 0,002] y pequeños efectos sobre los síntomas conductuales SMD - 0,49 [(95%IC-0,82 a -0,17); p = 0,003]]. En estudios de duración > 3 meses, la musicoterapia tuvo grandes efectos sobre la ansiedad SMD -0,93 [(95%IC -1,72 a -0,13) p = 0,02]].	La presente RSL y metaanálisis sugiere que la musicoterapia es efectiva para el manejo de BPSD ( <i>Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia</i> ).
Health Quality Ontario 2013  Ont Health Technol Assess Ser. 2013 Nov 1; 13(23):1-45. eCollection 2013	<i>Vitamin B12 and cognitive function: an evidence-based analysis.</i>	Se abordaron tres preguntas: ¿Existe una asociación entre la deficiencia de vitamina B12 y el inicio de la demencia o el deterioro cognitivo? ¿El tratamiento con suplementos de vitamina B12 mejora la función cognitiva en pacientes con demencia o deterioro cognitivo y la deficiencia de vitamina B12? ¿Cuál es la eficacia de la suplementación oral versus parenteral de vitamina B12 en las personas con deficiencia de vitamina B12 confirmada? Se realizó una búsqueda bibliográfica en MEDLINE, EMBASE, EBSCO, CINAHL, la Biblioteca Cochrane, y el Centro	Se identificaron dieciocho estudios (7 revisiones sistemáticas y 11 estudios observacionales) para abordar la pregunta de la asociación entre la vitamina B12 y la aparición de la demencia. Cuatro revisiones sistemáticas fueron identificadas para abordar la pregunta de tratamiento de la vit. B12 en la función cognitiva. Por último, se identificaron 3 ensayos controlados aleatorizados que compararon B12 oral con B12	Basado en evidencia de muy baja calidad, sí parece haber una asociación entre los niveles elevados de homocisteína en plasma (un subproducto de vitaminas del grupo B) y la aparición de la demencia. Sobre la base de pruebas de calidad moderada, pero con duración de seguimiento menos que óptima, el tratamiento con la administración de suplementos B12 no cambia apreciablemente la función

Ref/año/revista	Título estudio	Método	Resultados	Conclusiones
		de Revisiones y Difusión de bases de datos, entre enero de 2002 hasta agosto de 2012.	intramuscular.	cognitiva. Sobre la base de calidad baja a moderada de las pruebas, el tratamiento con vitamina B12 y ácido fólico en pacientes con deterioro cognitivo leve parece reducir la tasa de atrofia cerebral. Sobre la base de pruebas de calidad moderada, vitamina B12 oral es tan eficaz como la vitamina B12 parenteral en pacientes con deficiencia de B12 confirmada
Lawrence et al. 2012  Br J Psychiatry. 2012 Nov;201(5):344-51	<i>Improving quality of life for people with dementia in care homes: making psychosocial interventions work.</i>	Revisión sistemática y meta síntesis de investigación cualitativa	La síntesis de 39 trabajos cualitativos reveló que intervenciones psicosociales beneficiosas satisfacen las necesidades de las personas con demencia para conectarse con otros, hacer una contribución significativa y recordar. La implementación exitosa se basó en la participación activa del personal y de la familia más la prestación continua de las intervenciones y el apoyo "a la medida". Esto hizo necesario tiempo del personal, y planteó cuestiones en torno a las prioridades y los riesgos, pero en última instancia, ayudó a redefinir las actitudes del personal hacia los residentes y el papel de cuidador.	Los hallazgos del meta-síntesis pueden ayudar a informar el desarrollo y evaluación de las intervenciones psicosociales en los hogares de cuidado y apoyo a su aplicación generalizada en el ámbito clínico.
Cooper et al. 2012  Int Psychogeriatr. 2012 Jun;24(6):856-70.	<i>Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia.</i>	Se revisaron sistemáticamente 20 ensayos controlados aleatorizados que informan la eficacia de las intervenciones no farmacológicas en mejorar la calidad de vida o el bienestar de las personas con demencia que cumplieron los criterios de inclusión predeterminados. Se evaluó la validez del estudio con un <i>check list</i> . Se estableció	Los análisis conjuntos encontraron que las intervenciones basadas en la estrategia de afrontamiento del cuidador familiar (cuatro estudios, que no alcanzaron significación individual; n = 420; SES 0,24 (intervalo de 0,03 hasta 0,45)) y las intervenciones combinadas de	La evidencia preliminar indica que la terapia basada en la estrategia de afrontamiento del cuidador familiar, con o sin intervención de actividad del paciente, mejora la calidad de vida de las personas con demencia que viven en casa. La CGTS fue la única intervención

Ref/año/revista	Título estudio	Método	Resultados	Conclusiones
		contacto con los autores para obtener datos adicionales. Se calculó diferencia de medias estandarizadas (SMD) y, para estudios que informaron intervenciones similares, los tamaños del efecto combinado estandarizado (SES).	afrentamiento de actividad del paciente y del cuidador familiar (dos estudios, no individualmente significativos, n = 191; SES 0,84 (rango de 0,54 a 1,14)) podrían mejorar la calidad de vida. En un estudio de alta calidad, un sistema de gestión de la atención mejora la calidad de vida de las personas con demencia que viven en casa. La Terapia de Estimulación Grupal Cognitiva (CGTS) mejora la calidad de vida de las personas con demencia en los hogares de cuidado.	eficaz en un ensayo de mayor calidad para aquellos en hogares de cuidado, pero no se ha encontrado tal evidencia en la comunidad. Pocos estudios exploraron si los efectos continuaron después que la intervención se detuvo. Las investigaciones futuras deberían explorar el impacto a largo plazo de las intervenciones, y diseñar estrategias para aumentar la calidad de vida de las personas con demencia que viven en hogares de cuidado o en casa sin un cuidador familiar.
Padilla 2011 Am J Occup Ther. 2011 Sep-Oct;65(5):523-31.	<i>Effectiveness of interventions designed to modify the activity demands of the occupations of self-care and leisure for people with Alzheimer's disease and related dementias.</i>	Se llevó a cabo una Revisión sistemática de la evidencia de efectividad de la modificación de las demandas de actividad en la atención de personas con enfermedad de Alzheimer (EA), como parte del proyecto de revisión de la literatura basada en la evidencia de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional. La revisión incluyó 10 artículos que abordan las ocupaciones de auto-cuidado y entretenimiento. No se encontraron informes relacionados con el trabajo y la participación social.	Los resultados sugieren que la evidencia para la efectividad de esta intervención es robusta.	4 principios prácticos derivaron de esta evaluación: (1) Los programas de terapia ocupacional deben ser individualizados para obtener el máximo nivel de respuesta de cada persona de acuerdo a su habilidad e interés, (2) las señales utilizadas mientras se asiste a las personas con EA para realizar tareas deben ser cortas y proporcionar una instrucción clara, (3) las estrategias compensatorias en forma de modificaciones del entorno y equipamiento adaptativo simple, deben aplicarse específicamente sobre la base de las necesidades únicas de la persona, y (4) la formación del cuidador y la participación son esenciales en la implementación de programas individualizados.
Padilla 2011	<i>Effectiveness of</i>	Se llevó a cabo una Revisión sistemática de	Treinta y tres estudios cumplieron	Se necesita más investigación para

Ref/año/revista	Título estudio	Método	Resultados	Conclusiones
Am J Occup Ther. 2011 Sep-Oct;65(5):514-22	<i>environment-based interventions for people with Alzheimer's disease and related dementias.</i>	la evidencia de la eficacia de las intervenciones basadas en el medio ambiente, en el sentimiento, la conducta y el desempeño de las personas con la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas, como parte del proyecto revisión de la literatura basada en la evidencia de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional.	los criterios de inclusión. Los resultados sugieren que la música ambiental, aromaterapia y Snoezelen <sup>1</sup> son moderadamente eficaces en la reducción de la agitación, pero no tienen efectos consistentes a largo plazo. Entornos visualmente complejos que dan la ilusión de obstáculos, disuaden a la gente de desplazarse a lugares inseguros, pero no reducen el deseo. La evidencia de que la terapia de luz brillante puede ayudar en la regulación del estado de ánimo y el ciclo sueño-vigilia y de este modo ayudar a las personas a permanecer despiertos durante el día, es preliminar. Programación basada en Montessori puede ser útil en la adecuación de las actividades a las habilidades de la persona.	evaluar el efecto a largo plazo, las contraindicaciones y las mejores dosis de estas intervenciones.
Littbrand et al. 2011 Am J Phys Med Rehabil. 2011 Jun;90(6):495-518	<i>Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review.</i>	Se identificaron ensayos controlados aleatorizados en PubMed, Cumulative Index de Enfermería y Salud Aliada, la Allied and Complementary Medicine Database y la Biblioteca Cochrane, el 30 de agosto y 1 de septiembre de 2010, de acuerdo con los criterios de inclusión predefinidos. Dos revisores extrajeron de forma independiente los datos predeterminados y evaluaron la calidad metodológica.	Se realizó un análisis cualitativo, que incluye diez estudios. La mayoría de los participantes eran personas con la enfermedad de Alzheimer en centros de acogida. Cuatro estudios presentaron una calidad metodológica "moderada", y seis "bajo."	Entre las personas mayores con enfermedad de Alzheimer en centros de atención residencial, el ejercicio combinado funcional /pesas parece aplicable para su uso considerando la asistencia y los eventos adversos, y hay alguna evidencia de que el ejercicio mejora el caminar y reduce la disminución en la capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria. Además, hay alguna evidencia de que el ejercicio de caminar individualmente reduce la disminución de la habilidad para caminar, pero los eventos adversos deben ser evaluados. Entre las

Ref/año/revista	Titulo estudio	Método	Resultados	Conclusiones
				<p>personas mayores con distintos tipos de trastornos de demencia que se encuentren en un hospital, hay alguna evidencia de que la combinación de ejercicios por periodos de tiempos cortos de no más de 2 semanas no tiene ningún efecto sobre la movilidad. Parece importante que las intervenciones duren por lo menos unos meses y que los ejercicios sean para tareas específicas y que desafíen la capacidad física del individuo. Entre las personas mayores con trastornos de demencia sin especificar en centros de acogimiento residencial, hay alguna evidencia de que el caminar a una velocidad auto-seleccionada no tiene ningún efecto sobre las funciones cognitivas. Que el ejercicio físico pueda mejorar las funciones cognitivas en personas con demencia no está claro porque los estudios que lo evalúan o son de baja calidad metodológica o pueden haber usado una intervención de intensidad presumiblemente insuficiente. Se necesitan más estudios de alta calidad metodológica, especialmente entre las personas con trastornos de demencia distintas de la enfermedad de Alzheimer.</p>
<p>Janssen et al.2010 Wien Med Wochenschr. 2010</p>	<p><i>Ginkgo biloba in Alzheimer's disease: a systematic review</i></p>	<p>Esta revisión sistemática determina el beneficio del tratamiento con Ginkgo biloba<sup>2</sup> (Ginkgo) en la enfermedad de Alzheimer (EA) relacionados con los</p>	<p>Se seleccionaron 6 estudios. En general hubo alta heterogeneidad para la mayoría de los resultados excepto para aspectos de</p>	<p>Entre los estudios que administraron altas dosis de Ginkgo (240 mg), todos favorecen el tratamiento aunque los efectos</p>

Ref/año/revista	Título estudio	Método	Resultados	Conclusiones
Dec;160(21-22):539-46		resultados relevantes para los pacientes. Se realizó búsqueda de ensayos aleatorizados controlados en bases de datos bibliográficas, registros de ensayos clínicos y de resultados de estudios. Se buscó pacientes con EA (seguimiento $\geq 16$ semanas) que comparaban Ginkgo con placebo o una opción de tratamiento diferente. Se pidió a los fabricantes proporcionar datos no publicados. Cuando fue posible, los datos se combinaron mediante el metaanálisis.	seguridad.	siguen siendo heterogéneos. En este subgrupo, existe un beneficio de Ginkgo para las actividades de la vida diaria. La cognición y los síntomas psicopatológicos que se acompañan muestran una indicación de beneficio. No se evidencia que Ginkgo cause daño. No fue posible calcular una estimación del tamaño del efecto para ningún resultado. Se necesitan más ensayos que se centren especialmente en el subgrupo de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
Olazarán et al.2010 Dement Geriatr Cogn Disord. 2010;30(2):161-78	<i>Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy.</i>	Se investigaron revisiones existentes en las principales bases de datos electrónicas para buscar ensayos controlados aleatorizados (ECA). El plazo para la inclusión en el estudio fue el 15 de septiembre de 2008. Categorías de intervención y dominios de resultado fueron predefinidos por consenso. Dos investigadores que trabajaron juntos detectaron 1.313 posibles estudios de los cuales se seleccionaron 179 ECAs pertenecientes a 26 categorías de intervención. El deterioro cognitivo tuvo que ser documentado en todos los participantes, y la etiología degenerativa (que indica la demencia) tenía que estar presente o presumida en al menos el 80% de los sujetos. Tablas de evidencia, meta-análisis y resúmenes de los resultados fueron elaboradas por el primer autor y revisadas por subgrupos de autor. Los métodos para el nivel de calificación de las pruebas y recomendaciones de prácticas de clasificación fueron adaptadas del Centro de	Se obtuvo un nivel de recomendación Grado A para el retraso de institucionalización (intervenciones multicomponente para el cuidador) Se obtuvo recomendación grado B para la persona con demencia para: .mejorar cognición: con entrenamiento cognitivo, estimulación cognitiva, intervenciones multicomponente; .actividades de la vida diaria: formación, intervenciones multicomponente; .comportamiento: estimulación cognitiva, intervenciones multicomponente, intervenciones conductuales, formación profesional para el cuidador; .estado de ánimo: intervenciones multicomponente para la persona con demencia .calidad de vida: intervenciones	Terapias no farmacológicas emergen como un enfoque útil, versátil y potencialmente costo efectivo para mejorar los resultados y la calidad de vida tanto para la persona con demencia como para el cuidador.

Ref/año/revista	Título estudio	Método	Resultados	Conclusiones
		Oxford para la Medicina Basada en la Evidencia.	multicomponente para personas con demencia y el cuidador; .Para el cuidador, también se alcanzó el grado B para: humor (educación, apoyo, intervenciones multicomponente); bienestar psicológico (estimulación cognitiva, intervenciones multicomponente); QoL (intervenciones de componentes múltiples para las personas con discapacidad y cuidador).	
Wang 2010 Pharmacopsychiatry. 2010 May;43(3):86-91	<i>Effectiveness of standardized ginkgo biloba extract on cognitive symptoms of dementia with a six-month treatment: a bivariate random effect meta-analysis.</i>	Se buscó sistemáticamente en la literatura ensayos aleatorizados, controlados con placebo (idioma Inglés) de extracto de ginkgo biloba (GbE) en el tratamiento de la demencia. Los datos fueron extraídos de los ensayos seleccionados y combinados con métodos de meta-análisis estándar. Se realizó un meta-análisis bivariado para estimar el tamaño del efecto de GbE.	La estimación de efectos aleatorios de diferencia de medias estandarizada (DME) entre los grupos GbE y placebo de 6 ensayos seleccionados fue -0,89 (IC del 95%: -1,82 a 0,04) en la evaluación de la función cognitiva. Estimación de efectos aleatorios bivariado de la diferencia de cambio en las puntuaciones de ADAS-cog <sup>3</sup> fue -2,65 (IC del 95%: -0,76 a --4.53), que mostró una diferencia significativa a favor de GbE.	Teniendo en cuenta el riesgo basal en la evaluación del efecto del tratamiento, GbE resultó eficaz para las funciones cognitivas en la demencia con el tratamiento de 6 meses.
Winblad et al . 2009 Curr Med Res Opin. 2009 Nov;25(11):2577-87	<i>Donepezil treatment in severe Alzheimer's disease: a pooled analysis of three clinical trials.</i>	Se agruparon los datos de tres ensayos aleatorizados, controlados con placebo de donepezilo en EA severa para evaluar mejor los efectos del tratamiento y la tolerabilidad /seguridad general. Se analizaron las puntuaciones totales y sub-puntuaciones de medidas de la cognición, la función global, desempeño/funcionamiento y comportamiento. Se realizaron análisis adicionales para investigar (1) las relaciones entre los cambios cognitivos, funcionales y de comportamiento, y (2) los patrones de	Valiéndose de los resultados totales combinados, se observaron diferencias significativas entre los tratamientos a favor del donepezil para la cognición, la función global (ambos $p < 0,0001$ ), y el desempeño ( $p = 0,03$ ), con un tamaño del efecto (d de Cohen <sup>4</sup> ) de 0,51, 0,26, y 0,17, respectivamente. No hubo diferencia significativa de tratamientos para el comportamiento. Sin embargo, los	Los hallazgos sugieren beneficios sintomáticos mediados por donepezil medibles en cognición, función global y actividades de la vida diaria en pacientes con enfermedad de Alzheimer severa. El efecto del tratamiento respalda la importancia de la inhibición de la colinoesterasa como una opción terapéutica clínicamente relevante a través del espectro de EA.

Ref/año/revista	Título estudio	Método	Resultados	Conclusiones
		respuesta en el dominio combinado.	pacientes tratados con donepezil con cognición estabilizada o mejorada, tendían a mostrar mejoras significativas en la función y el comportamiento en comparación con los pacientes tratados con placebo. Los pacientes tratados con donepezil fueron 3,2 veces más probables de lograr una respuesta de dominio combinado que los pacientes tratados con placebo ( $p < 0,0001$ ). Los eventos adversos fueron los esperados para una terapia colinérgica, y las tasas de mortalidad fueron similares entre los grupos de tratamiento.	
Kverno et al. 2009 Int Psychogeriatr. 2009 Oct;21(5):825-43	<i>Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review</i>	Se realizó una búsqueda en la literatura para encontrar estudios de intervención no farmacológicos publicados entre 1998 y 2008, que mide los resultados de síntomas neuropsiquiátricos (NPS) en individuos diagnosticados con demencia avanzada. Al principio se estableció como criterio de inclusión estricto que todos los participantes en el estudio tuvieran demencia grave o muy grave, pero este rango fue posteriormente ampliado para incluir desde moderadamente severos a muy severos.	De 215 estudios de intervención, 21 (9,8%) se centraron específicamente en los tratamientos para las personas con demencia moderadamente severa a muy severa. Los estudios proporcionan limitada evidencia de calidad moderada o alta para el uso de estrategias sensoriales, entre ellas el aroma, música en vivo, y la estimulación multisensorial. Enfoques orientados a la emoción, tales como presencia simulada pueden ser más eficaces para las personas con capacidad interactiva verbal preservada.	La mayoría de los estudios de intervenciones para síntomas neuropsiquiátricos (NPS) relacionados con la demencia, se han centrado en las personas con deterioro cognitivo leve a moderado. Las personas con deterioro cognitivo grave no necesariamente responden a los tratamientos NPS de la misma manera. Se deben diseñar más estudios específicamente para explorar más a fondo la eficacia de las terapias no farmacológicas, para cada etapa de los pacientes con demencia avanzada. Áreas de especial necesidad para seguir investigando incluyen terapias basadas en movimiento, manos (tacto), terapias e intervenciones que pueden ser proporcionados durante las rutinas de cuidado personal. Las intervenciones

Ref/año/revista	Título estudio	Método	Resultados	Conclusiones
				parecen funcionar mejor cuando se adaptan a equilibrar los patrones de excitación individuales.

<sup>1</sup>Snoezelen se define como el despertar de los sentidos a través de la propia experiencia sensorial

<sup>2</sup>Ginkgo biloba Es un árbol utilizado hace siglos, o quizás milenios, por sus acciones terapéuticas, especialmente por la medicina tradicional china, y en la herbolaria moderna. de las hojas del ginkgo se obtiene un extracto que posee flavonoides (ginkgoloides y heterósidos) que al ingerirse aumentan la circulación sanguínea central y periférica, y como consecuencia se hace más eficiente la irrigación de los tejidos orgánicos

<sup>3</sup>ADAS-cog: Es una de las Prueba de Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer más utilizadas para medir la cognición en los ensayos clínicos. Mide principalmente el lenguaje y la memoria. La ADAS-Cog consta de 11 partes y requieren aproximadamente 30 minutos para aplicar.

<sup>4</sup>d de Cohen es una medida muy difundida en la que el tamaño del efecto se calcula restando la media obtenida por el grupo experimental menos la media del grupo de control y dividiendo el resultado entre la desviación típica de la población a la que pertenecen ambos grupos

**Tabla Nº3: Resumen de estudios de costo-efectividad en demencia (revisión en base a *abstracts* y resúmenes de *CRD*)**

Ref/año/país	Título estudio	Intervenciones /elegibilidad	Métodos de análisis	Resultados de costo-efectividad	Conclusiones de los autores o CRD
<b>Intervenciones de comportamiento, cognitivas, terapias ocupacionales, etc. (para cuidadores y/o pacientes)</b>					
Livingston et al. 2014 (la mayoría de los estudios eran en EEUU)  <i>Technology Assessment</i> 2014; 18(39): 1-226	<b><i>A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia.</i></b>  <b>Tipo de estudio:</b> RSL (160 estudios de los cuales 33 eran ECA con más de 45 pacientes)  Se toman los resultados de 11 estudios que presentan ACE	Intervenciones psicológicas, conductuales, sensoriales o ambientales para manejar la agitación conductual en pacientes con demencia. Que informaran resultados cuantitativos de agitación y tuvieran un grupo de comparación; estudios del tipo antes y después fueron aceptados. Pacientes ≥ 50 años.  Cerca del 50% de los estudios no registró el tipo de demencia; un tercio reclutó pacientes con demencia mixta; y un quinto a pacientes con Alzheimer. La mayoría de los estudios se realizaron en hogares de cuidado; ninguno en hospital; algunos en los hogares del paciente.	Efectividad: diferencia de medias estandarizada (DMS) revisión narrativa. Costo-efectividad: uso de medidas relativas a la condición. Once intervenciones usaron el <i>Cohen-Mansfield Agitation Inventory – (CMAI)</i>	(once intervenciones) El costo incremental por unidad reducida de CMAI osciló entre £ 162 a £ 3.480 para “actividades”, £ 4 para musicoterapia, entre £ 24 y £ 143 para las intervenciones sensoriales, y £ 6 a £ 62 para la formación a cuidadores pagados. Esta última en atención centrada en la persona y habilidades de comunicación, con o sin formación en manejo del comportamiento y mapeo de cuidados de la demencia.	La atención centrada en la persona, las habilidades de comunicación y el mapeo (o flujo) de atención de la demencia (todas con supervisión), la terapia sensorial, realizar actividades y la terapia musical estructurada reducen la agitación en pacientes con demencia de atención domiciliaria (u hogares). Conclusiones de los autores reflejan la evidencia disponible, pero existen algunas dudas sobre el grado de efectividad del tratamiento.
Knapp M, King D, Romeo R, Schehl B, Barber J, Griffin M, Rapaport P, Livingston D, Mummery C, Walker Z, Hoe J, Sampson EL, Cooper C, Livingston G.  <i>UK/secondary care,</i>	<b><i>Cost effectiveness of a manual based coping strategy programme in promoting the mental health of family carers of people with dementia (the START (STrAtegies for RelaTives) study): a pragmatic randomised controlled trial</i></b>  <b>Tipo de estudio:</b> ACE a la	Estrategia <i>coping</i> basada en un manual, para los familiares cuidadores de personas con demencia.  La intervención consistió en ocho sesiones de terapia psicológica para los familiares cuidadores, como se describe en los manuales de STrAtegies (START). Las sesiones fueron entregadas en más de 8 a 14 semanas,	ACE a la par de un ECA pragmático y multicéntrico (con 173 cuidadores randomizados a START y 87 a cuidado habitual). Horizonte temporal ocho meses. Perspectiva de salud y servicios sociales. <i>Outcomes: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> Costo-utilidad: QALYs	Incluyendo todos los costos y ajustando las variables iniciales, la intervención START costó £ 252 (IC 95%: -28 a 565) más que la atención habitual y se asoció con un aumento de QALY de 0,042 (IC 95%: 0,015 - 0,071). Para el análisis del HADS, START cuesta £ 247 (IC 95%: 0 a 569) más que la atención habitual, con un cambio en la escala HADS de	Los autores concluyeron que la intervención de <i>coping</i> START fue una adición costo-efectiva a la atención habitual, de acuerdo a los resultados de los cuidadores en más de ocho meses.  Comentarios CRD  El estudio se llevó a cabo

Ref/año/país	Título estudio	Intervenciones /elegibilidad	Métodos de análisis	Resultados de costo-efectividad	Conclusiones de los autores o CRD
at home.  BMJ 2013; 347: f6342	par de un ECA	por egresados de psicología sin formación clínica. Se proporcionó como una adición a la atención habitual, que era el comparador. La atención habitual se centró en el paciente, en lugar de sus cuidadores. Podía incluir médico, psicológico y otros servicios de salud y asistencia social, de conformidad con las directrices del NICE.		2,10 (IC del 95%: 0,51 a 3,75). El ICER de START versus atención habitual fue £6.000 por QALY ganado, ó £ 118 por unidad de cambio en HADS. En un umbral de disposición a pagar de £20.000 por QALY ganado, la probabilidad de que la intervención fuera CE fue del 93%.	bien y se reportó claramente. La conclusión de los autores es apropiada, pero se requiere más investigación para evaluar los resultados a largo plazo.
Knapp M, Thorgrimsen L, Patel A, Spector A, Hallam A, Woods B, Orrell M  British Journal of Psychiatry 2006; 188: 574-580  Atención institucional y terciaria en Londres, Essex y Hertfordshire en el Reino Unido.	<b>Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost- effectiveness analysis</b>  <b>Tipo de estudio:</b> ACE basado en un ECA	El estudio examinó el uso de la terapia de estimulación cognitiva (TEC) en el tratamiento de la demencia. Las sesiones del TEC se centraron en temas, con un enfoque adicional en el día actual, y alentaron el uso del procesamiento de la información y la grupo.	ACE basado en un ECA multicéntrico (23 centros: 18 hogares y 5 centros diurnos). El <i>outcome</i> de salud primario fue el cambio en la cognición, medido por el <i>Mini-Mental State Examination</i> (MMSE). El resultado secundario fue la calidad de vida medida por la escala de Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer (QoL-AD).	La intervención cuesta £75,32 por punto adicional en la escala MMSE y £ 22,82 por punto adicional en la escala QoL-AD, ambas en comparación con el grupo control. Los resultados para la curva de aceptabilidad de costo-efectividad no se informaron en el texto. Sin embargo, los autores informaron que, bajo supuestos razonables, había una alta probabilidad de que TEC fuera más costo-efectiva que el tratamiento habitual. El análisis de sensibilidad mostró que, para grupos más pequeños de TEC, el ICER aumentó a £102 por cada cambio incremental en la MMSE. Para grupos más grandes, el ICER fue £63.87 por cada cambio incremental en la MMSE.	"La participación en TEC tiene poco impacto en los costos de los participantes en relación a personas que reciben atención habitual, pero se mejoró los resultados cognitivos medidos por el MMSE y <i>Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive</i> (ADAS-Cog), como la calidad de vida, medida por el QoL-AD. Las curvas de aceptabilidad de costo-efectividad estimadas tanto para la mejora cognitiva y cambio en la calidad de vida, sugieren que los tomadores de decisión deberían considerar la TEC como una opción relativamente costo-efectiva, a pesar de los costos y resultados fueron medidos en un periodo relativamente corto".

Ref/año/país	Título estudio	Intervenciones /elegibilidad	Métodos de análisis	Resultados de costo-efectividad	Conclusiones de los autores o CRD
Joling KJ et al. <i>Trials</i> . 2013 Sep 22;14:305	<b><i>The cost-effectiveness of a family meetings intervention to prevent depression and anxiety in family caregivers of patients with dementia: a randomized trial</i></b>  <b>Tipo de estudio:</b> ACE a la par de un ECA	Intervenciones: 1) reuniones familiares para familiares cuidadores de pacientes con demencia en comparación con 2) la atención habitual durante un período de 12 meses	ACE con perspectiva social junto a ECA de 192 cuidadores de pacientes con demencia que viven en comunidad. Resultados en QALYs de los cuidadores y los pacientes y la incidencia de ansiedad y depresión en los cuidadores. <i>Bootstrapping</i> se utilizó para estimar la incertidumbre en torno a las diferencias de costos y ICER	No se encontraron diferencias significativas en los costos y los efectos entre los grupos. Los costos totales por paciente y día de cuidador principal fueron sustanciales: € 77,832 para el grupo de intervención y € 75,201 para el grupo de atención habitual (diferencia media ajustada por día € 4,149, IC 95% -13.371 a 21.956, 157.534 ICER). El principal impulsor de costos fue la atención informal (66% del coste total), seguido por el tratamiento y los costos de hospital y de establecimientos de larga estada (23%). Presenta datos con inconsistencias sobre la probabilidad de que la intervención sea costo-efectiva en comparación con la atención habitual.	Los costos anuales de cuidar a una persona con demencia fueron sustanciales, siendo el cuidado informal el mayor contribuyente a los costos totales. Sobre la base de este estudio, las reuniones familiares no pueden considerarse una estrategia de intervención coste-efectiva en comparación con la atención habitual.
Woods RT, et al.  UK  <i>Health Technology Assessment</i> 2012; 16(48): 1-121	<b><i>REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers – effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial</i></b>  <b>Tipo de estudio:</b> ACE a la par de un ECA	Los grupos de reminiscencia se compararon con la atención habitual. Hubo 12 grupos de reminiscencia semanales, seguidos de 7 sesiones mensuales de mantenimiento. Hasta 12 pares de los pacientes y sus cuidadores fueron invitados a cada sesión de dos horas. Todas las sesiones se centraron en un tema y fueron dirigidos por dos facilitadores entrenados.	La EE se realizó junto a un gran ECA multicéntrico pragmático (REMCARE). Seguimiento de 10 meses. Perspectiva del sector público. Pacientes y cuidadores completaron EQ-5D. Los pacientes evaluaron beneficios con QoL-AD y sus cuidadores con el <i>General Health Questionnaire-28 item version</i> (GHQ-28). Costo-	El tratamiento no demostró diferencias en la efectividad entre las intervenciones para las personas con demencia o sus cuidadores. Eficacia de análisis secundarios mostraron diferencias significativas para los cuidadores. Los costos fueron consistentemente más altos para la intervención. Para los pacientes, los costos fueron £ 1.544 más altos, y los AVAC fueron sólo 0.001 más,	El ECA REMCARE mostró una falta de efectividad clínica y de costo-efectividad de la intervención reminiscencia. Se necesitan más investigaciones para confirmar estos resultados, ya que son contrarios a las conclusiones anteriores.

Ref/año/país	Título estudio	Intervenciones /elegibilidad	Métodos de análisis	Resultados de costo-efectividad	Conclusiones de los autores o CRD
		Cada sesión incluye una serie de actividades, en grupos grandes o pequeños, y se alienta la participación del paciente.	utilidad secundario con QALYs. Costos tomados de fuentes oficiales del NHS.	lo que resulta en ICER alto. Para los cuidadores, no hubo diferencia en la utilidad. Existe un 50% de probabilidad de que la intervención sea más costosa y menos eficaz (simulaciones <i>bootstrap</i> ).	
Gitlin LN, et al.  <i>USA community care</i>  <i>American Journal of Geriatric Psychiatry</i> 2010; 18(6): 510-519	<b><i>The cost-effectiveness of a nonpharmacologic intervention for individuals with dementia and family caregivers: the Tailored Activity Program (TAP)</i></b>  Tipo de estudio: ACE basado en estudio clínico	El TAP se comparó con estar en una lista de espera. El programa era de ocho sesiones de <b>terapia ocupacional</b> , por más de cuatro meses, para identificar las capacidades actuales en los pacientes, roles anteriores, hábitos e intereses, y luego desarrollar tres actividades personalizadas y capacitar a las familias para implementarlas. Los pacientes en lista de espera no recibieron ningún contacto durante el estudio.	El análisis se basó en un estudio clínico. El horizonte temporal 4 meses. Perspectiva del cuidador. <i>Outcomes:</i> horas de cuidador “haciendo cosas” y horas de “servicio o vigilia ( <i>duty</i> )”. No se incluyeron costos para los pacientes en lista de espera. Los costos de la intervención fueron la formación del terapeuta y la supervisión, el tiempo del cuidador en las sesiones de intervención, materiales de evaluación, los suministros de intervención, tiempo con el terapeuta incluidos los viajes y el kilometraje.	Los cuidadores pasaron 5,4 horas haciendo cosas vs. 8,6 en el grupo de control. Las horas de guardia fueron 13,4 con el programa, y 17,6 en control. Las diferencias ajustadas entre los grupos fueron a favor de la TAP (3,3 horas haciendo cosas, y 6,9 durante horas de guardia). El costo promedio fue de \$ 942 con TAP. El costo por hora ahorrada fue \$ 2,37 para hacer cosas, y \$ 1,10 para servicio. Se usó umbral de disposición a pagar de \$ 3893 (total horas ahorradas en los 4 meses al costo de servicios de limpieza del hogar). La probabilidad de que TAP sea costo-efectivo es de un 79,2% para hacer las cosas, y de 79,6% para horas de servicio.	Los autores concluyeron que el TAP es probable que sea costo-efectivo. Reconocieron su costeo limitado, la corta duración del estudio y bajo tamaño de la muestra. Y que se requieren más estudios de investigación.
<i>Graff MJ, Adang EM, Vernooij-Dassen MJ, Dekker J, Jonsson L, Thijssen M, Hoefnagels WH, Olde Rikkert MG</i>	<b><i>Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study</i></b>  Tipo de estudio: ACE	La terapia ocupacional consistía en intervenciones cognitivas y conductuales para entrenar a los pacientes a utilizar las ayudas para compensar su deterioro cognitivo, y para capacitar a	Horizonte temporal de tres meses. Perspectiva social. Los resultados se obtuvieron de la aplicación de tres instrumentos, que fueron	Hubo diferencias estadísticamente significativas en todas las medidas de resultado primarias a los tres meses, favorables a la terapia ocupacional. Número necesario a tratar (NNT) para	Los autores concluyeron que la terapia ocupacional fue altamente beneficiosa para los pacientes de demencia y sus cuidadores, y fue costo-efectiva.

Ref/año/país	Título estudio	Intervenciones /elegibilidad	Métodos de análisis	Resultados de costo-efectividad	Conclusiones de los autores o CRD
Holanda/ <i>social care</i> .  BMJ 2008; 336(7636): 134-138	basado en un ECA memoria implícita. Una variedad de actividades estaba disponible para cada sesión que permitió que el facilitador pudiera adaptar la sesión a las características de cada	los cuidadores en conductas de afrontamiento y supervisión. Conducido por terapeutas experimentados en 10 sesiones de una hora, a lo largo de cinco semanas. Se comparó con la atención habitual, que era el manejo estándar de la demencia, sin terapia ocupacional.	sintetizados en una sola medida de mejoría clínicamente significativa, utilizando los criterios de importancia clínica para cada medida. La medida de beneficio fue el porcentaje de pacientes y sus cuidadores que logran una mejoría clínicamente significativa en este <i>outcome</i> combinado	un resultado exitoso fue de 2,8. El costo ahorrado medio con la terapia ocupacional fue €1.748. La terapia ocupacional fue dominante (menos costosa y más efectivo) en el 94% de las simulaciones. En un umbral (la disposición a pagar) de 2.000 euros para un aumento del 1% en mejoras clínicamente significativas, existía una probabilidad del 99% de la terapia ocupacional sea costo-efectiva.	Comentarios de CRD: El estudio parece haber sido generalmente bien realizado y reportado. Las conclusiones de los autores parecen ser apropiadas, pero pueden no ser generalizables a otros contextos.
<b>Intervenciones relativas a la organización del sistema de atención de pacientes</b>					
Meeuwssen et al.  <i>PLoS One</i> . 2013 Nov 25;8(11):e79797	<b><i>Cost-effectiveness of one year dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners: economic evaluation of a randomised controlled trial</i></b>  <b>Tipo de estudio:</b> ACE basado en un ECA	Se evaluó el tratamiento de la demencia post-diagnóstico y la coordinación de la atención en 1) clínicas de memoria en comparación con 2) atención médica general. Se basa en un ensayo aleatorio multicéntrico con 175 comunidades donde viven los pacientes recién diagnosticados con demencia leve a moderada, y sus cuidadores informales, con doce meses de seguimiento.	ACE con perspectiva social con derivaciones de utilidades EQ-5D	En comparación con el cuidado de los médicos generales, el tratamiento de las clínicas de la memoria resultó en promedio € 1.024 más barato (IC del 95%: -€7.723 a € 5.674), y mostró una disminución no significativa de 0,025 (IC del 95%: -0,114 a 0,064) QALYs. El ICER fue -€ 41. 442 por QALY perdido si uno utilizara atención de clínicas de la memoria en lugar de atención médica general.	No se encontró evidencia de que las clínicas de memoria sean más costo-efectivas en comparación con los médicos generales en relación con el tratamiento después del diagnóstico y la coordinación de la atención de los pacientes con demencia en el primer año después del diagnóstico.
<i>Banerjee S, Wittenberg R</i>  <i>UK</i>  <i>International</i>	<b><i>Clinical and cost effectiveness of services for early diagnosis and intervention in dementia</i></b>  <b>Tipo de estudio:</b> ACE y	La intervención incluyó un equipo multidisciplinario e interinstitucional responsable del diagnóstico precoz de la demencia en una población definida. Además del	Modelo para estimar el ahorro de costos asociados con el retraso en la admisión a los hogares de cuidado, como resultado de la	La intervención costó aproximadamente £ 220 millones al año, en Inglaterra, y se estimó que impidió entre el 6% y el 20% de los ingresos a casas de cuidado.	Basada en la mejor evidencia disponible, hay una justificación clara para el desarrollo de un servicio a nivel nacional para el diagnóstico precoz y la

Ref/año/país	Título estudio	Intervenciones /elegibilidad	Métodos de análisis	Resultados de costo-efectividad	Conclusiones de los autores o CRD
<i>Journal of Geriatric Psychiatry</i> 2009; 24(7): 748-754	ACU	diagnóstico, el equipo proporciona información y ayuda médica, psicológica y social directa a las personas con demencia y sus cuidadores familiares.	intervención. Horizonte temporal de 10 años, perspectiva social. Eficacia: derivados de estudios publicados. <i>Outcomes</i> : reducción de días-cama en casa de cuidado, QALY ganados (con datos de utilidades publicados. Datos de costos de UK (personal y gastos generales) tasa de descuento (TD): 3,5% anual. No hubo análisis de la incertidumbre.	Si la intervención se tradujera en una reducción del 10% en los ingresos, esta resulta casi costo-ahorrativa en el décimo año. Con una ganancia de entre 0,01 y 0,02 QALY por persona por año, la intervención presenta un valor presente neto positivo en el año 10.	intervención en la demencia.  CDR Observaciones finales: En general, hubo algunas limitaciones en la metodología y la información del estudio, por lo que las conclusiones de los autores deben ser consideradas con cautela.
<b>Intervenciones farmacológicas</b>					
Romeo et al.  <i>UK/hospital and community.</i>  <i>British Journal of Psychiatry</i> 2013; 202(2): 121-128	<b><i>Cost-effectiveness analyses for mirtazapine and sertraline in dementia: randomised controlled trial</i></b>  <b>Tipo de estudio:</b> ACE basado en un ECA (339 pacientes)	Sertralina y mirtazapina para el tratamiento de la depresión en pacientes con demencia. La comparación fue placebo. Todos los participantes recibieron cuidado normal. Las dosis diana fueron de 150 mg de sertralina o 45 mg de mirtazapina al día, con titulación durante ocho semanas; de acuerdo con los ajustes del clínico.	ACE en un horizonte de más de 39 semanas. Se adoptaron dos perspectivas: la de los organismos de salud y asistencia social; y la de los organismos de salud y de atención social y los cuidadores no remunerados. Costo efectividad: usando <i>Cornell Scale for Depression in Dementia</i> (CSDD) a las 13 y 39 semanas Costo utilidad: con QALYs	Excluyendo los cuidados informales, la mirtazapina dominó a la sertralina, ya que era más eficaz y menos costosa. Incluyendo cuidados informales, el costo incremental de una unidad de mejora en CSDD, en comparación con placebo, fue de £ 14.100 para la sertralina, y £ 1.382 para la mirtazapina; y £ 2.012 para la mirtazapina en comparación con la sertralina. El ICER/QALY ganado, en comparación con el placebo, fue de £ 23.500 para la sertralina, y £ 22.120 para la mirtazapina. La mirtazapina	Para la primera perspectiva, los autores concluyen que ninguna de las 2 intervenciones era costo-efectiva en la reducción de los índices de depresión, pero si se analizan los costos de los cuidadores no remunerados y la calidad de vida (2da perspectiva), la mirtazapina parecía ser costo-efectiva.

<b>Ref/año/país</b>	<b>Título estudio</b>	<b>Intervenciones /elegibilidad</b>	<b>Métodos de análisis</b>	<b>Resultados de costo-efectividad</b>	<b>Conclusiones de los autores o CRD</b>
				dominó a la sertralina.	
ACE: Análisis de Costo Efectividad; CDR: Centre for Research and Dissemination; ECA: Evaluación de Evaluación; EE: Evaluación Económica; EQ-5D: Encuesta Europea de Calidad de Vida de 5 dimensiones; ICER: Relación de Costo Efectividad Incrementa; QALY: Quality-Adjusted Life-years; RSL: Revisión sistemática de la literatura					