



Documento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias – Informe de Respuesta Rápida N° 672

Rehabilitación cognitiva en déficit cognitivo secundario a lesión cerebral traumática, accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer leve y demencia vascular

Evidencia	Beneficio neto	Costo-efectividad e impacto presupuestario
☐ Alta	☐ Mayor	☐ Favorable
☐ Moderada	☐ Considerable	☒ Incierto
☒ Baja	☒ Menor*	☐ No favorable
☐ Muy baja / Nula	☒ Marginal/Nulo/Incierto	



La información disponible es contraria a la incorporación de esta tecnología

Para ver el detalle sobre las definiciones de los dominios, sus categorías y la ponderación sumaria utilizada ver el Anexo I.

*La rehabilitación cognitiva, basada en el entrenamiento de la memoria, versus no tratamiento en déficit cognitivo secundario a accidente cerebrovascular y esclerosis múltiple.

*Este documento fue realizado por el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) a pedido de las instituciones públicas, de la seguridad social y privadas de Latinoamérica que forman parte del consorcio de evaluación de tecnologías de IECS. www.iecs.org.ar/consorcios. Para citar este informe: Donato M, Augustovski F, Pichon-Riviere A, García Martí S, Alcaraz A, Bardach A, Ciapponi A. **Rehabilitación cognitiva en déficit cognitivo secundario**. Documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Informe de Respuesta Rápida N° 672, Buenos Aires, Argentina. Agosto 2018. ISSN 1668-2793. Disponible en www.iecs.org.ar.*

CONCLUSIONES

La evidencia incluida presenta mucha heterogeneidad entre grupos de pacientes, así como abarca intervenciones muy heterogéneas y muchas veces difíciles de agrupar.

Evidencia de baja calidad sugiere que la rehabilitación cognitiva podría no mejorar a corto plazo la vuelta al trabajo, la integración comunitaria autorreportada, la calidad de vida y varias escalas cognitivas en pacientes con déficits cognitivos secundarios a lesiones cerebrales traumáticas, enfermedad de Alzheimer leve y demencia vascular. Evidencia de baja calidad sugiere que la rehabilitación cognitiva basada en el entrenamiento de la memoria podría mejorar la valoración subjetiva de la memoria a corto plazo en pacientes con déficit cognitivo secundario a accidente cerebrovascular, aunque este beneficio no se mantiene a largo plazo. En caso de pacientes con déficit cognitivo secundario a esclerosis múltiple, evidencia de baja calidad sugiere que podría mejorar la memoria a corto y largo plazo. También en pacientes con déficit cognitivo secundario a esclerosis múltiple, la rehabilitación cognitiva frente a cualquier control podría mejorar a corto plazo la memoria y el trabajo de memoria.

No se identificaron evaluaciones económicas sobre rehabilitación cognitiva en las indicaciones evaluadas.

Todas las guías de práctica clínica relevadas proveniente de países de altos ingresos recomiendan la rehabilitación cognitiva en pacientes con déficit cognitivo secundario a lesión cerebral traumática. Para déficit cognitivo secundario a accidente cerebrovascular la mayoría de las guías recomiendan la rehabilitación cognitiva y una no la recomienda. Para déficit cognitivo secundario esclerosis múltiple una guía la recomienda y otra no la menciona. La Sociedad Neurológica Argentina no menciona la rehabilitación cognitiva en su guía de práctica clínica para la enfermedad de Alzheimer. Es de mencionar que las propias guías reconocen que la calidad de la evidencia no es adecuada; y es por ello que las recomendaciones no son fuertes en su favor.

En Argentina, la Superintendencia de Servicios de Salud no menciona la rehabilitación cognitiva en el Programa Médico Obligatorio y no es reembolsada por el Sistema Único de Reintegro.

COGNITIVE REHABILITATION IN SECONDARY COGNITIVE IMPAIRMENT

CONCLUSIONS

The evidence included is very heterogeneous in the patient groups, and it includes very heterogeneous interventions, which many times are difficult to group.

Low-quality evidence suggests that cognitive rehabilitation might not improve at short term the return to work, self-reported community integration, quality of life and several cognitive scales in patients with cognitive impairment secondary to traumatic brain lesions, Alzheimer's disease and vascular dementia. Low-quality evidence suggests that cognitive rehabilitation based on memory training might improve subjective assessment of memory at short term in patients with cognitive impairment secondary to stroke, even though this benefit is not maintained at long term. In the case of patients with cognitive impairment secondary to multiple sclerosis, low-quality evidence suggests it might improve short and long term memory. Also, in patients with cognitive impairment secondary to multiple sclerosis, cognitive rehabilitation when compared with any other control might improve memory and working memory at short term.

No economic evaluations of cognitive rehabilitation for the indications assessed have been identified.

All the clinical practice guidelines from high-income countries consulted recommend cognitive rehabilitation in patients with cognitive impairment secondary to a traumatic brain lesion. For cognitive impairment secondary to stroke, most guidelines recommend cognitive rehabilitation and one of them does not mention it. The Argentine Neurology Society does not mention cognitive rehabilitation in its clinical practice guideline for Alzheimer's disease.

In Argentina, the Superintendence of Health Services does not mention cognitive rehabilitation in the Mandatory Medical Plan and it is not reimbursed by the Reimbursement Unique System.

To cite this document in English: Donato M, Augustovski F, Pichon-Riviere A, García Martí S, Alcaraz A, Bardach A, Ciapponi A. *Cognitive rehabilitation in secondary cognitive impairment*. Health Technology Assessment, Rapid Response Report N° 672, Buenos Aires, Argentina. August 2018. ISSN 1668-2793. Available in www.iecs.org.ar.

1. Contexto clínico

La cognición se define como el proceso de conocer. Incluye la discriminación y la selección de información relevante, adquisición de información, comprensión, retención, expresión y aplicación del conocimiento en la situación apropiada. La discapacidad cognitiva puede expresarse en la reducción de la eficiencia, el ritmo y la persistencia del funcionamiento, la disminución de la eficacia en el desempeño de las actividades de la vida cotidianas; o falta de adaptación a situaciones nuevas o problemáticas.¹

El déficit cognitivo es una causa importante de discapacidad después de una lesión cerebral traumática (LCT) y accidente cerebrovascular (ACV), también puede estar presente en enfermedades neurológicas, como es el caso de la esclerosis múltiple (EM) y enfermedad de Alzheimer (EA).¹ Se estima de que la LCT y ACV se han convertido en los principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo, y particularmente el ACV constituye la primer causa de invalidez, segunda en demencia y la tercera en muerte dentro del conjunto de las enfermedades neurológicas.^{2,3} Para pacientes con EM la prevalencia problemas cognitivos, que incluyen disfunciones en la memoria, atención, velocidad de procesamiento de la información y funciones ejecutivas, varía de 43% a 72%.⁴

Esta deficiencia impide la capacidad de una persona para realizar sus ocupaciones en la vida cotidiana, que no solo se refiere al empleo remunerado, sino también a las actividades que se desempeña en su vida cotidiana, como el trabajo, el cuidado personal, actividades de ocio o participación social.²

Existen actualmente diversas técnicas de rehabilitación que se proponen útiles para reducir el grado de incapacidad en diferentes condiciones, buscando una mejor calidad de vida e independencia de los pacientes. La rehabilitación cognitiva corresponde al área de la rehabilitación neurológica abocada a la restitución de funciones neurológicas cognitivas no-motoras tales como: memoria, atención, percepción espacial, praxia, cálculo, lenguaje, etc. Se distingue de la rehabilitación tradicional y la psicoterapia por su enfoque en el alivio del deterioro neurocognitivo adquirido y la discapacidad.¹

Se postula que la rehabilitación cognitiva en pacientes con déficit cognitivo secundario mejoraría su desempeño en su vida cotidiana y calidad de vida.

2. Tecnología

La rehabilitación cognitiva se define como un servicio orientado de las actividades terapéuticas basadas en la evaluación y comprensión de los déficits conductuales cerebrales destinada a mejorar el desempeño cognitivo de los pacientes. La rehabilitación cognitiva puede dirigirse a muchas áreas de la cognición, que incluyen la atención, concentración, percepción, memoria, comprensión, comunicación, razonamiento, resolución de problemas, juicio, iniciación, planificación, autocontrol y conciencia, etc.¹

Este proceso debe ser individual y perfectamente adaptado al déficit y a cada paciente. El problema central de la rehabilitación es la generalización, o sea, trasladar los eventuales logros en las sesiones de rehabilitación a las actividades de la vida diaria.⁵ Las intervenciones específicas pueden tener varios enfoques e incluyen métodos para restaurar funciones cognitivas, así como técnicas para compensar los déficits. Esto podría lograrse mediante diversos enfoques, entre los que se incluyen reforzar, fortalecer o restablecer patrones de conducta previamente aprendidos; establecer nuevos patrones a través de mecanismos compensatorios internos; establecer nuevos patrones de actividad

a través de mecanismos compensatorios externos tales como la estructuración y el apoyo ambiental y permitir a las personas adaptarse a su discapacidad cognitiva sin establecer ningún nuevo patrón de actividad sino con los patrones existentes.²

3. Objetivo

El objetivo del presente informe es evaluar la evidencia disponible acerca de la eficacia, seguridad y aspectos relacionados a las políticas de cobertura del uso de la rehabilitación cognitiva para pacientes con déficit cognitivo secundario a lesión cerebral traumática, accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer y demencia vascular.

4. Métodos

Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos bibliográficas, en buscadores genéricos de internet, y financiadores de salud. Se priorizó la inclusión de revisiones sistemáticas (RS), ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECAs), evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS), evaluaciones económicas, guías de práctica clínica (GPC) y políticas de cobertura de diferentes sistemas de salud.

En PubMed se utilizó la estrategia de búsqueda que se detalla en el Anexo I.

En CRD (del inglés *Centre for Reviews and Dissemination- University of York*), en *Tripdatabase*, en los sitios web de financiadores de salud y de sociedades científicas, así como en los buscadores genéricos de internet se buscó con el nombre de la tecnología y sus sinónimos y/o la patología.

La evaluación y selección de los estudios identificados en la búsqueda bibliográfica fue realizada sobre la base de los criterios presentados en la Tabla 1. Se presenta en la Figura 1 del Anexo I el diagrama de flujo de los estudios identificados y seleccionados.

La metodología utilizada en la matriz de valoración y sección de conclusiones se describe también en el Anexo I.

Tabla 1. Criterios de inclusión. Pregunta PICO

Población	Pacientes con déficit cognitivo secundario a lesión cerebral traumática, accidente cerebro vascular, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer y demencia vascular.
Intervención	Rehabilitación cognitiva.
Comparador	No tratamiento u otro tratamiento.
Resultados (en orden decreciente de importancia)	Eficacia: vuelta al trabajo, integración en la comunidad, calidad de vida, mejora en la memoria, en la atención, estado de ánimo, etc.
Diseño	Revisiones sistemáticas y meta-análisis, ensayos clínicos controlados aleatorizados, informes de evaluación de tecnologías, evaluaciones económicas, guías de práctica clínica, políticas de cobertura.

5. Resultados

Se incluyeron seis RS, diez GP y 25 informes de políticas de cobertura de la rehabilitación cognitiva para pacientes con déficit cognitivo secundario a lesión cerebral traumática, accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer y demencia vascular.

5.1 Eficacia y seguridad

Lesión cerebral traumática

Kumar y cols. publicaron en 2017 una RS con MA Cochrane con el objetivo de evaluar el efecto de la rehabilitación cognitiva en la mejora de resultados laborales para adultos con LCT.² Se incluyeron nueve ECAs (n=790), de baja o muy baja calidad, que evaluaban la vuelta al trabajo, la integración en la comunidad y calidad de vida. La rehabilitación cognitiva no demostró beneficios frente a la ausencia de tratamiento en la vuelta al trabajo a las 14 semanas (datos sobre el logro del trabajo competitivo y medida por varias escalas) con un RR 1,80 (IC 95%: 0,74 – 4,39). Tampoco mostró beneficios en la integración comunitaria autorreportada a un mes de seguimiento (medida con la escala de reintegración psicosocial de Sydney⁶), con una diferencia de medias (DM -2,90; IC 95%: -12,57 - 6,77) y no hubo diferencias en la calidad de vida inmediatamente después de la intervención de 12 semanas medido por la escala Life-3⁷ (DM 0,30; IC 95%: -0,18 - 0,78). No hubo diferencias entre la rehabilitación cognitiva y el tratamiento convencional sin terapia cognitiva en la vuelta al trabajo a los seis meses de seguimiento, tampoco hubo diferencias para la escala independencia en la actividad de la vida diaria a las tres o cuatro semanas de seguimiento, ni para la integración en la comunidad a tres semanas y seis meses de seguimiento ni en la calidad de vida a los seis meses de seguimiento en un estudio.

Accidente cerebrovascular

das Nair y cols. publicaron en 2016 una RS y MA Cochrane con el objetivo de evaluar la rehabilitación cognitiva basada en el entrenamiento de la memoria frente al no entrenamiento de la memoria en pacientes con déficit cognitivo secundario a un ACV.⁸ Se incluyeron 13 ECAs (n=514) de muy baja a moderada calidad. La valoración subjetiva de la memoria, medida por varias escalas, fue mejor a corto plazo (Diferencia de Media Estandarizada (DME) 0,36; IC 95%: 0,08 - 0,64; p=0,01; I²=0,0%) pero no el largo plazo (DME 0,31; IC 95%: -0,02 - 0,64; p=0,06; I²=0,0%) para la rehabilitación cognitiva frente al no entrenamiento. No hubo mejoras significativas en la valoración objetiva de la memoria, el estado de ánimo, habilidades funcionales o calidad de vida al corto y largo plazo.

Gillespie y cols. publicaron en 2014 una revisión panorámica con el objetivo de proporcionar una visión general sobre la evidencia de la efectividad de la rehabilitación cognitiva para pacientes con déficit cognitivo secundario a un ACV, y determinar las principales brechas en la base de evidencia actual.⁹ Se incluyeron seis RS Cochrane con un total de 1500 pacientes. Para el déficit de atención, un MA (Loetscher 2013) halló una mejoría a corto plazo en la atención dividida (DME 0,67; IC 95%: 0,35 – 0,98; p<0,01) frente a rehabilitación usual, pero sin diferencias en la alerta, la atención selectiva, la atención sostenida, etc, ni para cualquier resultado a largo plazo. Con respecto a la valoración de la memoria, una RS (Nair 2007) que incluyó dos ECAs (n=18), no encontró mejoría significativa posteriores a la rehabilitación cognitiva. Para pacientes con heminegligencia espacial secundario a ACV, una RS (Bowen 2013) incluyó 23 ECAs (n=628) y evaluó la rehabilitación cognitiva frente a tratamiento estándar. Se encontró una mejoría significativa a corto plazo en la heminegligencia (DME 0,35; IC 95%: 0,09 – 0,62; p<0,05) pero este beneficio no se mantuvo a largo plazo, ni en su efecto en las actividades de la vida diaria. Para la praxia motora una RS (West 2008)

que incluyó tres ECAs (n=132) halló una mejoría significativa en las actividades de la vida diaria a corto plazo en el grupo que recibió rehabilitación cognitiva frente a tratamiento estándar (DM 1,28; IC 95%: 0,19 – 2,38; p=0,02); este beneficio no se mantuvo a los seis meses del tratamiento.

Esclerosis múltiple

das Nair y cols. publicaron en 2016 una RS y MA Cochrane con el objetivo de evaluar la rehabilitación de la memoria frente al no tratamiento en pacientes con esclerosis múltiple.⁴ Se incluyeron 15 ECAs y cuasi experimentales (n=989) de muy baja a alta calidad. Las intervenciones involucraron varias técnicas de reentrenamiento de memoria, tales como programas computarizados y capacitación en ayudas de memoria internas y externas. Los grupos de control fueron variados como grupos de evaluación solamente, de discusión y juegos, de reentrenamiento cognitivo no específico, y atención o formación visoespacial. Se encontraron diferencias significativas en las evaluaciones objetivas de la memoria en los seguimientos a corto y largo plazo (DME 0,23; IC 95%: 0,05 - 0,41; p=0,01; I²=0,0% y DME 0,26; IC 95%: 0,03 - 0,49; p=0,03; I²=0,0% respectivamente). También se encontraron diferencias significativas para la calidad de vida a corto plazo (DME 0,23; IC 95%: 0,05 - 0,41; p=0,01; I²=0,0%) a favor la rehabilitación de la memoria, pero para las actividades de la vida diaria a largo plazo (DME - 0,33; IC 95%: -0,63 a -0,03; p=0,03; I²=0,0%) fue a favor al no tratamiento. No se encontraron diferencias significativas a corto y largo plazo en informes subjetivos de problemas de memoria, en el estado de ánimo y en seguimiento inmediato para actividades de la vida diaria.

Rosti-Otajärvi y cols. publicaron en 2014 una RS y MA Cochrane con el objetivo de evaluar los efectos de la rehabilitación neuropsicológica o cognitiva (entrenamiento cognitivo) para factores relacionados con la salud, como el desempeño cognitivo y bienestar emocional, en pacientes con esclerosis múltiple.¹⁰ Se incluyeron 20 ECAs y cuasi experimentales, de calidad baja o muy baja, que comprenden 966 sujetos. El entrenamiento cognitivo frente a cualquier control (no control y/u otra intervención) mejoró significativamente a corto plazo la memoria (DME 0,54; IC 95%: 0,20 - 0,88; p<0,01) y el trabajo de memoria (DME 0,33; IC 95%: 0,09 - 0,57; p<0,01), pero no mejoró la memoria verbal inmediata, la memoria visual inmediata, la velocidad de procesamiento y la función ejecutiva a corto plazo, y a corto y largo plazo la atención, la memoria retrasada y la función verbal. El entrenamiento cognitivo combinado con otros métodos de rehabilitación neuropsicológica frente a otros métodos mejoró a corto plazo la atención (DME 0,15; IC 95%: 0,01 – 0,28; p=0,03), memoria verbal inmediata (DME 0,31; IC 95%: 0,08 – 0,54; p<0,01) y memoria retrasada (DME 0,22; IC 95%: 0,02 - 0,42; p=0,03).

Enfermedad de Alzheimer y demencia vascular

Bahar-Fuchs y cols. publicaron en 2013 una RS y MA Cochrane con el objetivo de evaluar la efectividad e impacto del entrenamiento cognitivo y la rehabilitación cognitiva para personas con enfermedad de EA leve o demencia vascular.¹¹ Se incluyeron once ECAs en relación con importantes resultados cognitivos y no cognitivos. El entrenamiento cognitivo frente al control (no entrenamiento, lista de espera y controles activos sin entrenamiento cognitivo) a corto plazo no mejoró las medidas globales de la cognición utilizadas (n=173), el cambio de la capacidad para actividades de la vida diaria (n=107), en el cambio de humor autoreportado (n=114) y el cambio de puntaje de memoria verbal inmediata (n= 201). La calidad general de los ensayos fue baja a moderada.

5.2 Evaluaciones de tecnologías sanitarias

La Agencia Canadiense de Drogas y Tecnologías en Salud (CADTH, su sigla del inglés *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*) publicó en 2016 un reporte de respuesta rápida con el objetivo de identificar la mejor evidencia sobre la eficacia clínica, la costo-efectividad y las guías de práctica

clínicas de las intervenciones de rehabilitación multidisciplinaria e interdisciplinaria para pacientes con lesiones cerebrales adquiridas.¹²

5.3 Costos de la tecnología

No se identificaron evaluaciones económicas sobre rehabilitación cognitiva en las indicaciones evaluadas.

5.4 Guías de práctica clínica y políticas de cobertura

A continuación, se detalla el contenido de las políticas de cobertura, guías de práctica clínica y recomendaciones de sociedades científicas de diferentes países de Latinoamérica y el mundo. Para favorecer la comparación, se muestran sintéticamente en la Tabla 2.

No se realizó un ejemplo de política de cobertura ya que el resultado de este documento basado en la evidencia científica no avala la utilización de esta tecnología en ninguna indicación

Las GPC relevadas proveniente de países de altos ingresos recomiendan la rehabilitación cognitiva en sujetos con LCT y ACV, una GPC estadounidense la recomienda para EM pero no la menciona el Instituto Nacional por la Excelencia en Salud y Cuidado (NICE, su sigla del inglés *National Institute for Health and Care Excellence*), la Sociedad Neurológica Argentina no la recomienda para EA.¹³⁻²² La GCP para la rehabilitación de adultos con LCT de moderada a severa de la Fundación de Neurotrauma de Ontario (ONF, su sigla del inglés *Ontario Neurotrauma Foundation*) y la GPC del grupo internacional de investigadores y clínicos, conocido como INCOG, recomiendan ofrecer rehabilitación cognitiva a los pacientes con déficit cognitivo secundario a LCT.^{13,14} Las GPC de la Red Escocesa de Directrices Intercolegiales (SIGN, su sigla del inglés *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) para LCT y la publicada por el Congreso Americano de Medicina de Rehabilitación (ACRM, su sigla del inglés *American Congress of Rehabilitation Medicine*) para LCT y ACV recomiendan la rehabilitación cognitiva en adultos con estas afecciones y proponen estrategias para el déficit de memoria, atención, funciones ejecutivas, visuoespacial, lenguaje y comunicación, y rehabilitación neuropsicológica holística integral.^{15,17} La GCP de NICE y de la Asociación Americana del Corazón y Asociación Americana de ACV (AHA/ASA, su sigla del inglés *American Heart Association/American Stroke Association*) recomiendan la rehabilitación cognitiva en sujetos con ACV para mejorar la atención, la memoria, la negligencia visual y el funcionamiento ejecutivo; la SIGN concluye que hay evidencia insuficiente para recomendar o refutar la rehabilitación cognitiva en pacientes con problemas de atención y memoria.^{16,18,19} La GPC de NICE no menciona la rehabilitación cognitiva para EM, sin embargo la GPC de ACRM recomienda la misma para EM en el déficit de atención, aprendizaje y memoria, y halla evidencia insuficiente para el trabajo de memoria y velocidad de procesamiento, funciones ejecutivas y la metacognición.^{20,21} La GPC de la Sociedad Neurológica Argentina (SNA) no menciona la rehabilitación cognitiva como una estrategia no farmacológica para el tratamiento de EA.²²

En Argentina el Programa Médico Obligatorio (PMO) y el Sistema Único de Reintegro (SUR), y políticas de coberturas relevadas de Latinoamérica no contemplan la rehabilitación cognitiva en las indicaciones evaluadas.²³⁻²⁹ De los países relevados del resto del Mundo, Australia la incluye solo en ACV y los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, su sigla del inglés *Centers for Medicare and Medicaid Services*) de Estados Unidos la incluyen para LCT y ACV.³⁰⁻³⁴ Las políticas de cobertura privadas estadounidenses relevadas incluyen la rehabilitación cognitiva en LCT y ACV pero no en EM y EA.³⁵⁻³⁷

Tabla 2: Resumen de las políticas de cobertura y recomendaciones relevadas

Financiador o Institución		País	Año	Lesión cerebral traumática	Accidente cerebrovascular	Esclerosis múltiple	Enfermedad de Alzheimer
Políticas de Cobertura	ARGENTINA						
	Superintendencia de Servicios de Salud (PMO/SUR) ^{23,24}	Argentina	2004/2017	NM*/NM*	NM*/NM*	NM*/NM*	NM*/NM*
	OTROS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA						
	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologías no SUS ²⁵	Brasil	2018	NM	NM	NM	NM
	Agência Nacional de Saúde Suplementar ²⁶	Brasil	2018	NM	NM	NM	NM
	Garantías Explícitas en Salud (#) ²⁷	Chile	2016	NM*	NM*	NM*	NM*
	POS (#) ²⁸	Colombia	2018	NM*	NM*	NM*	NM*
	Fondo Nacional de Recursos (#) ²⁹	Uruguay	2018	NM*	NM*	NM*	NM*
	OTROS PAÍSES						
	Department of Health ³⁰⁻³³	Australia	2012	NM	Si	NM	NM
	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) ³⁸	Canadá	2018	NM	NM	NM	NM
	Haute Autorité de Santé (HAS) ³⁹	Francia	2018	NM	NM	NM	NM
	Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ³⁴	EE.UU.	2018	Si	Si	No	No
	Aetna ³⁵	EE.UU.	2018	Si	Si	No	No
	Anthem ³⁶	EE.UU.	2018	Si	Si	No	No
	Cigna ³⁷	EE.UU.	2014	Si	Si	No	No
	National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ⁴⁰	Reino Unido	2018	NM	NM	NM	NM
Guías de práctica	Ontario Neurotrauma Foundation (ONF) ¹³	Canadá	2016	Si	-	-	-
	INCOG ¹⁴	Internacional	2014	Sí	-	-	-
	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Lesión cerebral traumática/ accidente cerebrovascular. ^{15,16}	Escocia	2013/2010	Sí	No	-	-
	American Congress of Rehabilitation Medicine (ACRM). Lesión cerebral traumática y accidente cerebrovascular/esclerosis múltiple. ^{17,21}	EE.UU.	2011/2017	Si	Si	Si	-
	American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA) ¹⁸	EE.UU.	2016	-	Si	-	-
	National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Accidente cerebrovascular/ esclerosis múltiple. ^{19,20}	Reino Unido	2013/2014	-	Si	NM	-
	Sociedad Neurológica Argentina (SNA). ²²	Argentina	2011	-	-	-	NM

Fuente: Elaboración propia en base a las políticas de cobertura y recomendaciones relevadas. En aquellas celdas donde dice NM es porque la política relevada no hacía mención a la tecnología evaluada o no especifica la indicación para su utilización. En el caso de los listados positivos (#), se coloca "NM*" en color rojo.

Financiamiento: esta evaluación fue realizada gracias a los aportes de entidades públicas, organizaciones no gubernamentales y empresas de medicina prepaga para el desarrollo de documentos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Conflicto de interés: los autores han indicado que no tienen conflicto de interés en relación a los contenidos de este documento.

Informe de Respuesta Rápida: este modelo de informe constituye una respuesta rápida a una solicitud de información. La búsqueda de información se focaliza principalmente en fuentes secundarias (evaluaciones de tecnologías sanitarias, revisiones sistemáticas y meta-análisis, guías de práctica clínica, políticas de cobertura) y los principales estudios originales. No implica necesariamente una revisión exhaustiva del tema, ni una búsqueda sistemática de estudios primarios, ni la elaboración propia de datos. Esta evaluación fue realizada en base a la mejor evidencia disponible al momento de su elaboración. No reemplaza la responsabilidad individual de los profesionales de la salud en tomar las decisiones apropiadas a la circunstancias del paciente individual, en consulta con el mismo paciente o sus familiares y responsables de su cuidado. Este documento fue realizado a pedido de las instituciones sanitarias de Latinoamérica que forman parte del consorcio de evaluación de tecnologías de IECS.

Proceso de Consulta Pública. Con el objeto de que todos los actores relevantes puedan tener la posibilidad de contribuir, hay diferentes instancias de consulta pública: 1) Primera instancia: equipo IECS publica el inicio de cada documento en la web para que cualquiera envíe información; 2) Segunda instancia: los documentos se publican en forma preliminar abierta durante 60 días para que cualquier persona u organización pueda realizar comentarios o aportar información. Además, el equipo IECS identifica para cada tecnología una serie de organizaciones con mayor relación con la tecnología o problema de salud evaluado, a las que invita a participar activamente. Entre estas se encuentran sociedades científicas, sociedades de pacientes y la industria productora de la tecnología. Los aportes son evaluados y tenidos en cuenta para la elaboración de cada documento. De todos modos, el documento de ETS final es de exclusiva responsabilidad de los autores y del equipo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, quien incorporará eventuales modificaciones luego del proceso de consulta pública en el caso de considerarlo adecuado. La versión final del documento no implica que los actores invitados hayan realizado aportes o estén de acuerdo con el mismo.

Informe de Respuesta Rápida

Rehabilitación cognitiva en déficit cognitivo secundario

Actualización del documento N° 40

Fecha de realización: Julio del 2018

ISSN 1668-2793

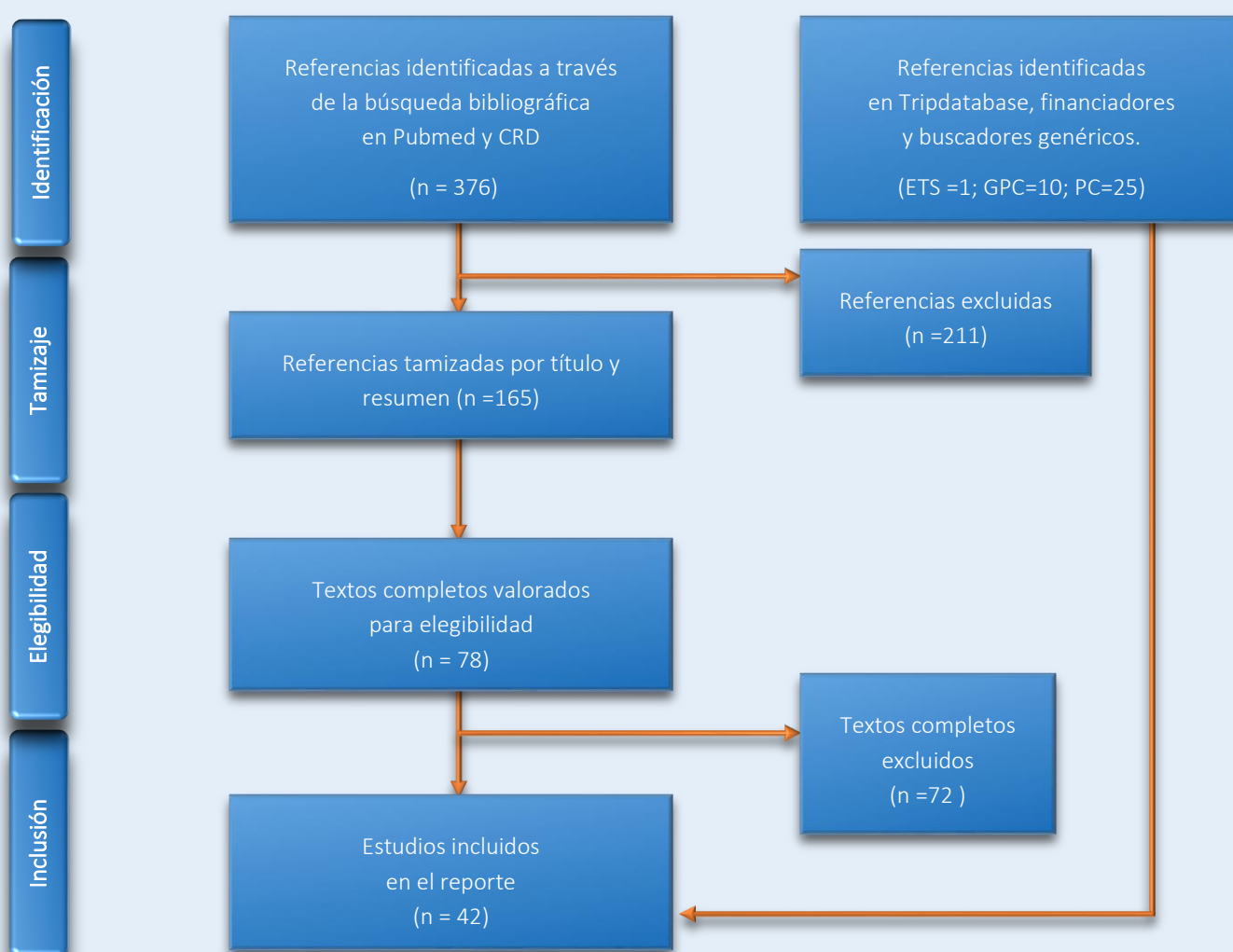
Si Ud. desea contactarnos por sugerencias, correcciones y/o modificaciones, puede comunicarse al Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria a través de los siguientes medios: Tel./Fax: (+54-11) 4777-8767. Mail: info@iecs.org.ar Formulario de contacto web: <http://www.iecs.org.ar/contacto/>

IECS – Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Derechos reservados. Este documento puede ser utilizado libremente sólo con fines académicos. Su reproducción por o para organizaciones comerciales solo puede realizarse con la autorización expresa y por escrito del Instituto.

Anexo I. METODOLOGÍA

La fecha de búsqueda de información fue hasta el 17 de Julio de 2018. Para la búsqueda en Pubmed se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda: Cognitive rehab*[tiab] AND (Systematic Review[sb] OR Systematic Review[tiab] OR Meta-Analysis[pt] OR Meta-Analys*[tiab] OR "Cochrane Database Syst Rev"[ta] OR Metaanalysis[tiab] OR Metanalysis[tiab] OR Sysrev_Methods[sb] OR (MEDLINE[tiab] AND Cochrane[tiab]) OR Guideline[pt] OR Practice Guideline[pt] OR Guideline*[ti] OR Guide Line*[tiab] OR Consensus[tiab] OR Recommendation*[ti] OR Randomized Controlled Trial[pt] OR Random*[ti] OR Controlled Trial*[tiab] OR Control Trial*[tiab] OR Technology Assessment, Biomedical[Mesh] OR Technology Assessment[tiab] OR Technology Appraisal[tiab] OR HTA[tiab] OR Overview[ti] OR (Review[ti] AND Literature[ti]))

Figura 1. Diagrama de flujo de los estudios identificados y seleccionados



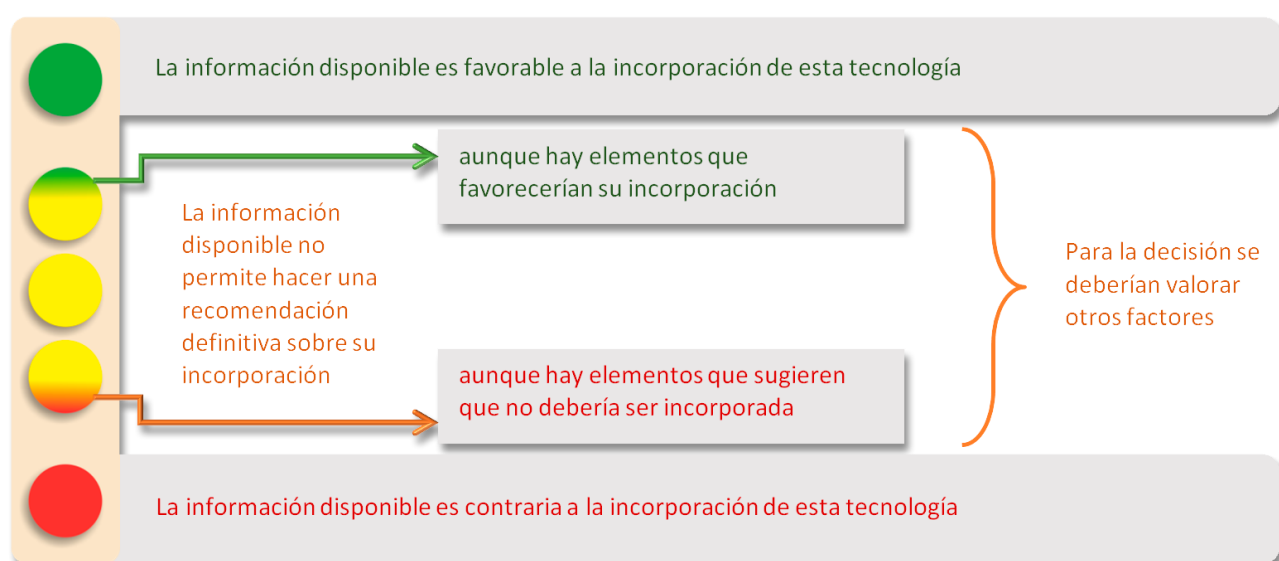
ETS, Evaluaciones de tecnologías sanitarias. GPC, Guías de práctica clínica. PC, políticas de cobertura.

Las conclusiones de este documento se acompañan de una matriz que categoriza los resultados finales en tres dominios:

1. **Calidad de la evidencia**, basada en la clasificación de GRADE (su sigla del inglés, *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)
2. **Beneficio neto** (resultante del beneficio y los efectos adversos), basado en el sistema de clasificación de IQWiG (del alemán, *Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*)
3. **Costo-efectividad e impacto presupuestario**, basado en una clasificación desarrollada por IECS.

Las definiciones utilizadas en cada dominio pueden visualizarse en la Tabla 2.

La ponderación de los tres dominios en una única escala de colores fue realizada a través de una metodología de consenso; y se representa en la siguiente escala:



Otros factores a valorar para la toma de decisión: se hace referencia a otros tópicos no considerados en la matriz que pueden influenciar el proceso de decisión para la incorporación de la nueva tecnología. Estos valores son diferentes entre distintas instituciones. Algunos de los factores que suelen ser identificados como prioritarios para la incorporación de nuevas tecnologías son los siguientes:

- Carga de enfermedad elevada atribuible a la patología para la que se aplica la tecnología
- Equidad
- Intervenciones preventivas
- Requerimientos organizacionales y capacidad para alcanzar a toda la población objetivo
- Aspectos socio culturales
- Tecnologías que aplican a enfermedades huérfanas o poco prevalentes
- Población destinataria pediátrica o mujeres embarazadas

Tabla 3. Matriz de Valoración de Resultados. Dimensiones cardinales incorporadas (A, B, C), y definición de cada estrato

A) Calidad de la evidencia	
Alta	Es muy improbable que futuras investigaciones cambien la estimación del efecto.
Moderada	Es probable que futuras investigaciones puedan cambiar la estimación del efecto.
Baja	Es muy probable que futuras investigaciones cambien la estimación del efecto.
Muy baja - Nula	Cualquier estimación del efecto es incierta.

La clasificación de la calidad de la evidencia está basada en GRADE (Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. *BMJ: British Medical Journal*. 2008;336(7650):924-926). La valoración de la calidad de la evidencia se realiza para la estimación central del beneficio neto. Diversos factores son tenidos en cuenta para valorar esta dimensión. En ocasiones, si existe un nivel de incertidumbre importante sobre esta estimación (como intervalo de confianza amplio) o dudas sobre la significancia clínica del beneficio neto, esto podría afectar la estimación de la calidad de la evidencia. A modo de ejemplo, si la estimación central, basada en estudios de alta calidad, muestra un beneficio neto clasificado como “Mayor” pero el IC 95% incluye una estimación del beneficio dentro del rango de “Considerable”, esto podría hacer bajar la Calidad de evidencia de “Alta” a “Moderada”.

B) Beneficio neto	
Mayor	▪ Sobrevida ($RR \leq 0,85$) ó ▪ Síntomas serios (o severos o complicaciones tardías) y eventos adversos serios/ Calidad de vida ($RR \leq 0,75$)
Considerable	▪ Sobrevida ($RR > 0,85$ y $\leq 0,95$) ▪ Síntomas serios (o severos o complicaciones tardías) y eventos adversos serios/ Calidad de vida ($RR > 0,75$ y $\leq 0,90$) ▪ Síntomas no serios (o no severos o complicaciones tardías) y eventos adversos no serios ($RR \leq 0,80$)
Menor	▪ Sobrevida ($RR > 0,95$ y < 1) ▪ Síntomas serios (o severos o complicaciones tardías) y eventos adversos serios/ Calidad de vida ($RR > 0,90$ y < 1) ▪ Síntomas no serios (o no severos o complicaciones tardías) y eventos adversos no serios ($RR > 0,80$ y $\leq 0,90$) ▪ Otros beneficios relevantes para el paciente o el sistema de salud (ejemplos: facilidad de aplicación, comodidad del tratamiento, duración del tratamiento, menor impacto organizacional, menores días de internación)
Marginal - Nulo - Incierto - Negativo	▪ Los beneficios son insignificantes ó no hay beneficio ó el mismo es incierto ó hay perjuicio.

El beneficio neto es la resultante de los beneficios menos los daños atribuibles a la intervención.

La clasificación fue realizada por IECS en base la metodología propuesta por el Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG *Methods Resources*. IQWiG *General Methods*. Cologne, Germany. 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0082853/>). Estas estimaciones del beneficio son orientativas y son interpretadas en el contexto de otros factores como el beneficio neto medido en términos absolutos, relevancia clínica de los mismos o historia natural de la condición. Por ejemplo, un RR o HR para mortalidad $< 0,85$ pero que implica una diferencia en sobrevida menor a tres meses podría ser interpretado como un beneficio neto “Considerable” o “Menor” en lugar de “Mayor”.

(continuación). Tabla 3. Matriz de Valoración de Resultados. Dimensiones cardinales incorporadas, y definición de cada estrato

C) Costo-efectividad e impacto presupuestario

Favorable	- Existe evidencia de adecuada calidad que muestra que es costo-ahorrativo en Argentina ó - Existe evidencia de adecuada calidad que muestra que es costo-efectivo* en Argentina y no representa un alto impacto presupuestario[§] ó - Cumple simultáneamente las siguientes cuatro condiciones: 1) el costo incremental respecto a su comparador no es elevado[¥], 2) la población afectada es pequeña[£], 3) la relación entre el tamaño del beneficio neto y el costo sugiere que podría ser costo-efectivo, y 4) no representa un alto impacto presupuestario[§].
Incierto	No cumple criterios para Favorable o para No favorable (esto incluye intervenciones costo-efectivas con impacto presupuestario elevado).
No favorable	- Existe evidencia de adecuada calidad que muestra que no es costo-efectivo en Argentina ó - Si bien no existe evidencia de adecuada calidad sobre su costo-efectividad en Argentina, hay suficientes elementos para pensar que NO sería costo-efectivo (por ejemplo el costo es alto en relación a su comparador y la relación entre el costo de la intervención y el tamaño del beneficio neto es claramente desfavorable –por ejemplo mayor a 3 PIB por año de vida o AVAC (año de vida ajustado por calidad); hay evidencia de que no es costo-efectivo en otros países; o fue explícitamente excluido de la cobertura de otros sistemas de salud por su impacto presupuestario y/o falta de costo-efectividad)

***Costo-efectivo:** se considera que una tecnología es costo-efectiva para Argentina si existen estudios realizados para el país considerados de buena calidad que estimen valores igual o menor a 1 producto bruto interno (PBI) per cápita por año ganado o AVAC.

[§]**Alto impacto presupuestario:** el impacto presupuestario anual esperado de incorporar la nueva tecnología es superior a 15 gastos anuales en salud per cápita cada 100.000 personas (representa un aumento en el gasto en salud superior al 0,015%).

[¥]**Elevado costo incremental respecto a su comparador:** superior a un gasto anual per cápita en salud en Argentina, o superior a un 25% del monto anual que se considera como catastrófico para un hogar (según definición OMS, que considera gasto catastrófico a un gasto mayor al 40% de los gastos no básicos de un hogar).

[£]**Población afectada pequeña:** hasta 15 casos cada 100.000 habitantes.

Este documento fue realizado en base a la plantilla versión 03/2018. Para más información ver: www.iecs.org.ar/metodosETS

BIBLIOGRAFÍA

1. Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. Dec 2000;81(12):1596-1615.
2. Kumar KS, Viswanathan A, Macaden AS. Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*. Jun 20 2017;6.
3. Rojas JI, Zurru MC, Patrucco L, Romano M, Riccio PM, E. C. Registro de enfermedad cerebrovascular isquémica. Sociedad Argentina de Cardiología. *Medicina (Buenos Aires)*. 2006;66 (6):547-551.
4. das Nair R, Martin KJ, Lincoln NB. Memory rehabilitation for people with multiple sclerosis. *The Cochrane database of systematic reviews*. Mar 23 2016;3.
5. Lorenzo Otero J, Fontán Scheitler L. La rehabilitación de los trastornos cognitivos. *Rev. méd. Urug.* 2001;17(2):133-139.
6. Bornhofen C, McDonald S. Comparing strategies for treating emotion perception deficits in traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation*. Mar-Apr 2008;23(2):103-115.
7. Andrews FM, Withey SB. Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality. . *New York: Plenum Pr.* 1976.
8. das Nair R, Cogger H, Worthington E, Lincoln NB. Cognitive rehabilitation for memory deficits after stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*. Sep 1 2016;9.
9. Gillespie DC, Bowen A, Chung CS, Cockburn J, Knapp P, Pollock A. Rehabilitation for post-stroke cognitive impairment: an overview of recommendations arising from systematic reviews of current evidence. *Clinical rehabilitation*. Feb 2015;29(2):120-128.
10. Rosti-Otajarvi EM, Hamalainen PI. Neuropsychological rehabilitation for multiple sclerosis. *The Cochrane database of systematic reviews*. Feb 11 2014(2).
11. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*. Jun 5 2013(6).
12. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Multidisciplinary and Interdisciplinary Rehabilitation Interventions for Patients with Acquired Brain Injuries: Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines. 2016; <https://www.cadth.ca/multidisciplinary-rehabilitation-interventions-patients-acquired-brain-injuries-clinical-0>. Accessed July 2018.
13. Ontario Neurotrauma Foundation (ONF). Guideline for Rehabilitation of adult with moderate to severe Traumatic Brain Injury. 2016; <https://braininjuryguidelines.org/modtosevere/>. Accessed July 2018.
14. Bayley MT, Tate R, Douglas JM, et al. INCOG guidelines for cognitive rehabilitation following traumatic brain injury: methods and overview. *The Journal of head trauma rehabilitation*. Jul-Aug 2014;29(4):290-306.
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Brain injury rehabilitation in adults. 2013; <http://www.sign.ac.uk/sign-130-brain-injury-rehabilitation-in-adults.html>. Accessed July 2018.
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline. 2010; <http://www.sign.ac.uk/assets/sign118.pdf>. Accessed July 2018.
17. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. Apr 2011;92(4):519-530.
18. American Heart Association/American Stroke Association. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. 2016; <http://stroke.ahajournals.org/content/47/6/e98>. Accessed July 2018.
19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke rehabilitation in adults. 2013; <https://www.nice.org.uk/guidance/CG162>. Accessed July 2018.
20. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multiple sclerosis in adults: management. 2014; <https://www.nice.org.uk/guidance/cg186>. Accessed July 2018.
21. Goverover Y, Chiaravalloti ND, O'Brien AR, DeLuca J. Evidenced-Based Cognitive Rehabilitation for Persons With Multiple Sclerosis: An Updated Review of the Literature From 2007 to 2016. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. Feb 2018;99(2):390-407.
22. Sociedad Neurológica Argentina (SNA). Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. 2011; http://www.sna.org.ar/web/admin/art_doc/195/Guia_de_Practica_Clinica_Enfermedad_de_Alzheimer.pdf. Accessed July 2018.
23. Ministerio de Salud. Salud Pública. Resolución 310/2004. Programa Médico Obligatorio (PMO). Catálogo de Prestaciones. Anexo II. 2004; <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73649/res201-2002MS-anexoII.htm>. Accessed July 2018.

24. Superintendencia de Servicios de Salud. Sistema Unico de Reintegro (S.U.R). Resolución 046/2017. Anexo III. 2017;
<https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/anexos/158769/20170208>. Accessed July 2018.
25. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Reabilitação cognitiva. 2018;
<http://conitec.gov.br/busca?searchword=reabilita%C3%A7%C3%A3o%20cognitiva&searchphrase=all>. Accessed July 2018.
26. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Reabilitação cognitiva. 2018;
<http://www.ans.gov.br/resultado-da-busca?f=1&q=REABILITA%C3%87%C3%83O+COGNITIVA&Search=>. Accessed July 2018.
27. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Listado de prestaciones específicas. Anexo Decreto. Régimen de Garantías Explícitas en Salud 2016 - 2018. 2016;
https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/Lep_incluye-Decreto-8-de-2018.pdf. Accessed July 2018.
28. Ministerio de Salud. Colombia. Plan de Beneficios de Salud. 2018;
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=&k=rehabilitaci%C3%B3n%20cognitiva#k=%20Crehabilitaci%C3%B3n%20cognitiva>. Accessed July 2018.
29. Fondo Nacional de Recursos. Uruguay. 2018;
<http://www.fnr.gub.uy/search/node/rehabilitaci%C3%B3n%20cognitiva>. Accessed July 2018.
30. Australian Government. Department of Health. Traumatic Brain Injury. 2018;
<http://search.health.gov.au/s/search.html?collection=health&profile=health&query=cognitive+rehabilitation+traumatic+brain+injury>. Accessed July 2018.
31. Australian Government. Department of Health. Review of Cardiovascular Disease Programs. 2012;
<http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/cardio-pubs-review~cardio-pubs-review-04-recs~cardio-pubs-review-04-recs-1-detrecs~cardio-pubs-review-04-recs-1-detrecs-2-addrecs>. Accessed July 2018.
32. Australian Government. Department of Health. Multiple Sclerosis. 2018;
<http://search.health.gov.au/s/search.html?collection=health&profile=health&query=cognitive+rehabilitation+multiple+sclerosis>. Accessed July 2018.
33. Australian Government. Department of Health. Alzheimer disease. 2018;
<http://search.health.gov.au/s/search.html?collection=health&profile=health&query=cognitive+rehabilitation+alzheimer+disease>. Accessed July 2018.
34. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Proposed Local Coverage Determination. Cognitive rehabilitation. 2018; https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/lcd-details.aspx?LCDId=36903&ContrId=297&ver=11&ContrVer=1&CtrctrSelected=297*1&Ctrctr=297&DocType=AllProposed&bc=AAAAAAQAAAAA&. Accessed July 2018.
35. Aetna. 2018; http://www.aetna.com/cpb/medical/data/200_299/0214.html. Accessed July 2018.
36. Anthem. Cognitive rehabilitation. 2018;
https://www.anthem.com/medicalpolicies/policies/mp_pw_a050520.htm. Accessed July 2018.
37. Cigna. Cognitive rehabilitation. 2014;
https://www.supercoder.com/webroot/upload/general_pages_docs/document/mm_0124_coverage_positioncriteria_cognitive_rehabilitation.pdf. Accessed July 2018.
38. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Cognitive rehabilitation. 2018;
https://www.cadth.ca/search?keywords=COGNITIVE+REHABILITATION+&sort=&amount_per_page=10&email_address=&page=8. Accessed July 2018.
39. Haute Autorité de Santé (HAS). Cognitive rehabilitation. 2018; https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_39085/en/recherche?portlet=c_39085&text=cognitive+rehabilitation&opSearch=&lang=en&portal=c_2566858. Accessed July 2018.
40. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Cognitive rehabilitation.
<https://www.nice.org.uk/search?q=cognitive+rehabilitation>. Accessed July 2018.