



# ENFOQUES TERAPÉUTICOS DE MANEJO DE CASOS PARA EL APOYO DOMICILIARIO DE PACIENTES CON DEMENCIA

USADO CON PERMISO DE JOHN WILEY & SONS, LTD. © JOHN WILEY & SONS, LTD.

Cómo citar la revisión: Enfoques terapéuticos de manejo de casos para el apoyo domiciliario de pacientes con demencia (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 1. Art. No.: CD008345. DOI: 10.1002/14651858.CD008345

## RESUMEN

### Antecedentes

Se calcula que hay más de 35 000 000 de personas que viven con demencia en el mundo y los costos sociales son muy elevados. El manejo de casos es una intervención compleja utilizada ampliamente y altamente promovida para la organización y la coordinación de la atención al nivel del individuo, con la intención de prestar atención a largo plazo para pacientes con demencia en la comunidad como una alternativa al ingreso temprano en un centro de atención o en el hospital.

### Objetivos

Evaluar la efectividad de los enfoques terapéuticos de manejo de casos para el apoyo domiciliario de pacientes con demencia, desde la perspectiva de las diferentes personas involucradas (pacientes, cuidadores y personal) en comparación con otras formas de tratamiento, incluido el "tratamiento habitual", el tratamiento comunitario estándar y otras intervenciones diferentes al manejo de casos.

### Estrategia de búsqueda

Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos hasta el 31 diciembre 2013: ALOIS, registro especializado del Grupo Cochrane de Demencia y Trastornos Cognitivos (*Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group*), The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, LILACS, Web of Science (incluyendo *Science Citation Index Expanded* (SCI-EXPANDED) y *Social Science Citation Index*), *Campbell Collaboration/SORO database* y el registro especializado del Grupo Cochrane para una Práctica y Organización Sanitaria Efectivas (*Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*). Se actualizó esta búsqueda en marzo 2014, pero los resultados aún no se han incorporado.

### Criterios de selección

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) de las intervenciones de manejo de casos para pacientes con demencia que viven en la comunidad y sus cuidadores. Se examinaron las

intervenciones para asegurar que se centraran en la planificación y la coordinación de la atención.

### Obtención y análisis de los datos

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar requeridos por la Colaboración Cochrane. Dos autores de la revisión extrajeron los datos de forma independiente y realizaron las evaluaciones del "Riesgo de sesgo" utilizando criterios Cochrane. Para los resultados continuos, se utilizó la diferencia de medias (DM) o la diferencia de medias estandarizada (DME) entre los grupos junto con intervalos de confianza (IC del 95%). Se aplicó un modelo de efectos fijos o aleatorios según fuese apropiado. Para los datos binarios o dicotómicos, se generó el odds ratio (OR) correspondiente con IC del 95%. La heterogeneidad se evaluó con la estadística  $I^2$ .

### Resultados principales

Se incluyen 13 ECA con 9615 participantes con demencia en la revisión. Las intervenciones de manejo de casos de los estudios fueron variadas. Se encontró un riesgo general de sesgo bajo a moderado; un 69% de los estudios estuvieron en riesgo alto de sesgo de realización.

El grupo de manejo de casos presentó una probabilidad significativamente menor de ser institucionalizado (ingresos a residenciales u hogares para convalecientes) a los seis meses (OR 0,82; IC del 95%: 0,69 a 0,98;  $n=5741$ ; seis ECA,  $I^2=0\%$ ,  $p=0,02$ ) y a los 18 meses (OR 0,25; IC del 95%: 0,10 a 0,61;  $n=363$ ; cuatro ECA,  $I^2=0\%$ ,  $p=0,003$ ). Sin embargo, los efectos a los 10 - 12 meses (OR 0,95; IC del 95%: 0,83 a 1,08;  $n=5990$ ; nueve ECA,  $I^2=48\%$ ,  $p=0,39$ ) y a los 24 meses (OR 1,03; IC del 95%: 0,52 a 2,03;  $n=201$ ; dos ECA,  $I^2=0\%$ ,  $p=0,94$ ) fueron inciertos. Hubo pruebas de un ensayo de una reducción del número de días por mes en un hogar residencial o unidad hospitalaria en el grupo de manejo de casos a los seis meses (DM -5,80; IC del 95%: -7,93 a -3,67;  $n=88$ ; un ECA,  $p<0,0001$ ) y a los 12 meses (DM -7,70; IC del 95%: -9,38 a -6,02;  $n=88$ ; un ECA,  $p<0,0001$ ). Un ensayo informó el período de tiempo hasta que los participantes fueron institucionalizados a los 12 meses y los efectos fueron inciertos (cociente de riesgos instantáneos [CRI]: 0,66; IC del 95%: 0,38 a 1,14;  $p=0,14$ ). No hubo diferencias en el número de pacientes que ingresaron en el hospital a los seis (4 ECA, 439 participantes), 12 (5 ECA, 585 participantes) y 18 meses (5 ECA, 613 participantes). Para la mortalidad a los cuatro-seis, 12; 18-24 y 36 meses y para la calidad de vida de los participantes o los cuidadores a los cuatro, seis, 12 y 18 meses, no hubo ningún efecto considerable. Hubo algunas pruebas de beneficios en la carga para el cuidador a los seis meses (DME -0,07; IC del 95%: -0,12 a -0,01;  $n=4601$ ; cuatro ECA,  $I^2=26\%$ ,  $p=0,03$ ) aunque los efectos a los 12 o 18 meses fueron inciertos. Además, algunas pruebas indicaron que el manejo de casos fue más efectivo en la reducción del trastorno de comportamiento

a los 18 meses (DME -0,35; IC del 95%: -0,63 a -0,07;  $n=206$ ; dos ECA,  $I^2=0\%$ ,  $p=0,01$ ) aunque los efectos fueron inciertos a los cuatro (2 ECA), seis (4 ECA) o 12 meses (5 ECA).

El grupo de manejo de casos mostró una mejoría significativa pequeña en la depresión del cuidador a los 18 meses (DME -0,08; IC del 95%: -0,16 a -0,01;  $n=2888$ , tres ECA,  $I^2=0\%$ ,  $p=0,03$ ). Por el contrario, el grupo de manejo de casos mostró una mejoría mayor en el bienestar de los cuidadores en un único estudio a los seis meses (DM -2,20; IC del 95%: -4,14 a -0,26;  $n=65$ ; un ECA,  $p=0,03$ ) aunque los efectos fueron inciertos a los 12 o 18 meses. Hubo algunas pruebas de que el manejo de casos redujo el costo total de los servicios a los 12 meses (DME -0,07; IC del 95%: -0,12 a -0,02;  $n=5276$ ; dos ECA,  $p=0,01$ ) y que dio lugar a gastos efectuados en dólares inferiores para el total de tres años (DM=-705,00; IC del 95%: -1170,31 a -239,69;  $n=5170$ ; un ECA,  $p=0,003$ ). Los datos sobre varios resultados indicaron sistemáticamente que el grupo de intervención recibió significativamente más servicios comunitarios.

### Conclusiones de los autores

Hay algunas pruebas de que el manejo de casos es beneficioso para mejorar algunos resultados en ciertos puntos temporales, tanto en el paciente con demencia como en el cuidador. Sin embargo, hubo una considerable heterogeneidad entre las intervenciones, los resultados medidos y los puntos temporales entre los 13 ECA incluidos. Hubo algunas pruebas de estudios de buena calidad para sugerir que los ingresos en hogares de atención y los costos generales de asistencia sanitaria se reducen a medio plazo; sin embargo, los resultados en momentos de seguimiento a más largo plazo fueron inciertos. No hubo pruebas suficientes para evaluar claramente si el manejo de casos podría retrasar la institucionalización en hogares de atención. Hubo resultados inciertos en la depresión, las capacidades funcionales y la cognición del paciente. Debe emprenderse trabajo adicional para investigar qué componentes del manejo de casos se asocian con una mejoría en los resultados.

La mayor consistencia en las medidas de resultado apoyaría un metanálisis futuro.

### RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

#### Enfoques terapéuticos de manejo de casos para el apoyo domiciliario de pacientes con demencia

**Antecedentes:** Muchas personas se ven afectadas por la demencia y se espera que los números aumenten a medida que la población envejece. La mayoría de los tipos de demencia se caracterizan por pérdida de la memoria y deterioro en otras funciones cognitivas, acompañado por deterioro funcional y dificultades al realizar las actividades cotidianas.

El número cada vez mayor de pacientes con demencia significa más demanda de fuentes de atención tanto informales como formales. El grado de apoyo proporcionado depende de factores como la situación de vida, las características del paciente y del cuidador, la prestación de servicios y la disponibilidad de redes sociales. También hay mayores costos financieros de atención, por ejemplo los cuidadores que pierden el trabajo por las consultas o las crisis, convirtiéndose en trabajadores a tiempo parcial, o que también abandonan el trabajo. El desarrollo de intervenciones como el manejo de casos, que mejora la coordinación entre diferentes organismos involucrados en la atención comunitaria, podría ofrecer el apoyo necesario para cubrir algunas de las necesidades de los pacientes con demencia y sus cuidadores. La forma en que se organiza y ejecuta el manejo de casos varía ampliamente, y el acceso a este tipo de atención es influenciado por las políticas de financiamiento de atención a largo plazo y las variaciones culturales en diferentes países. El manejo de casos se ha probado en pacientes con demencia y en los cuidadores en varios países y sistemas de asistencia sanitaria, aunque no está claro si las pruebas actuales apoyan su efectividad.

**Características de los estudios:** Se encontraron 13 ensayos controlados aleatorios (ECA), que incluían a 9615 participantes con demencia en todo el mundo. Once ECA también incluyeron a cuidadores. Los estudios se realizaron en diferentes países, fueron variados en cuanto al tamaño y a los sistemas de asistencia sanitaria y compararon diversos tipos de intervenciones de manejo de casos con atención habitual o atención habitual mejorada.

**Hallazgos clave:** Algunos estudios examinaron el beneficio del manejo de casos en cuanto a la reducción de los ingresos en residenciales u hogares para convalecientes (institucionalización). Se encontraron beneficios a los seis y 18 meses, pero no a los 12 y 24 meses. Sin embargo, cuando se incluyeron sólo los estudios que se enfocaban claramente en el retraso de la institucionalización o la prolongación del período de atención comunitaria se encontró una reducción de la institucionalización a los 12 meses. Algunos estudios examinaron los beneficios del manejo de casos en cuanto a la reducción de la estancia hospitalaria, y hubo pruebas para sugerir que podría aumentar a los seis meses. Algunos estudios indicaron que el manejo de casos fue más efectivo para reducir el trastorno del comportamiento a los 18 meses, para reducir la carga y la depresión para el cuidador y para mejorar el bienestar del cuidador a los seis meses y el apoyo social a los 12 meses. El manejo de casos aumenta el uso de los servicios comunitarios aunque hubo alguna indicación de que los costos generales de asistencia sanitaria pueden reducirse en el primer año. Algunos estudios informaron que el manejo de casos no fue más efectivo que la atención habitual para mejorar la depresión, las capacidades funcionales o la cognición del paciente. No hubo pruebas suficientes para evaluar claramente si el manejo de casos podría reducir el período de tiempo hasta que los pacientes con demencia son ingresados en residencias.

**Calidad de la evidencia:** Hubo algunos problemas con respecto a los métodos de los estudios. De igual manera, las diferentes formas en que se proporcionaron las intervenciones de manejo de casos y las diferencias en las mediciones de resultado dificultaron la posibilidad de extraer conclusiones claras.