

Controvèrsies en el tractament de les demències

24è Congrés Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia
Barcelona, 18 d'octubre 2018

Adelina Comas-Herrera

@adelinacohe

London School of Economics and Political Science

Esquema:

- Quatre controvèrsies i un parell de reflexions

El futur nombre de persones amb demències

Primera controvèrsia

La bona notícia:

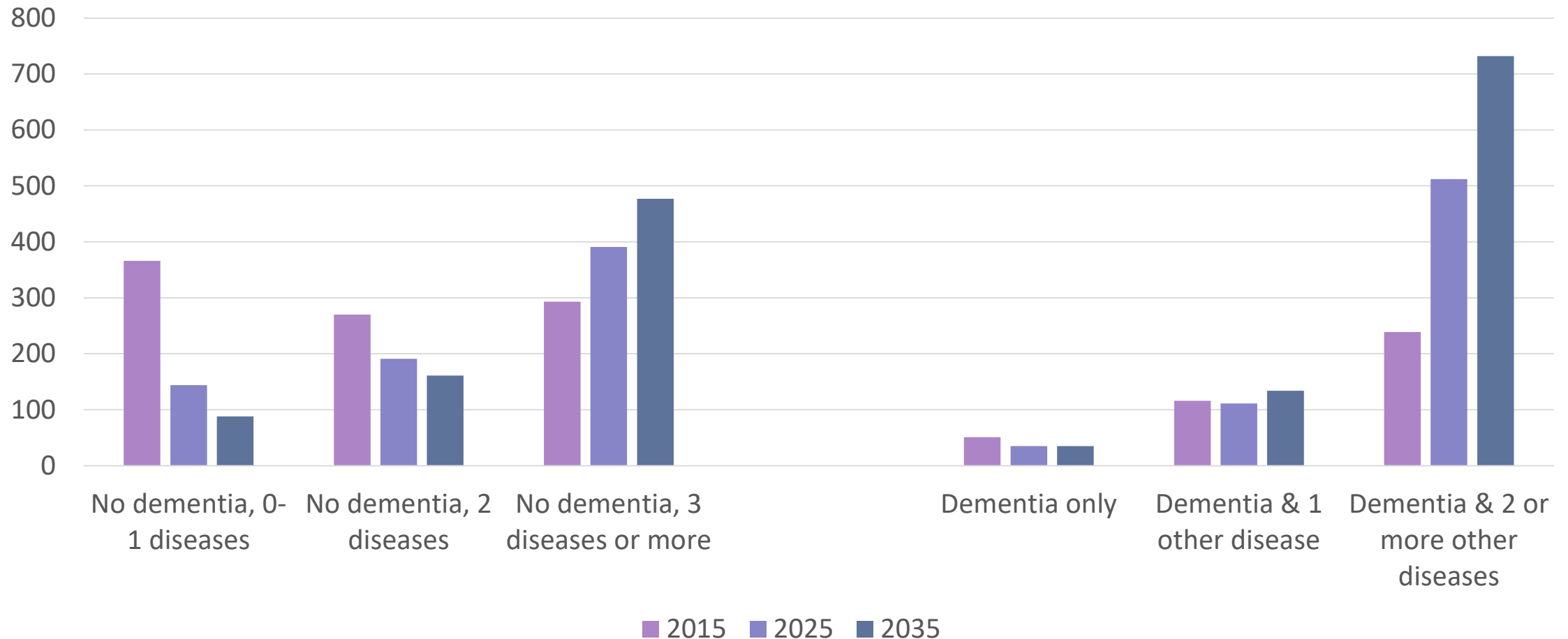
- Hi ha evidència d'uns quants països que la probabilitat de tenir demència ha disminuït en les dues últimes dècades.
- Possibles raons: comportaments més saludables, avenços mèdics (sobretot cardio-vasculars) i millores en el nivell educatiu que han reduït els factors de risc.
- Nota de precaució: la major part de la reducció del risc de demència s'ha donat entre la població de nivell educatiu més alt (possible proxy pel nivell de benestar econòmic).

La notícies que potser no és tan bona:

Simulació utilitzant dades dels factors socio-demogràfics, “health behaviours” i les malalties cròniques de les generacions que envelliran els propers vint anys (Anglaterra):

- **Homes:** d'ara al 2035, **compressió** de la dependència (4.2 anys més de vida, dels quals 3.5 en dependència)
- **Dones:** **expansió** de la dependència (3 anys més de vida, dels quals 0.9 amb independència, 1.4 dependència moderada, i 0.7 alta dependència)
- Nombre de persones amb demència: de 659,700 el 2015, a 1,227,000 el 2035.
- El 2035 hi haurà 900,000 persones amb demència i dependència substancial (ajuda diària). 732,000 també tindran 2 o més co-morbiditats.

Projecció del nombre de persones amb dependència substancial, segons si tenen demència i nombre de co-morbitats (Anglaterra, 2035, milers)



Conclusió:

- Hem d'anar amb compte quan extrapolem el passat al futur, pot ser que haguem arribat al pic dels “guanys fàcils” pel que fa a la reducció de la incidència de la demència, sobretot per a les dones.
- El perfil de les persones amb demència està canviant, ens hem de preparar per un gran augment en el nombre de persones amb necessitats complexes que no poden ser tractades per separat per diferents especialistes:

Demència + alta dependència + co-morbiditats

- Necessitarem més geriatres, i més educació geriàtrica a primària, residències i altres serveis per a la dependència.

Qui és responsable de les demències?

Segona controvèrsia

Demències: responsabilitat de tothom i de ningú

- Responsabilitat individual (o familiar) vs. responsabilitat pública
- Salut mental vs neurologia vs geriatria
- Especialistes vs medicina general
- Serveis de salut vs serveis per a la dependència (serveis socials?)

Recepta per al caos!

Pla de demències (nacional o sub-nacional)

- Eina per a planificar la resposta d'un país al repte de la demència.
- Oportunitat per a considerar quin és el model de serveis que amb el qual podem assumir el creixement en l'augment de persones amb demència.
- Funcions d'un pla de demències: Clarificar responsabilitats, analitzar si el model actual de finançament i serveis és adequat i com s'ha de millorar, actuacions per a reduir l'estigma i promoure la reducció del risc.
- Tenir un pla de demències és un requeriment del "Global Action Plan for Dementia", aprovat per la "World Health Assembly" el 2017.

Models de serveis actuals (1)

- Model “tradicional” de països desenvolupats:
 - Serveis sanitaris organitzats segons especialitzat mèdica, no segons les necessitats dels usuaris.
 - Falta de coordinació al llarg de la “trajectòria” sanitària, i entre el sistema de salut i el de la dependència.
 - Poca formació en la detecció i tractament de la demència en la medicina general
 - Entitats sense ànim de lucre ofereixen recolzament i serveis, però no a tot el territori.

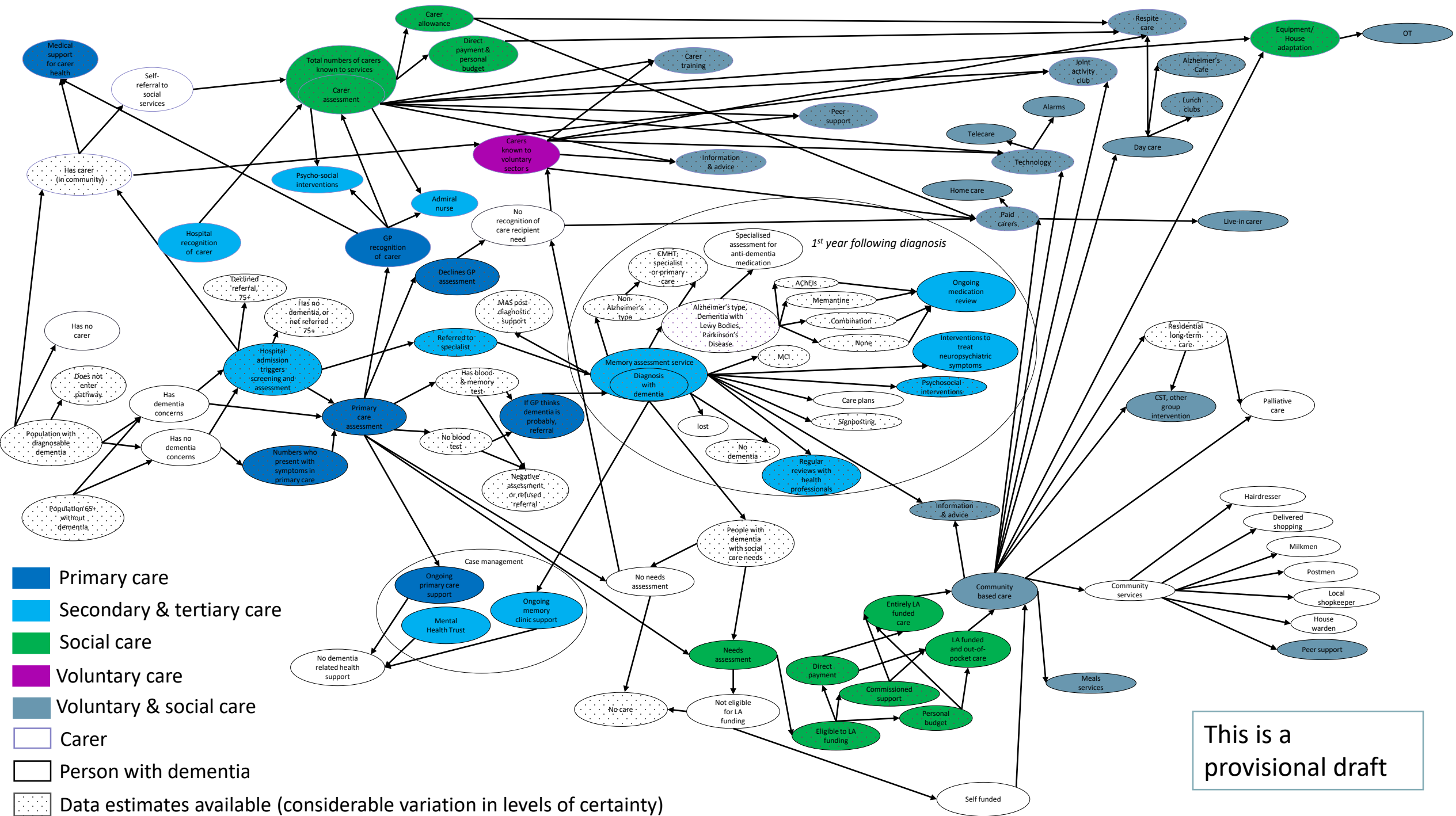
Models de serveis actuals (2)

- Conseqüències d'aquest model:
 - El diagnòstic obre la porta per a accedir a serveis sanitaris i de dependència, però en la major part de països desenvolupats, només un 40-50% de persones amb demències són diagnosticades.
 - Dificultats per a formar prou metges especialistes.
 - Fins i tot intervencions per a les que hi ha evidència d'efectivitat i eficiència no arriben a tothom que se'n podria beneficiar.
 - La major part de despesa en sanitat per a persones amb demències són hospitalitzacions: hi ha potencial per a reduir hospitalitzacions que es podrien prevenir.

A la pràctica, pel que fa a la demència (i la salut mental), pocs països són "desenvolupats"

Trajectòria de serveis o laberint?

Representació esquemàtica de la trajectòria de serveis per a la demència (incloent serveis per als cuidadors familiars) a Anglaterra



This is a provisional draft

Proposta d'un model de serveis “delegats” (task-shifted), World Alzheimer Report, 2016

Millorant els serveis de salut per a
les persones que viuen amb
demències

- Authors: Martin Prince, Adelina Comas-Herrera, Martin Knapp, Maelenn Guerchet, Maria Karagiannidou.
- Commissioned by Alzheimer's Disease International.

www.alz.co.uk/worldreport2016



Aspectes del sistema de salut que podem millorar

- Augmentar el % **de diagnòstic** per a obrir la porta a:
 - Suport post-diagnòstic
 - Tractaments i suport per a moderar els símptomes (medicaments, teràpies no farmacològiques)
 - Prevenció de riscos addicionals (caigudes, infeccions d'orina, etc.).
 - Cures paliatives
- Assegurar que hi ha un bon control i tractament de les altres malalties cròniques: a temps, i de forma adequada per a persones amb demències.
- Si es descobreixen nous tractaments que canviïn el curs d'algunes demències, caldrà un sistema sanitari que sigui capaç de gestionar-los.

Com expandir els serveis sanitaris?

- **“Task-shifting”**: delegant certes tasques a professionals amb formació més focalitzada.
 - Delegació de tasques de personal altament especialitzat a altre personal (per exemple de neuròleg a medicina general)
 - Delegació de tasques de personal amb formació més general a personal amb formació focalitzada (per exemple de metge generalista al “gestor de casos”)
 - *Aquest model funciona si és veritat que:*
 - El cost unitari de les tasques delegades és més baix, i la qualitat de l’atenció i els resultats són equivalents.
 - El personal no especialista es més nombrós o pot ser format més ràpidament.
- **“Task-sharing”** (tasques compartides): en quasi tots els models de “task shifting” hi ha un element de tasques compartides entre els serveis especialistes i els més generals.

La trajectòria “delegada”:

- Diagnòstic (majoritàriament a primària, metge i gestor de casos)
- Tractament inicial i suport post-diagnòstic:
 - Avaluació dels medicaments
 - Paquet de suport post-diagnòstic
 - Formació i suport per als cuidadors
- Suport continuat
 - Revisió medicaments
 - Control co-morbiditats i símptomes no cognitius
 - Gestió de casos
- Serveis paliatius

Els casos complexos es continuen derivant als especialistes

Cost de trajectories “delegades” el 2030, amb el cost actual dels medicaments a cada país, i amb el cost dels medicaments a Anglaterra (en US\$), *suposant que arriben al 75% de diagnostic*

Current drug prices, uprated						
	Canada		South Korea		Switzerland	
2030	Specialist	Task-shifted	Specialist	Task-shifted	Specialist	Task-shifted
Cost of pathways (millions)	756	438	1,652	1,568	334	251
Cost per person with dementia	914	530	1,641	1,558	1,723	1,294

If all countries had the same drug prices as England's prices today (uprated)						
	Canada		South Korea		Switzerland	
2030	Specialist	Task-shifted	Specialist	Task-shifted	Specialist	Task-shifted
Cost of pathways (millions)	629	311	213	129	186	103
Cost per person with dementia	761	377	212	120	960	530

Els medicaments!

Tercera controvèrsia

Si volem treure medicaments...

- Potser que comencem treient medicaments per a altres indicacions que empitjoren el deteriorament cognitiu?

Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine per l'Alzheimer

- Són poc eficaços, pero són cost-efectius
- Eficàcia: tenen un efecte lleu en el deteriorament cognitiu
- Eficiència: són cost-efectius, és a dir, o generen estalvi comparats amb no oferir-los, o ofereixen millores en QALYs a un cost per sota del preu llindar (almenys a Anglaterra, on Donepezil costa 1.20 EUR al mes)
- NICE 2018:
 - donepezil, galantamine i rivastigmine (AChEs inhibidors): recomanats per a Alzheimer lleu/moderat
 - memantine recomanat per a persones amb Alzheimer moderat que son intolerants o tenen contraindicació per als AChEs, o Alzheimer sever.

Aquest medicaments no són l'única eina que tenim. Altres intervencions per a les demències que són eficients:

Intervenció	Eficient?
Teràpia d'estimulació cognitiva (CST)	Sí (clarament)
Rehabilitació cognitiva (GREAT) / Teràpia ocupacional	Sí (clarament)
Intervenció de suport psicològic per als cuidadors (START)	Sí (clarament)
Intervenció per a millorar la qualitat de vida en residències (WHELD)	Sí (clarament)
Gestió de casos	Potser
Serveis per a evitar que cuidadors familiars deixin la feina	Probablement
“Advanced Care Planning”	Probablement

Quin ha de ser el paper de l'evidència econòmica en la presa de decisions sobre les demències?

Quarta controvèrsia

Per què cal evidència econòmica?

Els recursos són limitats

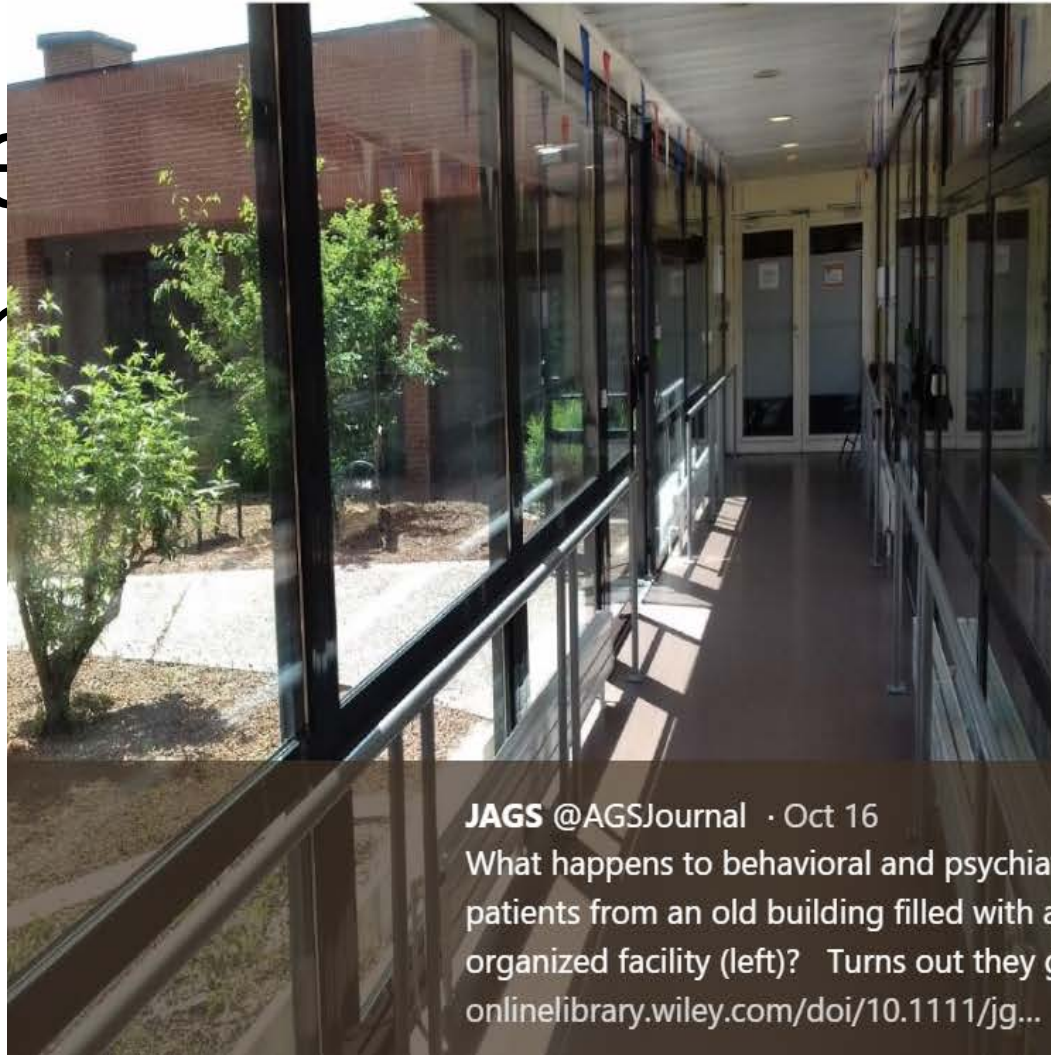
- No podem respondre a cada necessitat, ni a cada desig o preferència
- Necessitem sistemes per a poder decidir com fer **el millor ús dels recursos** que tenim
- Això vol dir que hem **d'avaluar**, amb cura, cada nova intervenció: es **efectiva**? En podem assumir el **cost**? Es un ús **eficient** dels recursos?

A més, l'economia ens dona **eines per a analitzar** el funcionament del sistema de serveis per a la demència, i per a analitzar l'impacte de canvis.

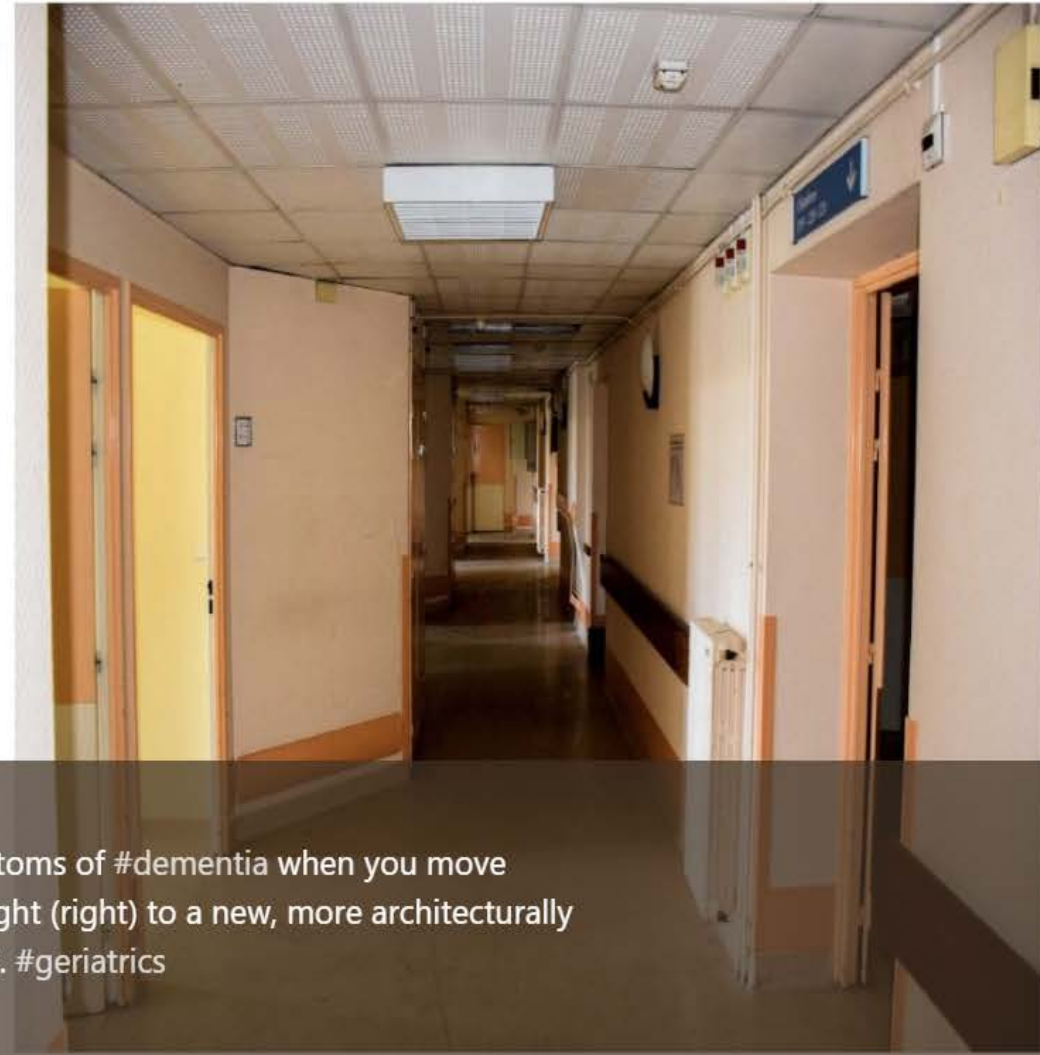
Pero a la pràctica tenim relativament poca evidència econòmica per a poder prendre decisions:

- Dificultats metodològiques: és difícil mesurar els efectes de les intervencions en demències, i els costos (impactes multi-dimensionals)
- Es fan poques avaluacions econòmiques, normalment només quan les intervencions són “noves”
- Sovint, per exemple en les avaluacions de la gestió de casos, la intervenció detecta necessitats que no estaven cobertes i que no estan reflectides en els “outcomes” principals... i que generen costos “adicionals”

De
sir
el



B.



JAGS @AGSJournal · Oct 16

What happens to behavioral and psychiatric symptoms of #dementia when you move patients from an old building filled with artificial light (right) to a new, more architecturally organized facility (left)? Turns out they get better. #geriatrics
onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jg...

Evidència i drets humans

Ultima controvèrsia, per avui!

Cal evidència per a demostrar que poder tenir una vida “normal” és bo per a les persones amb demència?

Proliferació d'intervencions que simplement posen a l'abast de persones amb demències activitats de lleure que són accessibles per a la resta de la societat: música, dansa, esport, oportunitats de socialització, jocs, alimentació equilibrada...

Demència i discapacitat

Ningú ha demanat que es demostrï que és cost-efectiu eliminar barreres arquitectòniques per a les cadires de rodes: com a societat, hem entès que són una eina important per que les persones amb mobilitat reduïda puguin participar en la societat.

La resposta davant les discapacitats que genera la demència no té per què ser diferent.

La convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitats (Nacions Unides, 2006) inclou discapacitats intel.lectuals

Article 9	Dret a l'accessibilitat del medi, transport, informació i serveis
Article 19	Dret a viure independenment (escollir on viure, accés a suport per a viure en la comunitat)
Article 25	Dret a accedir serveis de salut de qualitat
Article 26	Dret a maximitzar la independència a través d'habilitació i rehabilitació
Article 28	Dret a un standard de vida adequat i protecció social
Article 29	Dret a participar amb igualtat en la vida política i pública

Una reflexió final:

Potser fins ara hem utilitzat mals indicadors per a les intervencions per a persones amb demències i els seus cuidadors.

Enlloc de demostrar, per exemple, que una intervenció de música millora la qualitat de vida, o la memòria, d'una persona amb demència, potser simplement hem de demostrar que una intervenció és eficient a l'hora de facilitar l'accés a activitats de lleure/participació social de les persones amb demència.

Igualment, potser més que mesurar la qualitat de vida dels cuidadors hem de considerar com assegurar que la seva tasca és compatible amb el manteniment dels drets més bàsics: dret a la participació laboral, a la salut, al lleure...

Reflecció final

Gens controvertida?

L'envelliment de la població ja no és un tema per al futur, és un tema per avui

- Fa temps que sabem que les poblacions estan envellint i que les seves necessitats de serveis de salut i dependència estan canviant
- També fa temps que sabem que l'estructura i finançament dels serveis actuals no son adequats, ja ni tan sols per al present
- Les demències són un bon exemple de la complexitat per la qual ens hem de preparar, i de que la solució no la trobarem amb petits canvis incrementals
- Sense plans estratègics per a afrontar aquests canvis de forma clara, continuarem...

“topant de cap en una i altra soca”